

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**TRAJETÓRIAS DE VIDA, MARCADORES DE DIFERENÇA E AS ESCOLHAS,
CAMINHOS E PERMANÊNCIA DE MÉDICAS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

NATÁLIA PONTES DE ALBUQUERQUE

UBERLÂNDIA

2019

NATÁLIA PONTES DE ALBUQUERQUE

**TRAJETÓRIAS DE VIDA, MARCADORES DE DIFERENÇA E AS ESCOLHAS,
CAMINHOS E PERMANÊNCIA DE MÉDICAS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPSAF) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde coletiva

ORIENTADORA: Profa. Dra. Flávia do Bonsucesso
Teixeira

COORIENTADORA: Profa. Dra. Mariana Hasse

UBERLÂNDIA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

A345
2019 Albuquerque, Natália Pontes de, 1985-
Trajetórias de vida, marcadores de diferença e as escolhas,
caminhos e permanência de médicas de família e comunidade na
estratégia saúde da família [recurso eletrônico] / Natália Pontes de
Albuquerque. - 2019.

Orientadora: Flávia do Bonsucesso Teixeira.

Coorientadora: Mariana Hasse.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Pós-graduação em Saúde da Família.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2222>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Ciências médicas. I. Teixeira, Flávia do Bonsucesso, 1968-,
(Orient.). II. Hasse, Mariana, 1980-, (Coorient.). III. Universidade
Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde da Família. IV.
Título.

CDU: 61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

ATA DE DEFESA

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde da Família				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional do PPSAF				
Data:	05 de abril de 2019	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	16:30
Matrícula do Discente:	11712PSF006				
Nome do Discente:	Natália Pontes de Albuquerque				
Título do Trabalho:	Trajetórias de vida, marcadores de diferença e as escolhas, caminhos e permanência de médicas de família e comunidade na Estratégia Saúde da Família				
Área de concentração:	Saúde Coletiva				
Linha de pesquisa:	Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Trajetórias de vida, marcadores de diferença e as escolhas, caminhos e permanência de médicas de família e comunidade na Estratégia Saúde da Família				

Reuniu-se na sala 2U29, *Campus Umuarama*, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, assim composta: Professores(as) Doutores(as): Elenita Pinheiro de Queiroz Silva - FACHED/UFU; Maria Inez Padula Anderson - FCM/UERJ; Flávia do Bonsucesso Teixeira - FAMED/UFU - orientador(a) do(a) candidato(a). Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Flávia do Bonsucesso Teixeira, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao(à) Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do(a) Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Flávia do Bonsucesso Teixeira, Presidente**, em 10/04/2019, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Elenita Pinheiro de Queiroz Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 10/04/2019, às 20:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Maria Inez Padula Anderson, Usuário Externo**, em 11/04/2019, às 16:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_ace_sso_externo=0, informando o código verificador **1157967** e o código CRC **24B00123**.



Para minha mãe,
primeira feminista que conheci.

AGRADECIMENTOS

À vida, pelo simples fato de ser, estar, sentir e respirar.

Ao não acaso dos caminhos que me trouxeram até aqui.

À minha maravilhosa orientadora, que acreditou em mim e me fez acreditar que era possível, que me guiou nesse processo de formação com muita sabedoria e doçura e que me ensinou muito mais do que a teoria, me inspirou com sua generosidade, cuidado e otimismo.

À minha querida coorientadora, que me abriu os olhos para muitos buracos no caminho, que compartilhou muitos aprendizados, que me apresentou outros tantos mestres, que me inspirou com sua trajetória e que me acolheu de braços abertos em seu próprio lar.

Às professoras doutoras da banca examinadora, exemplos notáveis de mulheres educadoras, que com muita disponibilidade e gentileza avaliaram meu trabalho de forma perspicaz e incentivadora, enriquecendo ainda mais minhas perspectivas e olhares sobre a pesquisa.

Aos professores e colegas da UFU pela dedicação, pelo conhecimento e vivências compartilhadas, por me ajudarem a ressignificar desafios vividos no meu cotidiano e por tornarem as idas à Uberlândia doces e muito ansiadas!

À prefeitura de Belo Horizonte, por me propiciar tempo, algo muito precioso na vida, para poder dedicar a algo que ao longo desses dois anos gerou muitos frutos a mim, a colegas e pacientes, e que nesse ápice gera um resultado que tem ainda mais potencial de alcance para melhorias futuras e de retorno à comunidade.

Às minhas gerentes que durante essa jornada me apoiaram sem restrições com um voto de confiança que o investimento traria benefícios ao serviço.

Aos colegas do centro de saúde, em especial às minhas companheiras de equipe, por todo apoio que me deram e pela cobertura nas minhas ausências, que me trouxeram a tranquilidade da garantia da continuidade do cuidado com a população.

Aos meus pacientes, com os quais eu aprendo todos os dias, e que, mesmo nos momentos em que causei descontentamento com minhas ausências, reconheceram o valor e o retorno da minha dedicação aos estudos e mantiveram o vínculo e a confiança no meu trabalho.

A todas as médicas de família e comunidade com que cruzei caminhos e que me inspiraram em minha formação, em especial às participantes desse estudo, mulheres incríveis que se

disponibilizaram de forma tão entregue e que seguem equilibrando a vida e um trabalho exemplar, acreditando que sim, podem, e muito mais.

Aos colegas preceptores, que enquanto mestres, me ensinaram a partir do exemplo sobre uma forma de trabalhar mantendo um olhar crítico, lúcido, com compromisso, ética e autenticidade, e que enquanto colegas, seguem acreditando que educar é um caminho de uma potência transformadora enorme, tanto a si quanto ao meio.

Aos residentes que nos trazem o estímulo e entusiasmo de seguir em frente e nos concedem o privilégio de testemunhar como uma pequena semente pode crescer e se transformar em uma árvore frondosa, nos nutrindo com a convicção de que caminhar é preciso e que a mudança é possível.

Aos queridos mestres da Escola SAT e do Vipassana que têm me acompanhado e me guiado nessa profunda trajetória de autoconhecimento que me ajudou a superar os desafios enfrentados até aqui.

À minha mãe, mulher extraordinária, que segue me ensinando algumas lições, mesmo ausente, em retrospectiva. Ao meu pai, pelo apoio incondicional, pelo amor, pela música, pelo exemplo de vida e dedicação à família. À minha avó pelo afeto sem limites, pela preocupação, pelas rezas, pela resiliência e encanto.

À minha família, meus queridos mais próximos, meus queridos de sangue e de coração, todos juntos e misturados, pelo amor, pelas risadas, pelas intrigas, pelo perdão, pelos aprendizados, pela presença, pelo cuidado e carinho.

À família Albuquerque pela união, e em especial às mulheres Albuquerque, que são alicerce para esse e outros valores preciosos, e seguem ensinando gerações com muita tolerância, sabedoria e generosidade.

À família Maia, em especial às minhas tias, pela resiliência, pelas memórias e pela acolhida no reencontro com o feminino em minhas raízes.

Aos amigos do colégio, da faculdade, da música, da residência, do trabalho, do SAT, da PNL e dos encontros da vida, pelo afeto, pela cor, pela poesia, pelo crescimento compartilhado, pelo ombro amigo (que muitas vezes me foi necessário nesses dois anos), e pela conexão, às vezes momentânea, outras vezes mais perene, mas que de uma forma ou de outra deixou seu registro em minha trajetória e pelo qual sou muito grata.

Aos meus filhotes peludos, por me ensinarem sobre desapego, cuidado, carinho, e pela mais doce companhia nas longas horas de estudo dessa trajetória.

*“Tu tens medo:
Acabar!?
Não vês que acabas todo dia?
Que morres no amor,
Na tristeza...
Na dúvida...
No desejo.
Que te renovas todo dia,
No amor...
Na tristeza...
Na dúvida...
No desejo.
Que és sempre outro?
Que és sempre o mesmo?
Que morrerás por idades imensas
Até não teres medo de amar...
E então serás eterno!”*

Adaptação do poema *Cântico VI* de Cecília Meireles,
encontrada em anotações de minha mãe.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica avaliada com baixo prestígio dentre as especialidades no mundo todo e sofre com uma dificuldade de atratividade e fixação de profissionais na área. A Estratégia Saúde da Família (ESF), como o maior campo de trabalho do especialista em MFC no Brasil e programa por si só desvalorizado, também sofre reflexos desse desprestígio com a alta rotatividade de profissionais. A tendência crescente à feminização da medicina e da MFC, coloca em pauta a necessidade de se estudar os fatores que influenciam as decisões e trajetórias das carreiras das médicas trabalhadoras do setor. Este estudo se propõe a aprofundar no entendimento de como os efeitos de marcadores de diferença atuam no cotidiano de médicas de família e comunidade que se fixaram em áreas de alta vulnerabilidade social e desprestígio na ESF.

METODOLOGIA: Estudo de caráter qualitativo, que dialoga com aspectos da cartografia, realizado a partir da análise do discurso de entrevistas em profundidade feitas com oito participantes médicas de família e comunidade, selecionadas por amostra intencional. As participantes trabalham na ESF, em uma região metropolitana do Brasil, em áreas de alta vulnerabilidade social e índices de violência. **RESULTADOS:** A análise interseccional dos enunciados apontou para dois grandes eixos de marcadores de diferença: gênero e a articulação classe social/raça-etnia. Um modelo explicativo cartográfico rizomático foi criado para ilustrar as forças e enunciados que se movimentam no mapa do eixo gênero a partir da categoria maternidade. Em razão da força desse movimento, durante a pesquisa de campo, destacamos o gênero como principal lente analítica para esse momento. A articulação classe/raça-etnia apesar de pouco enunciada ou percebida pelas interlocutoras, parece exercer papel significativo nas trajetórias afetivas, no entanto, foram os achados do imbricamento de ser mulher e o projeto da maternidade, que resignificaram o cotidiano de seus trabalhos em suas vidas influenciando as trajetórias de suas carreiras. Questões sobre a ética e a responsabilização pelo cuidado circulam e se misturam entre os pontos de equilíbrio da vida pessoal/familiar e da vida laboral. A desvalorização e invisibilidade das funções desempenhadas em ambos os pontos dialogam com fatores como a jornada de trabalho, benefícios trabalhistas, remuneração e sustento, divisão de tarefas no lar, cuidado com os filhos. As médicas identificam o vínculo com a comunidade e o exercício ético-político através do trabalho como um ponto de subjetivação e significação dos lugares de privilégio e opressão que ocupam simultaneamente, na circulação entre esses pontos. **CONCLUSÃO:** A percepção do gênero e a maternidade demonstraram atuar significativamente nas escolhas e caminhos dessas médicas de família. Perceber essa

articulação é de grande relevância pois englobam de forma interseccional questões estruturais que podem ser influenciadas pelas políticas de contratação e pelo ambiente de trabalho que as instituições proveem, além de programas que visem a redução de desigualdades de gênero e sociais de forma ampla pelo governo. Os gestores devem se atentar para os achados indicativos sobre a influência de gênero na atratividade e permanência de médicas de família e comunidade na ESF frente à crescente feminização da especialidade.

Palavras-Chave: Médicas de família. Gênero. Maternidade. Mobilidade ocupacional.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Family Medicine (FM) is widely regarded as low prestige medical specialty that struggles to attract and keep professionals. The Family Health Strategy (FHS), which is the largest field of work for FM specialists in Brazil and a poorly regarded program in itself, suffers from having a high turnover rate as a consequence of its lack of prestige. The growing trend towards the feminization of medicine and FM begets the need to study the factors that influence the decisions and trajectories of the medical workers' careers in the area. This study proposes to deepen the understanding of how the effects of categories of difference influence the daily lives of family physicians who have settled in areas of high social vulnerability, and lack of prestige in the FHS. **METHODOLOGY:** A qualitative study based on aspects of cartography, using discourse analysis of in-depth interviews with eight women who are family physicians, selected by intentional sample. Participants work in the FHS, in a metropolitan region of Brazil, in areas of high social vulnerability and violence rates. **RESULTS:** The intersectional analysis of the statements pointed to two major axes of category of difference: gender and a relationship between social class/race-ethnicity. An explanatory rhizomatic cartographic model was created to illustrate the forces and statements involved in the gender axis map from the maternity category perspective. Due to the strength of this perspective, during field research, we highlight gender as the main analytical lens for this moment. The class/race-ethnicity articulation, although less mentioned or perceived by the interlocutors, seems to play a significant role in the affective trajectory. However, it was the findings of the implications of being a woman and the project of motherhood, which re-signified the daily life of their work in their lives, influencing their career paths. Questions about ethics and duty of care circulate and blend between the balance points of personal/family life and work life. The devaluation and invisibility of the functions performed in both points dialogue with factors such as the amount of work hours, labor benefits, remuneration and sustenance, division of tasks at home, and child care. Women physicians identify the bond with the community and the ethical-political exercise through work, as a point of subjectification and significance of the positions of privilege and oppression they occupy simultaneously in the movement between these points. **CONCLUSION:** Gender perception and motherhood have been shown to act significantly in the choices and paths of these family physicians. These categories of difference are of great relevance because they comprehend, in an intersectional way, structural issues that can be influenced by the institutions' contract policies and work environment and by government programs that aim to reduce gender and social inequalities. Managers should pay attention to

the indicative findings on the influence of gender on the attractiveness and permanence of family physicians in the FHS, considering the feminization of the specialty.

Keywords: Family Physicians. Gender. Parenting. Career Mobility.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÕES DA DISSERTAÇÃO

FIGURA 1. Mapa de raça/classe.....	28
FIGURA 2 Mapa de gênero/maternidade.....	28

ILUSTRAÇÕES DO ARTIGO

FIGURA 1. Mapa de planos de movimento e composição de enunciados	37
FIGURA 2. Plano de movimento I – gênero e maternidade.....	39
FIGURA 3. Plano de movimento III – maternidade e trabalho: o não acaso dos caminhos... 40	
FIGURA 4. Plano de movimento II – medicina de família e comunidade: é só um trabalho. 41	
FIGURA 5. O vínculo e o crescer na profissão.....	42
FIGURA 6. Vínculo e compromisso ético-político: o não acaso dos caminhos.....	44
FIGURA 7. Afeto, vínculo e feminilidades.....	45
FIGURA 8. O cuidado como função do feminino.....	46
FIGURA 9. Desvalorização, desigualdades e o “sistema” naturalizador de violências.....	48
FIGURA 10. As violências e o gênero.....	50
FIGURA 11. Gênero e invisibilidades.....	51

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Roteiro norteador de entrevistas	35
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>APS</i>	Atenção Primária à Saúde
<i>BH</i>	Belo Horizonte
<i>COREQ</i>	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
<i>ESF</i>	Estratégia Saúde da Família
<i>MFC</i>	Medicina de Família e Comunidade
<i>MS</i>	Ministério da Saúde
<i>NASF</i>	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
<i>OECD</i>	<i>Organisation For Economic Co-Operation And Development</i>
<i>OSS</i>	Organizações Sociais de Saúde
<i>PNAB</i>	Política Nacional de Atenção Básica
<i>PPSAF</i>	Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
<i>PRO-RESIDÊNCIA</i> Áreas Estratégicas	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em
<i>PROVAB</i>	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
<i>SUS</i>	Sistema Único de Saúde
<i>TCLE</i>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<i>WONCA</i>	Organização Mundial de Médicos de Família
<i>WWPWF</i>	<i>WONCA Working Party on Women and Family Medicine</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. O olhar de uma médica de família e comunidade sobre seu trabalho	13
1.2. O lugar da Medicina de Família e Comunidade na medicina.....	16
1.3. O histórico da Estratégia Saúde da Família, sua implantação nas periferias e a problemática da fixação dos profissionais.....	17
1.4. A Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte.....	18
1.5. O processo de feminização da medicina.....	20
1.6. As mulheres na Medicina de Família e Comunidade.....	22
1.7. A necessidade de estudos interseccionais feministas na Atenção Primária à Saúde..	23
2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	25
3. ARTIGO A SER SUBMETIDO.....	29
3.1. ARTIGO: Entrecruzamento de desigualdades: o gênero e a maternidade na carreira de médicas de família e comunidade na Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	30
3.1.1. Resumos.....	30
3.1.2. Introdução.....	31
3.1.3. Metodologia.....	33
3.1.4. Resultados.....	36
3.1.5. Discussão.....	52
3.1.6. Conclusão.....	55
3.1.7. Conflitos de interesse.....	57
3.1.8. Referências bibliográficas.....	57
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO.....	63
APÊNDICE A - ROTEIRO NORTEADOR DE ENTREVISTA.....	69
ANEXO A - DOCUMENTO DE APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	70
ANEXO B - INSTRUÇÕES DE FORMATO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO À REVISTA <i>INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO</i>	71

1. INTRODUÇÃO

1.1. O olhar de uma médica de família e comunidade sobre o seu trabalho

Esta pesquisa qualitativa teve uma motivação particular muito significativa para o seu desenvolvimento, fazendo-se, portanto, necessário e ético iniciar a narrativa destrinchando o broto desse rizoma que vai compor e inspirar a cartografia que será desenhada.

Em 2016, como muito acontece com colegas de profissão na Medicina de Família e Comunidade (MFC), passei por uma fase muito difícil de *burnout*¹ (HERNÁNDEZ, 2003; TRINDADE; LAUTERT, 2010). Vinha sofrendo situações de violência no trabalho nos últimos anos, internas e externas - presenciei tiroteios, sofri um assalto (roubaram meu carro), tive que lidar com pacientes agressivos, ameaças, além de um cenário de escassez (falta de material) e precárias condições de trabalho que, no dia-a-dia, contribuíam fortemente com todo o estresse, gerando conflitos na equipe e me ferindo ainda mais do que todas as outras violências episódicas. Sintomas de despersonalização e desgaste emocional eram nítidos. Cheguei a chorar em consultório em situações descontextualizadas de atendimento. A vontade de mudar de cenário de prática, abandonar o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) - apesar de esse ser o lugar que sempre planejei trabalhar - e ir para a saúde suplementar, era recorrente.

Foi nessa época que me atentei para o fato de que muitos colegas de profissão, principalmente mulheres, também sofriam com situações de violência e discriminação no trabalho. No Congresso mundial de MFC realizado pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) no Rio de Janeiro em 2016 ouvi relatos de médicas incríveis que vivem no Paquistão, Egito, Turquia e Filipinas, que também passavam por situações semelhantes em cenários ainda mais precários do que o meu, mas seguiam com muita resiliência, ultrapassando barreiras e trazendo o debate da igualdade de gênero dentro de uma especialidade no mundo todo. A diferença entre mim e elas, é que muitas vezes elas faziam isso tudo e ainda precisavam lidar com as demandas referentes ao casamento e a maternidade. Algumas perguntas não saíam de meus pensamentos: como elas conseguem? Por quê elas seguem tentando? Por que não desistem? Percebi que essa não era uma pergunta simples de ser respondida.

¹ *Burnout* é o termo em inglês utilizado para designar a síndrome de esgotamento profissional estudada pelo psicólogo Herbert Freudenberger. Ocorre quando um profissional “se exige excessivamente energia, força ou recursos e falha, se esgota, por qualquer razão e torna-se inoperante” (FREUDENBERGER, 1974). Os sintomas englobam aspectos físicos, mentais e emocionais.

Analisando a literatura comecei a compreender a complexidade de aspectos que podiam influenciar essas respostas e o atravessamento desses aspectos pelo fato dessas profissionais serem mulheres. Desde a qualidade da própria violência em si – mulheres sofrem mais ameaças psicológicas, bullying e assédio sexual (MIEDEMA et al., 2010), à forma como elas impactam nas profissionais, e em como elas lidam com a situação ou de como acabam desistindo de seguir o caminho num contexto de maior vulnerabilidade e risco (MAGIN et al., 2005; ROBINSON, 2003).

Além dessas questões surgiram muitos outros temas, marcadores sociais de diferença (BRAH, 2006), que expandiram minha percepção sobre como as decisões e trajetórias de uma carreira médica são influenciadas por uma estrutura maior, que pode ser muito desigual. Não só gênero, mas marcadores como raça, etnia, classe, geração, escolaridade, religião, sexualidade, família de origem, maternidade e casamento, formação da nova família, migração. Todos impactam individualmente e associados, de forma múltipla ou também interseccional (BOEKELOO et al., 2015; DELGADO et al., 2009; ESMAIL; ROBERTS, 2013; SALETTI-CUESTA; DELGADO; ORTIZ-GÓMEZ, 2014). A partir disso comecei a entender melhor a dualidade de viver uma posição de aparente privilégio, sendo médica, branca, heterossexual, de classe média, mas me sentindo muitas vezes discriminada por ser mulher, solteira, jovem (aparentemente inexperiente), e até migrante, em alguns momentos na vida durante a medicina².

Entender a complexidade da construção social de posições de privilégio e opressão é essencial para conseguirmos aprofundar a compreensão de como essas interseccionalidades sobrepõe a vida dos indivíduos (NASH, 2008). É importante considerar também que privilégio não se define pela ausência de experiências negativas discriminatórias. O privilégio implica vivências de agentes positivos que favoreçam a ascensão ou pertencimento a um lugar de maior prestígio numa hierarquia. Por exemplo, quando a existência de algum fator, como aparência, classe social, relacionamentos sociais, beneficiam uma pessoa para conseguir um emprego (BAUER, 2014).

O conceito de interseccionalidade foi cunhado em 1989 pela feminista afro-americana Kimberlé Crenshaw (CRENSHAW, 1989). Ela demarcava que a experiência de múltiplas marginalizações, como ser mulher e ser afro-americana, eram constituídas mutuamente na

² Quando fiz meu internato de cirurgia em Londres, no último ano da graduação, logo no início percebi que havia uma rígida hierarquia hospitalar, na qual o interno se encontrava na base. Mas eu sentia que estava aquém da base, eu era interna *estrangeira*. E na própria base deles existiam níveis. Eu consegui fazer amizade, firmar alguma relação de afeto, somente com internos que de alguma forma estavam mais abaixo na hierarquia da base: dois estudantes, que apesar de nascidos na Inglaterra, carregavam consigo a tradição e descendência de sua família, uma estudante muçulmana, que usava hijab, e um descendente de indianos.

experiência das pessoas e da sociedade e, portanto, não poderiam ser separadas para serem analisadas distintamente. Mais tarde Ange-Marie Hancock esmiuçou as diferenças de abordagens múltiplas e interseccionais, reforçando que a interseccionalidade não pode ser vista apenas como a somatória de marcadores (HANCOCK, 2007). Ela ressalta que na abordagem interseccional as categorias/marcadores têm uma estrutura dinâmica e interagem com fatores individuais e institucionais de uma forma integrada, indivisível.

A interseccionalidade pode ser utilizada não somente para analisar identidades, categorias, posições sociais, mas também para analisar processos e suas interações com opressões sistêmicas (racismo, classismo, sexismo, homofobia) em níveis micro e macro, de formas interdependentes (HANKIVSKY; CORMIER; DE MERICH, 2009). Isso é importante quando queremos avaliar o potencial que processos ou políticas sociais têm de gerar, amplificar ou aliviar desigualdades entre grupos (BAUER, 2014). Podemos, por exemplo, perceber a influência de gênero, raça, classe em processos sociais aparentemente “inocentes” como o trote em faculdades de medicina nas quais o assédio sexual e estupro povoaram os noticiários brasileiros nos últimos anos. (BABARIA et al., 2012; COOK et al., 2014; MARIN; ARAÚJO; NETO, 2008).

As instituições, suas políticas e práticas exercem um papel estrutural na discriminação que, muitas vezes, não pode ser entendido do ponto de vista individual. Um exemplo extremo recente de como instituições podem ativamente discriminar mulheres ocorreu no Japão, um país com leis que reafirmam a igualdade de oportunidades desde 1972, quando revelou-se um escândalo sobre uma das mais renomadas faculdade de medicina do país ter adulterado por pelo menos 12 anos, resultados dos exames de entrada das candidatas mulheres para limitar a proporção delas a 30% dentre os graduandos (LOVETT; ROSS, 2018).

Estas complexas interações desvelaram a mim um novo ponto de vista sobre meu cotidiano de trabalho: uma mulher, médica de família e comunidade, trabalhando na Estratégia Saúde da Família (ESF), numa unidade básica na periferia de Belo Horizonte – um recorte de superposição de inequidades que esmiuçarei adiante – que tem outras tantas colegas trabalhando sobre condições semelhantes, dentro da mesma estrutura institucional, porém com outros tantos marcadores de diferença operando em suas trajetórias e escolhas. Tenho colegas solteiras, casadas, com filhos, sem filhos, sem filhos e querendo engravidar, brancas, pardas, negras, negras de pele clara, vindas de família de classe média, de famílias pobres, provenientes de outros estados, de diferentes religiões e crenças e orientação sexual. Um cenário com atravessamentos diversos que permitem interações com forças e dinâmicas intrincadas que

pediam um estudo para responder à pergunta que pulsava dentro de mim: por quê elas(nós) ficam(os)?

Para responder adequadamente a essa pergunta, faz-se necessário, primeiramente, pousar o olhar de forma atenta em cada parte da composição deste cenário que também tem deslizamentos, sobreposições e distanciamentos, mas para fins da escrita, precisa ser fixado.

1.2. O lugar da Medicina de Família e Comunidade na medicina

Sistemas de saúde organizados através da Atenção Primária à Saúde (APS) são sabidamente os mais eficientes e eficazes na prestação de um serviço coordenado de qualidade à população produzindo melhores desfechos em saúde, tanto curativos, quanto preventivos (STARFIELD, 1994, 2002). O médico de família e comunidade é o especialista médico chave do trabalho na APS (STARFIELD, 1994, 2002).

Apesar das pesquisas demonstrarem a relevância da MFC como especialidade médica, o que vemos é uma área com grandes dificuldades de reconhecimento e valorização em muitas partes do mundo, refletidas na baixa opção dos graduandos em medicina de escolherem-na como sua formação, com achados inclusive sobre uma cultura de hostilidade e depreciação da especialidade na graduação (BROOKS, 2016), além de um cenário com baixos salários e alto índice de *burnout* no mercado de trabalho (GÉRVAS et al., 2007; GÉRVAS; FERNÁNDEZ; SÁNCHEZ, 2012; HERNÁNDEZ, 2003; SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003). Dados da *ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT* (OECD) demonstraram que entre os anos 1990 e 2000 o número de especialistas focais cresceu 60% e de médicos de família e comunidade apenas 23%. Países como Austrália, Bélgica, Canadá, França e Portugal, conseguiram manter um equilíbrio maior nesses dados, mas o perfil está mudando lentamente com as escolhas dos novos formandos (OECD, 2009). No Reino Unido há muitos anos a quantidade de médicos recém-formados que se interessam em seguir carreira na MFC está bem abaixo dos 50% considerados necessários para atender às necessidades de território (LAMBERT; GOLDACRE, 2011; LAMBERT; SMITH; GOLDACRE, 2018).

Algumas pesquisas descrevem que o médico de família e comunidade em geral acaba sendo uma pessoa que reconhece a importância da APS e que tem baixas expectativas de retorno financeiro e prestígio através da profissão (DE SOUZA et al., 2015; SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003). Em São Paulo, um estudo sobre os egressos que fizeram

residência médica em MFC de 2000 a 2009 no estado demonstrou que 55,1% dos respondentes recebiam até R\$ 9.000,00 por mês, e que 48,9%, tinham dois ou três postos de trabalho (RODRIGUES et al., 2017). Isso, à mesma época em que o Programa Mais Médicos para o Brasil pagava cerca de R\$10.500,00 para médicos sem especialização trabalharem na APS.

Esse cenário conjuntural que posiciona a MFC em um lugar de desprestígio tornou-se ponto de partida para pensar como outros determinantes podem atuar no sentido de facilitar ou desestimular a permanência das médicas de família e comunidade na APS, no setor público.

1.3. O histórico da Estratégia Saúde da Família, sua implantação nas periferias e a problemática da fixação dos profissionais

O Programa de Saúde da Família iniciado em 1994, e renomeado de Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006 (BRASIL, 2006), foi a forma estruturante que o Ministério da Saúde (MS) encontrou de organizar e expandir a APS no território buscando garantir as premissas da constituição de 1988. O Programa Saúde da Família teve expansão marcada a partir de 1998, principalmente a partir dos pequenos municípios, desassistidos, em áreas rurais e rurais-urbanas, e teve caracteristicamente um começo de implantação marcado por baixas condições da estrutura física, escassez de insumos e pequenas tecnologias, mão de obra sem qualificação, vínculos trabalhistas inseguros, alta rotatividade de profissionais e baixa integração da rede. O perfil usual do profissional médico dessas equipes foi verificado como sendo de médicos recém-formados, jovens ou médicos mais velhos e aposentados (BRASIL, 2004; BRASIL, 2002).

Essas características reforçam os reflexos de como o Programa Saúde da Família foi implantado inicialmente sendo nomeado pejorativamente como “programa de pobre para pobre”. Esse cenário imaginário de limitação de recursos e exclusão social perpetuou-se por alguns anos, mesmo com a reorganização e priorização do financiamento da Atenção Básica por parte do MS com a criação do Departamento da Atenção Básica (SOUZA, 2000). Nesta significação de território precário que se constrói, conquistar o interesse dos médicos em trabalhar na ESF tornou-se um desafio.

Várias políticas de provimento, qualificação e fixação de médicos na ESF foram propostas tanto por gestores municipais quanto pela União como o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), o Programa Mais Médicos, entre outros (BRASIL, 2002, 2009, 2011, 2013; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA,

M.H., 2009). As principais estratégias elaboradas foram em relação a melhorias salariais e capacitação profissional, inclusive com mudanças nos currículos das escolas médicas (MOREIRA; DE ARAÚJO DIAS, 2015).

Ainda assim vemos que, muitas vezes, não são suficientes para a fixação do profissional pois, um dos aspectos importantes que se mostra determinante para a permanência do profissional no setor, é o nível de satisfação com o trabalho, e este está correlacionado não somente à remuneração, mas também ao clima institucional, sobrecarga de trabalho, vínculo trabalhista, autonomia e jornada de trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008; NEY; RODRIGUES, 2012; SCHUELLER-WEIDEKAMM; KAUTZKY-WILLER, 2012). Estes aspectos que impactam no nível de satisfação dos médicos também são atravessados pelas questões de gênero e isso será importante para a nossa análise adiante (CHERYL LEVITT C et al., 2008).

1.4. A Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte (BH), capital de Minas Gerais, local de realização dessa pesquisa, a implantação da APS iniciou-se na década de 1980 com equipes que contavam com clínicos gerais, pediatras e ginecologistas e realizavam ações programáticas em moldes herdados de sanitaristas que focavam os programas tradicionais propostos pelo MS (pré-natal, puericultura, hipertensão, tuberculose) (BRASIL, 2010).

No início dos anos 2000 a estrutura existente era significativa com mais de 2000 trabalhadores em 130 unidades básicas de saúde. Apesar da estrutura expressiva em comparação a outras capitais do país, a qualidade da assistência deixava a desejar, refletindo em urgências lotadas e altos índices de internações por causas sensíveis à APS. Foi então que a insatisfação da população gerou um grande debate sobre a implantação de uma rede de APS articulada com equipes estruturadas a partir da Estratégia Saúde da Família. Em 2002 foram implantadas 456 equipes de saúde da família, inicialmente em áreas de maior vulnerabilidade, que foram classificadas em quatro graus de risco de adoecer ou de morrer: baixo, médio, elevado e muito elevado risco, de acordo com um indicador criado pelo Serviço de Epidemiologia do município que levou em conta índices como renda familiar, grau de escolaridade do chefe da família, mortalidade materna, mortalidade infantil, morte por homicídio (BRASIL, 2010). A cobertura priorizou áreas de elevado risco, mas alcançou áreas de médio risco logo no início, totalizando uma população de cerca de 1800000 habitantes atendidos, próximo de 80% de cobertura da população total à época.

A evolução nos próximos anos focou em fortalecer e articular essa rede, capacitar os profissionais, além de ampliar outros serviços e setores criando equipes de saúde mental com psiquiatra e psicólogo - que mais tarde o próprio MS utilizou como modelo -, e implantando também o trabalho interdisciplinar que seguiu com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O resultado deste trabalho refletiu em 2010 com apenas 3% das equipes da ESF desfalcadas e mais da metade dos médicos com mais de cinco anos de trabalho na prefeitura, tornando BH uma capital de referência nacional na implantação da APS (BRASIL, 2010; COSTA, 2016) com dois programas de residência médica de família e comunidade de excelência nacional.

O que seguiu depois deste ápice foi uma estagnação relativa de investimentos no setor. Em 2012 o município contava com 578 equipes de ESF e 83,2% de cobertura populacional e no segundo quadrimestre de 2018, com 589 equipes e 81,2% de cobertura (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2018). Enquanto isso outras capitais no Brasil tomaram a frente e se destacaram na sua forma de implantação e expansão de cobertura da ESF. No Rio de Janeiro a estratégia encontrada pelos dois governos municipais de 2009-2012 e 2013-2016 para a expansão acelerada da cobertura populacional utilizou de parcerias com Organizações Sociais de Saúde (OSS) e com programas de residência em MFC, levando a cidade de 4% de cobertura populacional pela ESF em 2009, a valores próximos de 70% de cobertura durante o período, com a formação de centenas de médicos especialistas (COSTA, 2016; JESUS; ENGSTROM; BRANDÃO, 2015; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Em 2015, Florianópolis tornou-se a primeira capital do Brasil com 100% de cobertura populacional pela ESF, com priorização de contratação de profissionais médicos de família e comunidade (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2015; PEREIRA, 2016).

Em Belo Horizonte, a percepção por profissionais gestores da rede é de que a redução relativa de projetos e investimento na ESF também reflete em outros pontos como na dificuldade de fixação de profissionais médicos e alta rotatividade destes nas equipes (FAHEL; FRANCO; FRANCO, 2016), contribuindo para o quadro de estagnação da rede. Nos últimos anos houve ainda a exoneração voluntária de muitos médicos de família e comunidade, inclusive de egressos dos programas de residência médica em MFC concursados (BELO HORIZONTE; SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E INFORMAÇÃO, [s.d.]). Muitos dos médicos que exoneraram foram em busca de melhores oportunidades de emprego no crescente cenário concorrente à rede SUS, o das operadoras de

planos de saúde. Algumas instituições da saúde suplementar iniciaram a proposta de reorganização do atendimento utilizando algumas facetas da APS, principalmente o papel de “*gatekeeper*”³ dos especialistas em MFC, com a intenção de reduzir gastos e manter a sustentabilidade financeira das operadoras, que já se mostrava ameaçada no início dos anos 2000 no país (KELLES, 2013; SILVA, 2018).

A proposta inserida no mercado de trabalho de BH pela saúde suplementar que, como em outras cidades, apresentou uma melhor remuneração para o médico de família e comunidade e maior flexibilidade de horário de trabalho (CASSIAS, ANDRÉ, 2018), foi bastante atrativa, fragilizando a situação da fixação dos médicos especialistas em MFC no SUS de Belo Horizonte.

1.5. O processo de feminização da medicina

Nas últimas três décadas o perfil demográfico de estudantes de medicina foi modificado em vários países do mundo. Na Noruega, Inglaterra e Irlanda as mulheres já são a maioria desde os anos 1990. Nos anos 2000, Canadá e Estados Unidos também mudaram suas proporções. Mesmo em outros países com grande discriminação de gênero, como Irã, Filipinas, África do Sul e Egito, existe um número crescente de mulheres que entram nas faculdades de medicina. No leste Europeu, 80% dos médicos em atividade são mulheres (CHERYL LEVITT C et al., 2008; SCHEFFER; CASSENOTE, 2013). Desde os anos 2000, Portugal e Reino Unido aumentaram em quase 10%, a porcentagem de mulheres médicas, a Espanha em torno de 15% e a Holanda em 17% (SCHEFFER et al., 2018).

No Brasil, a análise do perfil demográfico de inscrições nos conselhos regionais de medicina demonstra que na faixa etária mais jovem, menor de 29 anos, as mulheres representam 57,4% do grupo e dentre faixa entre 30 e 34 anos, são 53,7%. Dentre o total de 414.831 dos médicos em atividade, os homens ainda permanecem como a maioria representando 54,4% dos profissionais ativos, entretanto, nos próximos anos, o perfil se tornará mais equilibrado com a tendência à feminização majoritária da profissão (SCHEFFER et al., 2018).

A relevância deste fato reside na histórica desigualdade de gênero, não só nessa, mas em outras profissões consideradas privilegiadas, numa estrutura hierarquizada de papéis na sociedade patriarcal. A transformação que vem ocorrendo no perfil demográfico nas últimas

³ Papel do médico que atua na porta de entrada de um sistema de saúde desempenhando a função de coordenador do cuidado (STARFIELD, 1994)

décadas reflete a mudança na estrutura social na qual mulheres reivindicam e ocupam lugares sociais para além do estabelecido como mães e donas de casa, o que resulta em maior escolaridade e acesso ao mercado de trabalho formal. Entretanto, não somente interessa o fato das mudanças estatísticas no perfil demográfico de médicos, mas também os efeitos das relações de gênero nas escolhas, na atuação cotidiana e também como essas mudanças têm impactado na profissão médica (MINELLA, 2017).

Alguns estudos apontam mudanças na qualidade do trabalho assistencial em si, revelando que as mulheres têm uma comunicação mais centrada em aspectos emocionais e psicossociais da pessoa, com um estilo de comunicação mais igualitário, promovendo relações colaborativas e envolvendo mais a pessoa na tomada de decisão (HALL; ROTER, 1998; SCHEFFER; CASSENOTE, 2013). Outros apontam que médicas exercem melhores práticas de ações preventivas e papéis de liderança em equipe multidisciplinares com a otimização de recursos e atendimento mais adequado a populações em contexto vulneráveis e com singularidades culturais (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013). Esses estudos parecem corroborar a premissa de que o cuidado é parte inerente do feminino e podem, no seu avesso, encobrir uma desigualdade já há muito denunciada no campo dos estudos feministas (CONNELL; PEARSE, REBECCA, 2015).

Porém, outros elementos devem ainda ser considerados sobre o sentido da “feminização” da medicina. É necessário problematizar as relações de gênero que atravessam, não somente o trabalho assistencial em si, mas o processo de ser trabalhadora num cenário marcado pela desigualdade, e refletir sobre as trajetórias de carreira de médicas e, portanto, sobre a inserção e permanência no mundo do trabalho, além do processo de formação em si (BEDOYA-VACA; DEROSE; ROMERO-SANDOVAL, 2016; LEVINSON; LURIE, 2004; SCHEFFER; CASSENOTE, 2013). Surgem questões já conhecidas em outras modalidades de trabalho feminino, como a dupla jornada, o equilíbrio entre trabalho e família, maternidade, tipo de contrato, o sexismo, as disparidades nos ganhos financeiros e as barreiras para as ocupações de cargos gerenciais/de prestígio e na ascensão da hierarquia acadêmica (BEDOYA-VACA; DEROSE; ROMERO-SANDOVAL, 2016).

Conceitos como o “*glass ceiling*”, “*leaky pipeline*” e “*sticky floor*” aplicados nas carreiras de mulheres médicas, revelam como barreiras organizacionais “invisíveis” agem em setores acadêmicos, assistenciais e gerenciais (ARRIZABALAGA et al., 2014; JOHNS, 2013; TESCH et al., 1995). O “*glass ceiling*” atua impedindo a ascensão de mulheres em posições superiores na organização hierárquica, o “*leaky pipeline*” diz sobre as barreiras que levam as

mulheres a desistirem da carreira em algum estágio, e o “*sticky floor*” evidencia forças que mantêm certas pessoas em posições iniciais numa carreira de menor prestígio e salário (BEDOYA-VACA; DEROSE; ROMERO-SANDOVAL, 2016).

Algumas organizações têm implementado programas com o foco no respeito às diversidades e em promover carreiras de mulheres, porém, muitas vezes elas identificam o problema e trazem soluções que abarcam as escolhas individuais delas, o que é relevante, mas não engloba a influência estrutural da questão - sistemas que, desproporcionalmente, privilegiam homens. É importante indagar o assunto desde a perspectiva de um marcador social de diferença, que atravessa toda a construção de desigualdades e hierarquias entre as pessoas de uma dada sociedade de uma forma naturalizada. A influência do gênero no trabalho é um problema de todos, homens, mulheres e nações, nas diferentes profissões, inclusive na medicina (COE, 2019; KALYANI et al., 2015).

1.6. As mulheres na Medicina de Família e Comunidade

O *WONCA Working Party on Women and Family Medicine* (WWPWF), é um grupo de trabalho de mulheres dentro da WONCA que foi fundado em 2001 com o objetivo de discutir e propor soluções para as questões das mulheres médicas de família. A origem deste grupo de trabalho parte do reconhecimento do lugar que médicas de família e comunidade ocupam no cenário mundial dentro da especialidade, lugar de inequidades de oportunidades, desde a graduação até os programas de residência, à participação em cargos representativos e de tomada de decisão, e ao reconhecimento financeiro e horas trabalhadas. O grupo visa a redução dessas e outras barreiras que enfrentam, permitindo às médicas atingirem o seu potencial e aumentarem suas contribuições na assistência clínica, educação, pesquisa e papéis de liderança na MFC (SCHEFFER; CASSENTE, 2013). Em muitos países, como no Canadá, 64% dos médicos de família são mulheres de até 35 anos (CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION, 2017). Estamos falando de médicas mulheres, jovens, que devem escolher suas carreiras baseadas em múltiplas variáveis, inclusive individuais/familiares, e optam pela Medicina de Família e Comunidade.

Muitas vezes essa “opção” parece ser uma “não-opção”. No oriente médio por exemplo, onde em alguns países, por motivos religiosos, os exames ginecológicos foram proibidos de serem realizados por homens, reservou-se um campo inteiro da medicina para médicas. Porém, o que se percebe é que, culturalmente, a gama de escolhas para médicas se limitou às áreas de

ginecologia e medicina de família (CHERYL LEVITT C et al., 2008). No Brasil há uma prevalência e aumento recente da presença feminina nas especialidades de áreas básicas, como na pediatria, onde 75% do grupo é representado por mulheres, na ginecologia e obstetrícia, que conta com 56,5% de mulheres, e na MFC, com 57,1%. As médicas ainda têm uma participação menor em áreas cirúrgicas, assim como é a tendência em muitos países do mundo (ALERS et al., 2014; SCHEFFER et al., 2018). Percebe-se que o cuidado da criança, do corpo feminino, da saúde reprodutiva e da família permanecem como funções-lugares naturalizados à presença de mulheres.

Além dos desafios usuais enfrentados por serem mulheres, muitas médicas de família e comunidade deverão ainda superar questões árduas como o equilíbrio entre estar no trabalho e na família, em cenários de atuação longínquos ou com pouca estrutura de rede e escassez, como em algumas áreas rurais. Apesar do trabalho rural não ser particular à especialidade, é relevante e tem implicações próprias no fomento e expansão da especialidade (HUSTEDDE et al., 2018; MCGRAIL; RUSSELL, 2017)

1.7. A necessidade de estudos interseccionais feministas na Atenção Primária à Saúde

Para além da motivação de cunho particular que suscitou este estudo, o que se percebe durante a revisão da literatura é que existe uma necessidade teórica e prática de estudos que considerem uma ótica feminista dentro da APS. Muitos estudos sobre a desigualdade de gênero nas ciências e tecnologias e em carreiras de prestígio, dentre elas a medicina, já foram feitos, principalmente do ponto de vista do acesso ao ensino e da graduação (JAGSI et al., 2012; KALYANI et al., 2015; REMICH et al., 2016; TESCH et al., 1995). Outros estudos abordaram ainda interseções de gênero com outros marcadores de diferença – classe, raça/etnia, família de origem e gerações dentro da medicina (BOEKELOO et al., 2015; DELGADO et al., 2009; HILL et al., 2016; MINELLA, 2017). Mas poucos estudos abordam esse recorte específico das interseções de gênero e outros marcadores dentro da MFC e da APS, principalmente em países do sul global⁴.

É necessário que esse recorte seja analisado em profundidade nestes países, pois normas culturais e fatores estruturais podem impactar de forma diferente do que é visto em países do

⁴ Termo utilizado para distinguir geopoliticamente os países do norte global e sul global, através de um ponto de vista que, para além do território geográfico, considera o “lugar” ocupado pelo país no período colonial e suas heranças políticas e econômicas no contexto atual da globalização neoliberal (SANTOS; MENESES, 2009).

norte global (BEDOYA-VACA; DEROSE; ROMERO-SANDOVAL, 2016). Um exemplo notório disso é como o racismo e o branqueamento são lidos de forma diferente nos Estados Unidos e Europa em comparação ao Brasil, que por sua vez difere da África do sul (LIMA; VALA, 2004; SCHUCMAN, 2014).

Felicity Goodyear-Smith e associados fizeram um estudo recente de nível global sobre quais temas precisam ainda ser aprofundados e pesquisados na APS de países com baixa renda e renda moderada. Os temas emergentes foram sobre a efetividade de referenciamentos da atenção primária para a secundária, integração dos setores público e privado, integração de equipes interdisciplinares e intersetoriais, além de formas de apoiar profissionais da APS, inclusive sobre aspectos financeiros determinando o orçamento mínimo necessário para uma APS efetiva e eficaz que busque corrigir desigualdades (GOODYEAR-SMITH et al., 2019). Os temas levantados estão de acordo com as perspectivas de estudos anteriores que pontuavam serem necessárias pesquisas que abordem os modelos organizacionais e assistenciais da APS, mas considerando a tendência e o enfoque da feminização da medicina (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013).

Portanto, essa pesquisa se justifica pela necessidade de se analisar de forma aprofundada como sistemas historicamente subvalorizados como a MFC, as relações de gênero na medicina e a ESF se sobrepõem em um cenário discriminatório e interseccionam com outros marcadores de diferença, de forma a desenhar trajetórias de vida e impactar nos caminhos das carreiras de médicas de família e comunidade no cenário de uma capital brasileira que já foi referência nacional de qualidade de implantação e expansão da rede de Atenção Primária à Saúde.

A compreensão do modo como as mulheres médicas percebem e significam suas escolhas e seu trabalho num cenário marcado pela desvalorização e discriminação pode ser de grande retorno para a comunidade. Identificar as forças atuantes através dos marcadores sociais da diferença no cotidiano de trabalho das médicas de família e comunidade pode colaborar para que gestores e instituições elaborem novas políticas e diretrizes organizacionais que construam espaços menos precários, violentos e excludentes para essas mulheres, tornando o cenário de trabalho mais atrativo para as profissionais, favorecendo a fixação e permanência na ESF, o que refletirá na melhoria da qualidade na assistência para a população.

2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Considerando o objetivo do estudo, apostamos numa pesquisa de caráter qualitativo que dialogasse com elementos da proposição de cartografia Gilles Deleuze e Félix Guattari pois a profundidade que necessitávamos atingir para o esclarecimento dos vários aspectos intrincados que nos levariam às respostas não seriam elucidados com abordagens quantitativas.

A cartografia foi se impondo no percurso da definição do problema e do arcabouço teórico que utilizaríamos. É uma forma de investigação sistematizada por Gilles Deleuze e Félix Guattari ao final da década de 1960, muito útil para descrever mapas processuais de um “território” existencial, que envolvem um coletivo relacional de forças, movimentos e experiências na produção de subjetividades (DELEUZE; GUATTARI, 1995; FERIGATO; CARVALHO, 2011; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). O uso desta abordagem tem crescido como método científico e nas pesquisas em saúde, e pode ser realizada a partir de diversos substratos: observações (participante, de caráter etnográfico, direta), análise de documentos (prontuários, cadernos de terapeutas, laudos, diários) e entrevistas (semiestruturada, narrativa, em profundidade) (CINTRA et al., 2017; MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013).

A estratégia trabalha o rigor metodológico considerando os efeitos da própria trajetória da pesquisa sobre o objeto estudado, o pesquisador e a produção de dados (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). A escolha da entrevista em profundidade como instrumento produtor de dado amparada pela análise do discurso faz jus ao propósito da estratégia. O fato da autora principal e pesquisadora presente em todas as entrevistas, estar inserida no cenário em estudo e implicada pessoalmente e profissionalmente com as participantes, estabeleceu um plano em que a dimensão processual da entrevista, para além do conteúdo relatado, se tornou pungente. A entrevista na abordagem cartográfica deve ser entendida como uma experiência compartilhada, uma coemergência em si, de expressões e conteúdos dialógicos onde contato e intervenção se efetivam evocando a experiência na fala, no processo de dizer, na busca de pluralidade de vozes (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013). Essa implicação com o cenário nos conduziu para uma perspectiva de que o uso da cartografia era de fato adequado e possibilitaria um traçado singular desses encontros e saberes.

As evidências do envolvimento da pesquisadora principal se refletiram desde a estratégia de amostragem escolhida. As participantes que buscávamos eram mulheres, médicas de família e comunidade (com residência ou titulação na área), trabalhadoras da APS na rede

SUS de Belo Horizonte. Inicialmente, aventamos o uso da estratégia da bola de neve (VINUTO, 2016). Escolhemos a participante índice que se destacava no cenário como uma referência para os pares e por estar há muito tempo fixada no mesmo centro de saúde. Nós planejávamos dar seguimento ao contato e indicações a partir dela.

Outros marcadores da pesquisa exigiram o uso da estratégia intencional pautada nos critérios de ser mulher, titulada ou com residência em MFC, que fosse considerada referência pelos pares ou que se destacasse por seu tempo de fixação na rede e ainda alguma(s) que se reconhecessem como negras, para incluir a perspectiva dessas mulheres em nossa análise, já que consideramos relevante abordar esse marcador de diferença, a partir da primeira interlocutora selecionada. Neste ponto optamos por flexibilizar o critério inicial de nos restringirmos a mulheres que estavam trabalhando na APS de Belo Horizonte no momento da pesquisa, para mulheres que já haviam trabalhado na rede, justamente para que a perspectiva de algumas dessas participantes que foram lembradas como referência nos outros critérios e saíram da rede, fosse considerada. O ponto notável foi que, no processo de contato e entrevistas, apesar das participantes terem sido escolhidas intencionalmente, umas indicaram as outras retroativamente, o que demonstra que a estratégia de bola de neve, se tivesse sido efetivada, percorreria uma trajetória semelhante. Essa superposição das estratégias de amostragem só foi possível porque a pesquisadora principal que desenhou a rede de participantes, também foi/é reconhecida pelos pares como “uma delas”.

Os contatos foram realizados através de aplicativo telefônico, quando foi explicado o propósito da pesquisa e enviado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes foram esclarecidas de que sua contribuição para o estudo se daria através de uma entrevista em profundidade, com duração aproximada de 1 a 2 horas, que seria gravada em áudio e transcrita posteriormente para a análise. Os horários e locais das entrevistas foram articulados segundo a preferência das participantes. É importante ressaltar que desde o contato e arranjos para a realização das entrevistas, a produção de dados começou a se revelar.

Todas as oito participantes contatadas consentiram sua participação. Isso pode refletir o nível de confiabilidade e implicação da pesquisadora com a rede e a pertinência e interesse do tema. Algumas dificuldades de arranjo surgiram, principalmente por parte das participantes com filhos. Elas precisavam articular sua rede de apoio para se fazerem presentes na entrevista. Fizemos entrevistas em locais públicos (em uma área de convivência de uma farmácia e em uma livraria dentro de um shopping) pois eram os momentos possíveis que essas mulheres dispunham para contribuir, após o almoço de domingo, enquanto o marido e a comadre se

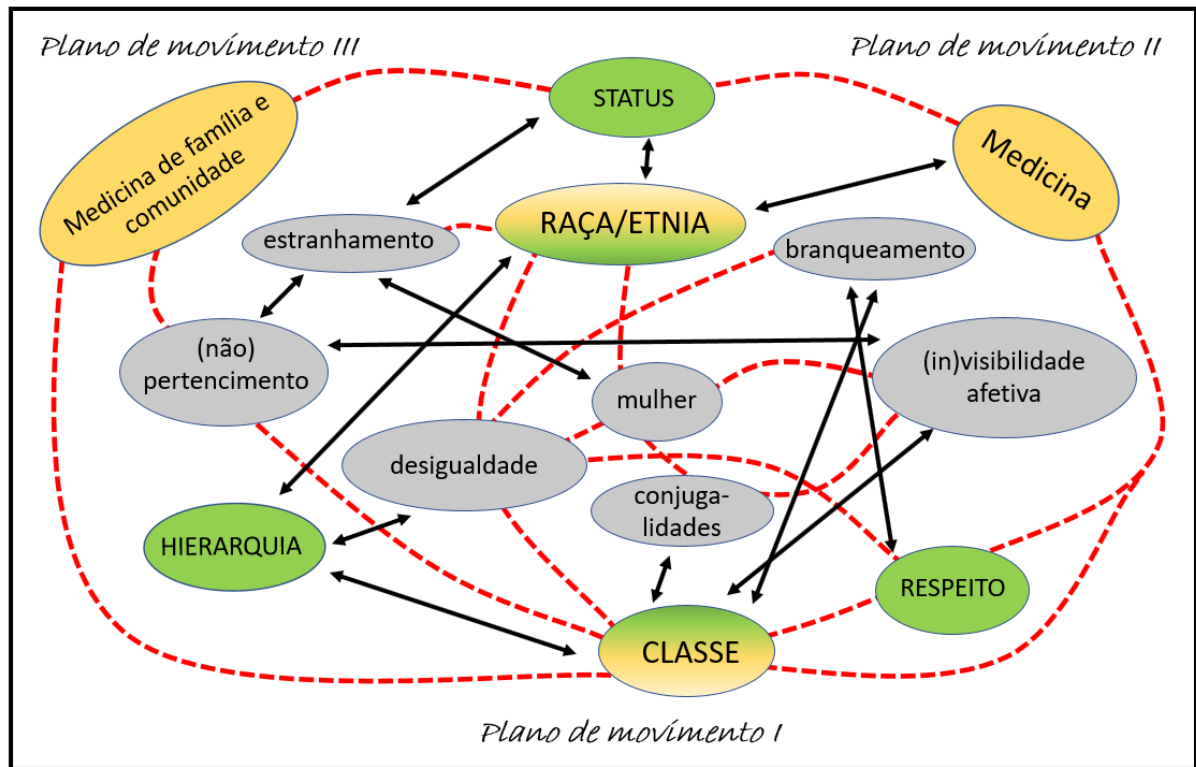
desdobravam nos cuidados com a filha, ou em um sábado enquanto a filha se divertia com as amigas no shopping. Fizemos entrevistas nas casas das participantes que gentilmente abriram as portas de seus lares e compartilhamos os ricos testemunhos sobre outros combinados de cuidados com os filhos e dinâmicas de relação com o marido ou com a própria mãe da participante. Algumas optaram por realizar as entrevistas na casa da pesquisadora principal, pois seria um local onde teriam a tranquilidade de se disponibilizarem para pesquisa, sem (muitas) interrupções ou distrações (telefonemas dos filhos e maridos nos lembravam da vida vivida lá fora).

As entrevistas foram conduzidas pela mestrandia sob supervisão da orientadora, que é uma pesquisadora qualitativa experiente e participou da realização de quatro entrevistas, da terceira à sexta. A entrevista inicial que serviu como piloto e treinamento após estudo teórico, foi incluída na análise de dados, devido a sua relevância no conjunto da produção do conteúdo.

As transcrições foram lidas em muitas etapas por todas as pesquisadoras e a análise se iniciou em período concomitante à realização das entrevistas, como é característico dos estudos qualitativos. Foram utilizadas técnicas de leitura com atenção flutuante, concentrada e aberta, para o reconhecimento atento de pistas processuais do território-cenário (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). Pistas condutoras emergiram nas primeiras leituras e aos poucos seus fluxos de forças e relações com os demais pontos de composição foram traçados e costurados na composição dos planos de movimento.

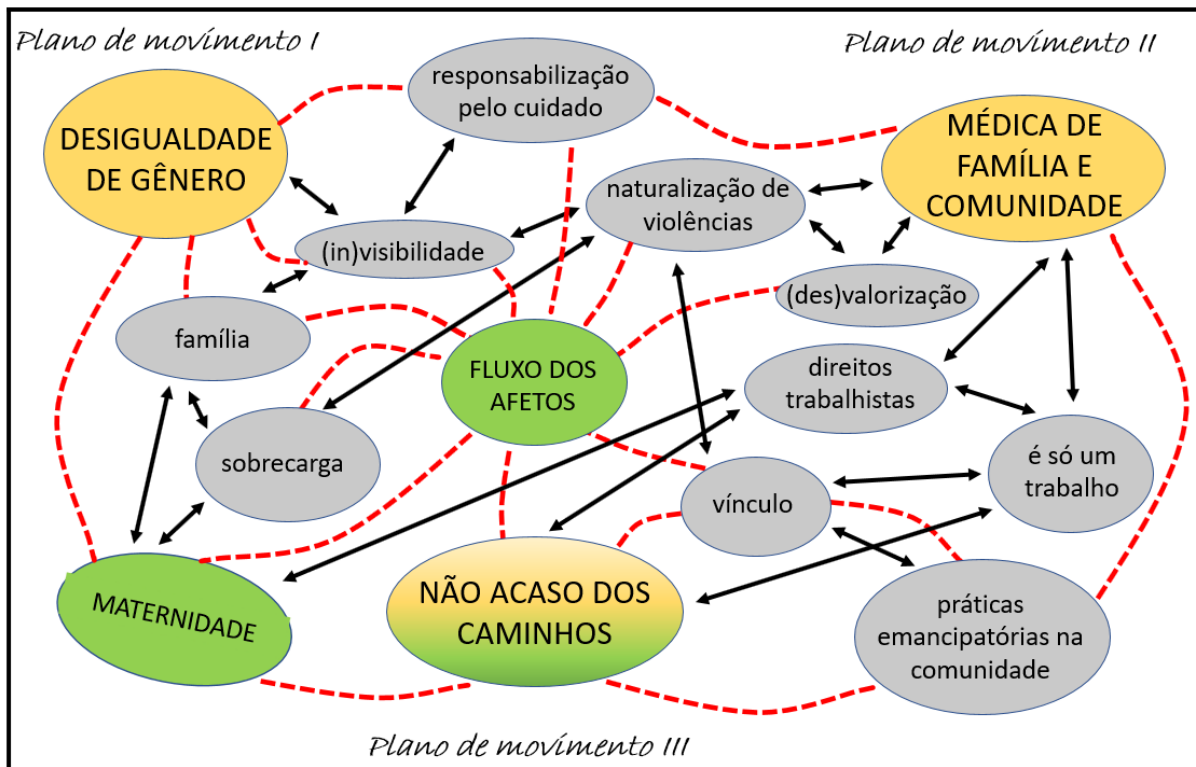
A análise interseccional dessas pistas ganhou corpo revelando o entrecruzamento de marcadores de diferença que atravessaram a trajetória das participantes. Classe e raça permitiram pensar nos fluxos afetivos e resistências para ingresso e permanência num curso de graduação em contexto anterior aos das cotas nas universidades (figura 1). Destes encontros as escolhas afetivas que resultaram nas conjugalidades são interessantes para pensar circulação de afetos e redes de conjugalidades, porém a preponderância com que o eixo gênero acionado a partir da maternidade circulou nos discursos sobre as (in)decisões das carreiras definiu o recorte do estudo resultou também na decisão de eleição para o artigo que será apresentado a seguir (figura 2)

FIGURA 1 – Mapa de raça/classe



Fonte: Pesquisa de campo da autora principal.

FIGURA 2 - Mapa de gênero/maternidade



Fonte: Pesquisa de campo da autora principal.

3. ARTIGO A SER SUBMETIDO

O artigo aqui descrito será resumido e submetido à revista *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. A decisão por mantê-lo em sua forma estendida ocorreu com o propósito de não tolher a riqueza da análise dos dados frente à demanda da coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família de apresentar os dados da pesquisa em formato de artigo, a fim de estimular a publicação dos achados. A escolha do periódico se deu devido a sua relevância e impacto nacional, que estão de acordo com as exigências do programa. O conteúdo do artigo foi descrito utilizando padrões do COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007) e já se encontra no formato das regras de submissão, incluindo o padrão da bibliografia, conforme solicitado pelo programa. Somente foram suprimidas desta dissertação as obrigatoriedades da folha de título e exigências pré-textuais e pós-textuais.

3.1. ARTIGO

Entrecruzamento de desigualdades: gênero e maternidade na carreira de médicas de família e comunidade que atuam na periferia

3.1.1. Resumos

A tendência crescente à feminização da medicina e da Medicina de Família e Comunidade, especialidade avaliada com baixo prestígio e dificuldade de atrair profissionais, coloca em pauta a necessidade de se estudar os fatores que influenciam as decisões e trajetórias das carreiras das médicas. Realizamos um estudo de caráter qualitativo, que dialoga com aspectos da cartografia, a partir da análise do discurso de entrevistas realizadas com oito médicas de família que se fixaram em áreas de alta vulnerabilidade social em uma capital brasileira. A análise interseccional dos enunciados apontou para o gênero como o grande eixo de marcador de diferença a partir da maternidade. Os achados demonstram que questões sobre ética e responsabilização pelo cuidado impactam nos pontos de equilíbrio da vida pessoal/familiar e da vida laboral, significando o cotidiano de trabalho dessas mulheres, influenciando as trajetórias de suas carreiras.

Palavras chave: Médicas de Família. Gênero. Maternidade. Mobilidade Ocupacional.

The growing trend towards the feminization of medicine and Family Medicine, a specialty evaluated with low prestige and difficulty in attracting professionals, puts in the agenda the need to study the factors that influence the decisions and careers paths of female doctors. We conducted a qualitative study based on aspects of cartography, using discourse analysis of in-depth interviews with eight women who are family physicians and settled in areas of high social vulnerability in a Brazilian capital. The intersectional analysis of the statements pointed to gender as the major axis of category of difference from the perspective of motherhood. The findings show that questions about ethics and duty of care on work life balance, affecting the daily work of these women, influencing their career trajectories.

Keywords: Family Physicians. Gender. Parenting. Career Mobility.

3.1.2. Introdução

A medicina de família e comunidade (MFC) é a especialidade chave na organização de sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS), que desejam obter desfechos em saúde de forma mais eficiente, tanto curativos, quanto preventivos (1,2). Os países que têm seus sistemas de saúde orientados à APS necessitam de uma grande proporção de seus médicos formados em MFC, porém há muitos anos enfrentam uma dificuldade de atratividade e fixação de médicos no setor (3). O que se percebe é que a MFC é uma especialidade desprestigiada em muitas partes do mundo, com baixa opção de graduandos em medicina de escolherem-na como sua formação, com achados inclusive de uma cultura de hostilidade e depreciação da especialidade na graduação (4), além de um cenário com baixos salários e alto índice de *burnout* no mercado de trabalho (5–8).

Com o processo de feminização da medicina que vem ocorrendo nos últimos anos (9,10), inclusive na própria MFC, que é uma área com maioria de mulheres médicas em muitos países (3,11,12), novas questões se tornam relevantes no entendimento do problema da baixa atratividade da especialidade e na construção de novas soluções e estratégias de fixação dessas profissionais na área (3). Muitos fatores, identificados em estudos, que influenciam a trajetória e escolhas de carreiras dos médicos e das médicas, como jornada de trabalho, remuneração, vínculo trabalhista, sobrecarga de trabalho e percepção do clima institucional, são influenciados pelo gênero do profissional (13–15).

As desigualdades de gênero que ocorrem no local de trabalho são reflexos de como marcadores sociais de diferença impactam na vida cotidiana das mulheres⁵. Os lugares ocupados e funções desempenhadas, as hierarquias e relações estabelecidas, pela maternidade, pelo casamento, se interseccionam e se sobrepõe a outras categorias/marcadores e atuam de forma diferente entre homens e mulheres, muitas vezes as situando em posição de desvantagens (16). O alcance desses marcadores de diferença é relevante para se aprofundar no entendimento do cruzamento dessas questões nas trajetórias e carreira das médicas.

O Brasil é um país de cultura latina que também passa pelo processo de feminização da medicina e apresenta uma baixa taxa de médicos especialistas em MFC (12). Com um tamanho continental, o país enfrenta diversos desafios de provimento e fixação de médicos na APS. Sua

⁵ Nossas interlocutoras desta pesquisa se identificam como heterossexuais e cisgêneras, portanto, identidade de gênero e sexualidade não serão destacados nas questões apresentadas da pesquisa.

rede de saúde mista público-privada, tem o Sistema Único de Saúde (SUS), que constitui o serviço público da rede, como maior empregador de médicos de família e comunidade através da Estratégia Saúde da Família (ESF) (12,17,18).

O SUS, por apresentar déficits de investimento, com baixas condições da estrutura física, escassez de insumos, alta rotatividade de profissionais e baixa integração da rede, é considerado em geral um empregador pouco atrativo, com um ambiente precário, sendo que a APS é geralmente procurada por médicos recém-formados, sem especialização, ou médicos mais velhos, perto de se aposentar (19,20).

Várias políticas de qualificação e fixação de médicos na ESF foram propostas nos últimos anos pelo governo com o intuito de garantir o provimento de médicos para trabalhar na APS. As principais estratégias encontradas foram em relação a melhorias salariais e capacitação profissional, inclusive com mudanças nos currículos das escolas médicas (19,21–25).

Essas políticas não se pautaram em uma perspectiva de gênero para pensar sobre a necessidade de atratividade do setor para a crescente fatia de profissionais mulheres do mercado. Quando consideramos que o nível de satisfação do trabalho está correlacionado com a remuneração, clima institucional, sobrecarga de tarefas, vínculo trabalhista, autonomia, e jornada de trabalho (26–28), percebemos que, se desejamos atrair e fixar médicas para seguir carreira no setor e na especialidade, precisamos nos aprofundar nessa perspectiva interseccional que avalia as implicações do gênero.

Em Belo Horizonte, capital Minas Gerais, a pesquisadora principal observou em seu círculo empiricamente que muitas mulheres especialistas em MFC escolhem seguir carreira e permanecer nesses cenários precários de trabalho na ESF, mesmo com a recente tendência da rede de saúde suplementar, que faz parte da rede privada de saúde da cidade, em contratar especialistas em MFC, oferecendo melhor remuneração e carga horária flexível. Esse fato, aparentemente incongruente com achados na literatura da preferência de mulheres por uma jornada de trabalho menor e mais flexível, com melhores salários, se torna relevante para estudo (13). Desconfiamos que essas decisões envolvem influências das vivências e percepções de gênero e outros marcadores de diferença na trajetória educacional dessas mulheres, na vida cotidiana pessoal e nas relações com suas famílias.

Nesse sentido essa pesquisa se propôs a aprofundar no estudo de como os marcadores de diferença atravessam as trajetórias de vida de médicas especialistas em MFC, trabalhadoras da periferia de Belo Horizonte, e impactam nas decisões da carreira dessas médicas a permanecerem e se fixarem na ESF, um cenário de sobreposições de desvalorização.

3.1.3. Metodologia

A complexidade da questão chave do estudo, sobre o porquê dessas mulheres escolherem permanecer nesse cenário precário, apesar de ofertas aparentemente mais atrativas, demandou uma abordagem de caráter qualitativo. Apostamos numa pesquisa com esse caráter que dialogasse com elementos da proposição de cartografia Gilles Deleuze e Félix Guattari proposta ao final da década de 1960. O uso da cartografia tem crescido como método científico e nas pesquisas em saúde, e pode ser realizada a partir de diversos substratos: observações, análise de documentos e entrevistas (29,30).

Essa abordagem foi se impondo no percurso da definição do problema por considerar os efeitos da própria trajetória da pesquisa sobre o objeto estudado, o pesquisador e a produção de dados (31). O fato da metodologia considerar o efeito do próprio pesquisador na produção de conteúdo se faz relevante neste estudo pois a pesquisadora principal, que participou de todas as entrevistas, faz parte do cenário de estudo, é trabalhadora da rede de APS de Belo Horizonte, e é implicada pessoal e profissionalmente com as participantes. Isso possibilita um traçado singular de encontros e saberes, já que quando se opta pelo uso de entrevistas em profundidade e a análise do discurso, dentro da lógica da abordagem cartográfica, entende-se que as entrevistas são momentos de experiências compartilhadas, como uma coemergência em si, de expressões e conteúdos dialógicos onde contato e intervenção se efetivam evocando a experiência na fala, no processo de dizer, na busca de pluralidade de vozes (32).

A produção de conteúdo através da cartografia é muito útil para descrever mapas processuais de um “território” existencial, que podem ser lidos como rizomas, por envolverem um coletivo relacional de forças, movimentos e experiências, além de possuírem diversos pontos de entrada e saída na composição da rede, que produzem subjetividades (31,33). A análise é feita ao longo do processo de produção de dados, e se utiliza de técnicas de leitura com atenção flutuante, concentrada e aberta, para o reconhecimento de pistas processuais do território-cenário (31). As pistas emergentes aos poucos são relacionadas com fluxos de forças e demais pontos de composição do rizoma, podendo-se desenhar efetivamente um mapa dinâmico dos planos de movimento.

A pesquisadora principal é médica de família e comunidade, solteira, não tem filhos e trabalha na rede de APS do SUS de Belo Horizonte. Esse estudo foi realizado para a obtenção de título de mestre da pesquisadora principal sob a orientação das outras duas pesquisadoras professoras da Universidade Federal de Uberlândia, cidade no mesmo estado de Belo

Horizonte. A orientadora é antropóloga, casada, tem dois filhos, a coorientadora é psicóloga, casada e estava gestante durante o período de análise da pesquisa. Ambas são pesquisadoras qualitativas experientes e não têm relação com as participantes. O estudo foi realizado com financiamento próprio.

A escolha das participantes se deu de forma intencional pautada nos critérios de médicas mulheres, tituladas ou com residência em MFC, trabalhadoras da rede de APS do SUS, que trabalhassem ou já tivessem trabalhado em áreas de vulnerabilidade social em Belo Horizonte, e que fossem vistas como referência pelos pares em Minas Gerais (por exemplo por convite de participação de eventos de MFC no estado), ou que se destacassem por seu tempo de fixação na rede SUS, ou que se reconhecessem como negra, para incluir a perspectiva dessas mulheres em nossa análise, já que desejávamos abordar esse marcador de diferença. Apesar da amostra ter sido intencional, verificamos que se houvéssimos realizado a amostragem por estratégia de bola de neve (o que foi planejado, mas não foi efetivado por restrições de financiamento e pelo cronograma da pesquisa) a amostra seria semelhante, pois as participantes indicaram umas às outras retroativamente. Esse fato reforça que a amostragem intencional foi adequada, em função da pesquisadora principal ser também parte da rede de contatos e referência dessas mulheres.

Os contatos foram realizados através de aplicativo telefônico, quando foi explicado o propósito da pesquisa e a forma de contribuição através de uma entrevista. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa foi compartilhado, em acordo com as exigências e aprovação do comitê de ética da Universidade Federal de Uberlândia. Foram elucidadas dúvidas sobre os termos e agendada entrevista em horário e local de preferência da participante. Todas as 8 participantes recrutadas aceitaram contribuir com a pesquisa e assinaram o TCLE no dia do encontro presencial, quando foi traçado um perfil sócio demográfico resumido da participante e foram realizadas entrevistas em profundidade com perguntas disparadoras (modelo no quadro 1). As entrevistas ocorreram em um único momento com cada participante e tiveram duração entre 1 a 4 horas. A pesquisadora principal passou por estudo teórico e supervisão prática das demais pesquisadoras para realizar as entrevistas, a primeira entrevista piloto foi incluída na análise pela relevância dos achados. Quatro das 6 primeiras entrevistas foram realizadas em pares, pela pesquisadora principal e pela orientadora antropóloga.

As entrevistas foram realizadas em locais variados de escolha das participantes: três foram realizadas na casa das participantes (duas com interferências/presença de familiares), três na casa da pesquisadora principal e duas em locais públicos (em uma livraria e em uma área de

convivência de uma farmácia). Algumas notas sobre as circunstâncias desses encontros foram registradas em seguida às entrevistas e foram utilizadas na análise pela relevância no contexto.

As entrevistas tiveram seus áudios gravados e foram transcritas. A análise foi feita a partir das transcrições, os trechos utilizados no artigo sofreram pequenas alterações, somente para manter o sigilo das participantes, e foram enviados para a apreciação prévia e aprovação das mesmas. As transcrições foram lidas e relidas de forma independente por todas as pesquisadoras e a análise se iniciou em período concomitante à realização das entrevistas, como é característico dos estudos qualitativos. Foram feitas trocas de e-mail, uma reunião presencial e reuniões virtuais entre as pesquisadoras para a discussão e análise das pistas condutoras que foram encontradas independentemente por técnica de análise do discurso. Quando foi averiguado pistas suficientes para a composição cartográfica da análise e verificada a saturação dos pontos de relação e fluxos de força dessas pistas, interrompeu-se o recrutamento.

A análise foi realizada a partir da abordagem cartográfica com uma leitura interseccional feminista das pistas que permitiu a construção de mapas rizomáticos. Este artigo vai tratar do fluxo das composições de desigualdades articuladas a partir da maternidade, no qual o empuxo é exercido pela construção das normas de gênero que posicionam mulheres e homens em lugares distintos também através da sobrecarga do trabalho de cuidar dos filhos.

QUADRO 1 - Roteiro norteador de entrevistas

Pergunta norteadora:

Me conta sobre você enquanto estudante de graduação em medicina. Se você fosse escrever um diário hoje, quais lembranças deveriam ser registradas? Entre o motivo que te levou a prestar medicina e hoje, o que mudou?

Perguntas disparadoras:

- a) Essa estudante se formou e fez outra escolha, ser médica de família e comunidade, o que você considerou no momento da escolha? Isso se realizou na prática?*
- b) Trabalhar na estratégia saúde da família é um cenário mais comum para muitas pessoas depois da residência/especialização, foi assim para você? Como você chegou até essa unidade?*
- c) Quando você diz que é médica de família e comunidade, como os outros reagem?*
- d) E quando você diz que trabalha nessa comunidade, o que é mais comum de ouvir?*

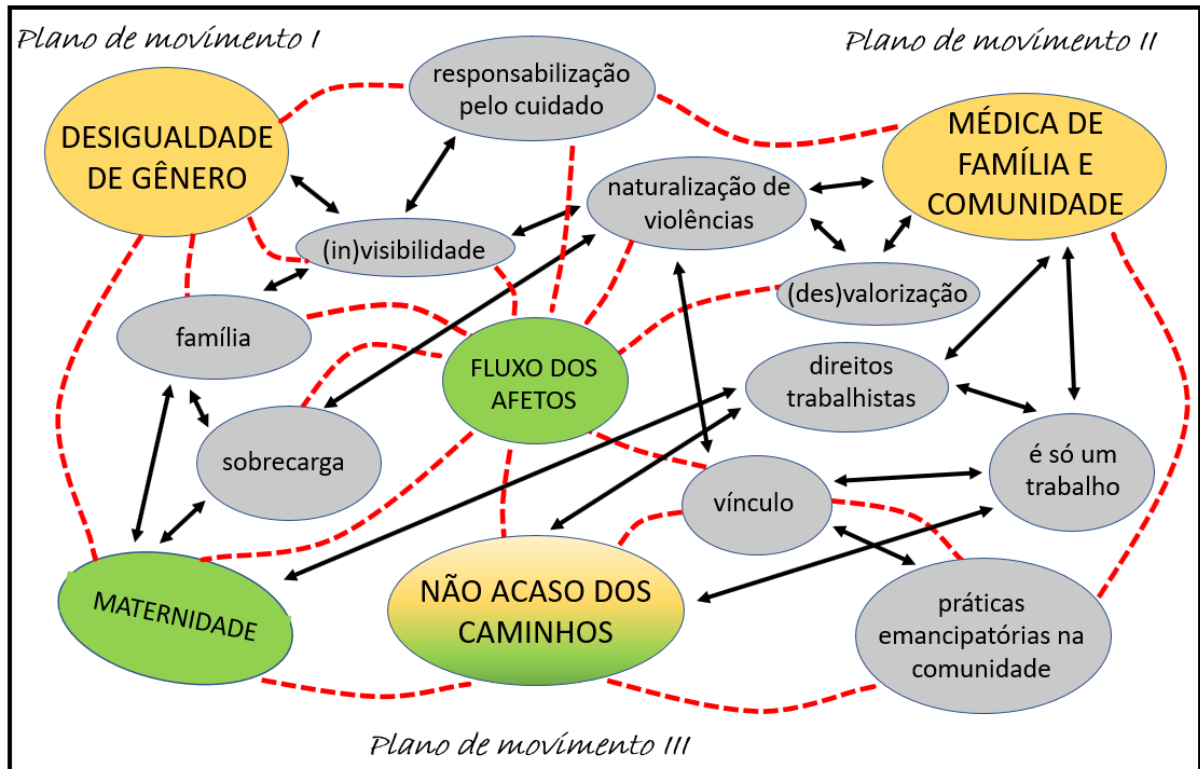
- e) *O que te motiva voltar amanhã? E quando você tem vontade de desistir?*
- f) *Os desafios seriam diferentes se você fosse homem?*
- g) *Os desafios seriam diferentes se você fosse... (abordar o marcador de diferença preponderante no discurso, exemplo: de uma raça/etnia diferente?, de uma geração diferente?, de uma classe social diferente?, de uma nacionalidade/origem diferente?, etc.)?*
- h) *Você conhece alguma médica de família e comunidade que passa por estes tipos de desafios? Como você percebe o impacto desses desafios na vida dela?*

3.1.4. Resultados

Entrevistamos oito mulheres para esse estudo, todas fizeram residência de medicina de família e comunidade. Sete delas ainda são trabalhadoras da rede SUS na APS de Belo Horizonte, metade tem ainda outros vínculos de trabalho médico ou outro trabalho que lhe é fonte de renda. Metade são as provedoras financeiras principais de suas famílias. Todas já tiveram outras oportunidades de emprego, mas optaram por seguir trabalhando na APS do SUS. O tempo de vínculo atual na mesma unidade de saúde variou de 8 meses a 14 anos. Seis são casadas, uma é solteira, outra é divorciada, todas são cisgêneras e se posicionam como heterossexuais. Seis são mães, das quais quatro tem filhos menores de cinco anos. Duas delas têm dois filhos, maiores de 10 anos. Três são casadas com médicos.

As pistas condutoras que emergiram se interseccionaram fortemente através do gênero e da maternidade. As mulheres entrevistadas, mesmo as que não são mães, significam seu trabalho e desenham suas trajetórias de vida a partir do referencial de três planos de movimentos e de enunciados coletivos que foram ilustrados no mapa rizomático abaixo (figura 1). Os planos de movimento (PM) - *desigualdade de gênero, médica de família e comunidade e o não acaso dos caminhos* - se deslocam e atuam imprimindo forças e conformando núcleos - *fluxos de afetos e maternidade* - que se relacionam de forma dinâmica com os pontos de composição de enunciados ora com maior tensão, ora com menor, a depender da necessidade de negociação do trânsito entre o mundo público e privado (34).

FIGURA 1 - Mapa de planos de movimento e composição de enunciados



Fonte: Pesquisa de campo da autora principal. As figuras seguintes são replicações desta apenas sinalizando os focos de atenção que desejamos ressaltar em relação ao texto e aos trechos das falas das participantes nas legendas.

A leitura desse mapa bidimensional (figura 1) deve ser feita a partir de uma perspectiva tridimensional fluida, em movimento, cujas relações entre enunciados, núcleos e planos não sejam entendidas como hierarquizadas, de maior ou menor importância. Um rizoma, pela definição de Deleuze e Guattari, é uma estrutura em que qualquer ponto pode ser conectado a outro e na qual existem diversos pontos de entrada e saída. Há uma multiplicidade que se combina, cresce e se modifica à medida que se formam as conexões, a medida que se agenciam planos de consistência (aqui chamados de planos de movimento e núcleos). As linhas organizam, estratificam, significam as dimensões, mas também compõe linhas de fuga que podem romper a multiplicidade conformada marcando o fato de que o mapa é uma representação de um número de dimensões finitas, e que a realidade tem ainda maior fluidez (33).

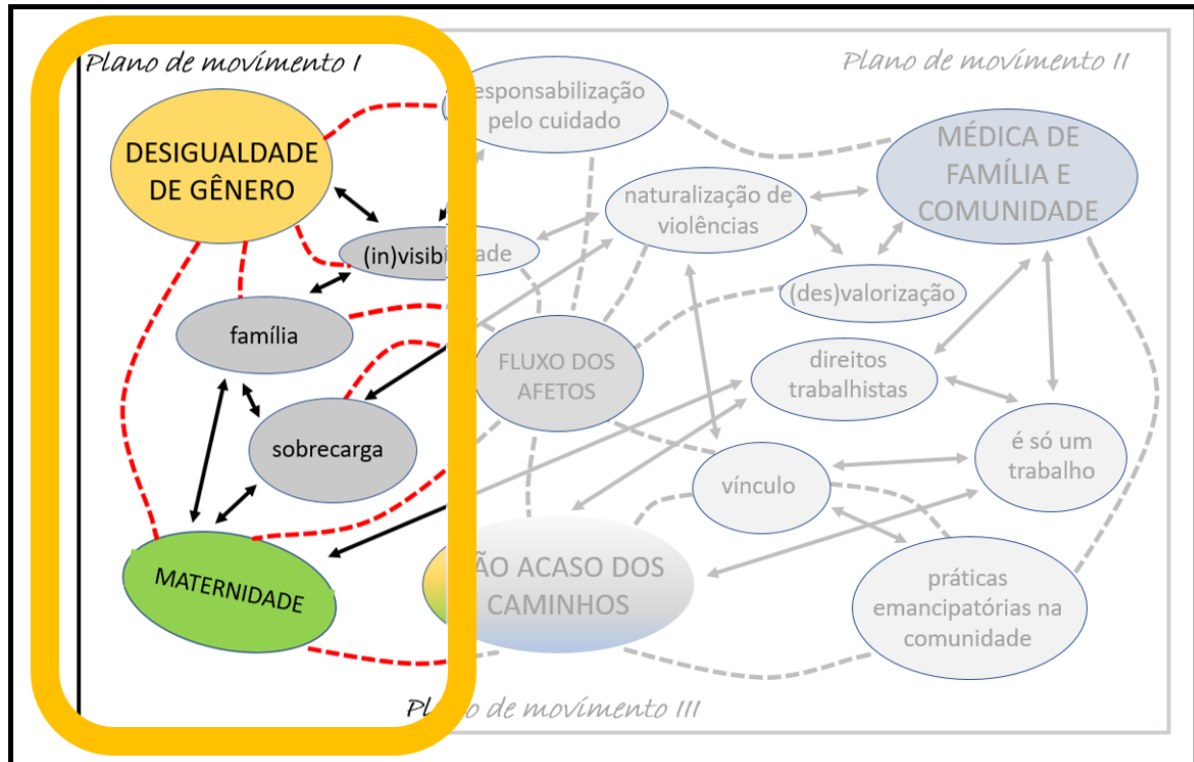
Se considerarmos a estrutura botânica de um rizoma e a mantivermos em mente, podemos entender os enunciados sob uma perspectiva mais próxima do mapa que propomos,

em que a ordem dos PM e a conformação dos núcleos e enunciados não interessa realmente, e serão fixados apenas para fins explicativos.

Vamos adentrar o rizoma acompanhando a *desigualdade de gênero no plano de movimento I* (figura 2). O núcleo da *maternidade* se revelou de forma central desde o contato e arranjos para a realização das entrevistas. As dificuldades de manejo do tempo surgiram, principalmente por parte das participantes com filhos, pois estas precisaram articular sua rede de apoio para se fazerem presentes na entrevista. A participante que escolheu ser entrevistada em uma livraria aproveitou o momento que ia levar a filha ao shopping para encontrar com as amigas, para conceder a entrevista. Segundo ela, não teria como articular com sua rede de apoio um momento/lugar que fosse mais adequado. Outras duas participantes aproveitaram o momento de encontro e lazer da família no almoço de domingo (momento típico da cultura brasileira de se estar com a família ampliada) para que pudessem deixar seus filhos com os maridos, sogra e madrinha da criança e pudessem conceder a entrevista.

Essas negociações se somam às falas das participantes e revelam que os enunciados, explícitos e ocultos, que compõe esse rizoma, atravessam questões culturais enraizadas na sociedade e tem efeitos na vida diária da mulher trabalhadora. A representação sobre o que é ser uma mulher, e a sobrecarga de tarefas e funções advindas da construção social deste papel, impactam na formação da nova família e nas negociações com o companheiro e sua rede de apoio. A participante 4 recebeu as pesquisadoras em sua própria casa e concedeu a entrevista durante um café-da-manhã, junto com a filha e o marido. Nesse encontro houve a oportunidade de se observar um fragmento da dinâmica de relação da família principalmente do compartilhamento, organização e divisão de cuidados do casal que, à primeira vista, aparentavam ocorrer de forma equitativa, mas a própria participante relata que em sua percepção a divisão não é horizontal (fala na figura 2).

FIGURA 2 – Plano de movimento I – gênero e maternidade



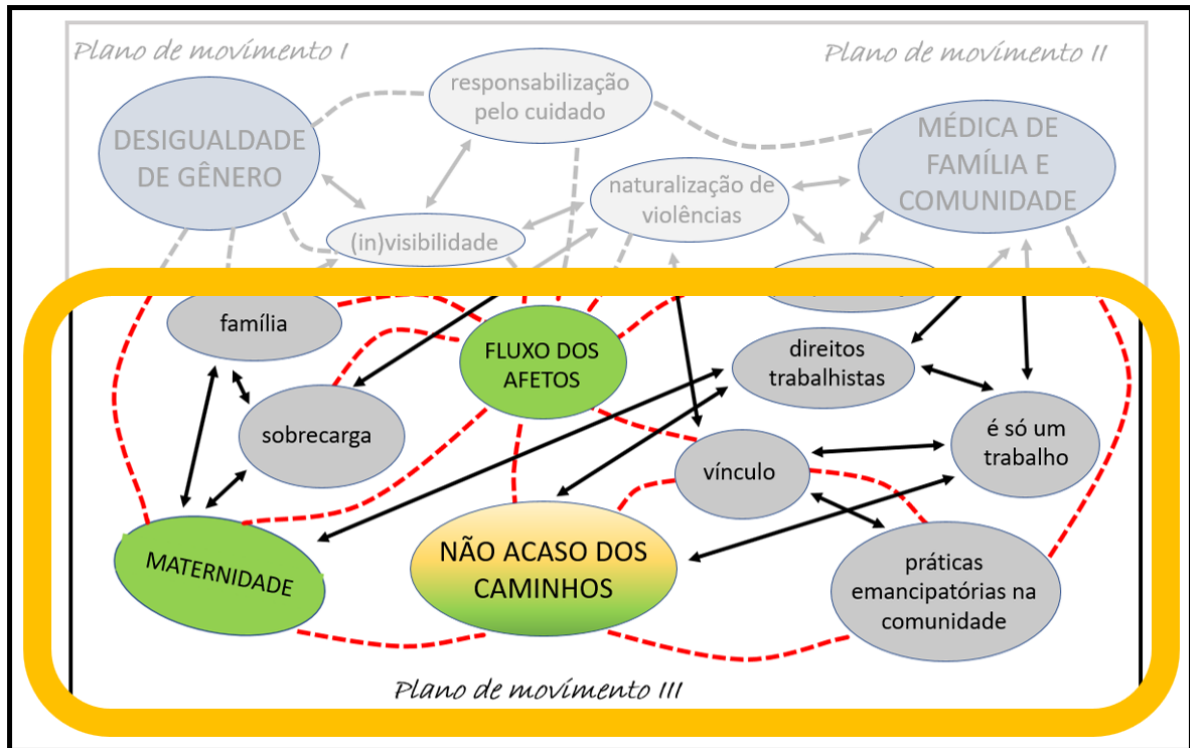
“Participante: *Eu tenho um marido que me respeita e que eu posso falar com ele sobre essas coisas (compartilhar cuidado). Ele não reconhece muitas, assim, estamos longe de sermos parceiros horizontais, mas ele é humilde e ele percebe. E eu vejo muitas vezes que ele se esforça, mas, muitas vezes eu também fico cansada de ter de ensinar, falar e pedir. Mas é assim, né? Quando a gente tá mais disponível a gente fala, insiste com jeitinho... quando a gente tá por aqui (fazendo sinal com a mão na garganta), a gente: ahhhhhhhhh!!!*

Pesquisadora 2: *É um processo pedagógico...*” (participante 4)

O machismo opera enredando homens e mulheres e o reconhecimento do privilégio e dispositivos sutis que desequilibram a relação entre o casal integra o léxico de aprendizagem do compartilhamento da vida conjugal. No entanto, como demonstra a literatura, é a mulher o sujeito do feminismo, pois é ela que sente o peso da desigualdade de gênero.

Quando atravessamos o mapa para relacionar essas percepções com a dimensão da mulher trabalhadora, agenciadas pelo *plano de movimento II*, percebemos que as representações sobre ser mulher e ser mãe influenciam o investimento e trajetória de suas carreiras profissionais, pelas limitações advindas nas negociações do cotidiano com a rede de apoio. Essas limitações conformam o *plano de movimento III*, o “*não acaso dos caminhos*”. A participante 3 expõe essa perspectiva de forma clara em seu discurso (figura 3).

FIGURA 3 – Plano de movimento III – maternidade e trabalho: o não acaso dos caminhos



“Participante: ...a maior diferença que eu vejo, é como a gente que é mulher sofre limitações e pausas profissionais por causa da questão da maternidade não compartilhada, as questões domésticas não compartilhadas... de maneira que dê para um crescer (...) ele é uma pessoa maravilhosa, mas ele não divide muito bem as tarefas... o dinheiro até que ele divide sabe? Os gastos, mas...”

Pesquisadora 1: O cotidiano da vida...

Participante: É, as coisas domésticas assim, sabe? Acho que me sobrecarrega muito. (...) Ainda tem de escolher... postergar várias coisas que a gente queria... eu não arrependo (de ter tido filhos), mas podia ser diferente, né? Como é que ninguém pergunta para os maridos? Com quem ficaram as meninas? Sabem que foi com a mãe! Agora por quê perguntam pra mãe?! A lógica seria: com o pai! Não é? A lógica não seria isso? Não precisava nem de perguntar com quem o seu filho ficou, com seu marido, ué!

Pesquisadora 2: E ainda dizem: mas e ele dá conta? Ele dá conta?!” (participante 3)

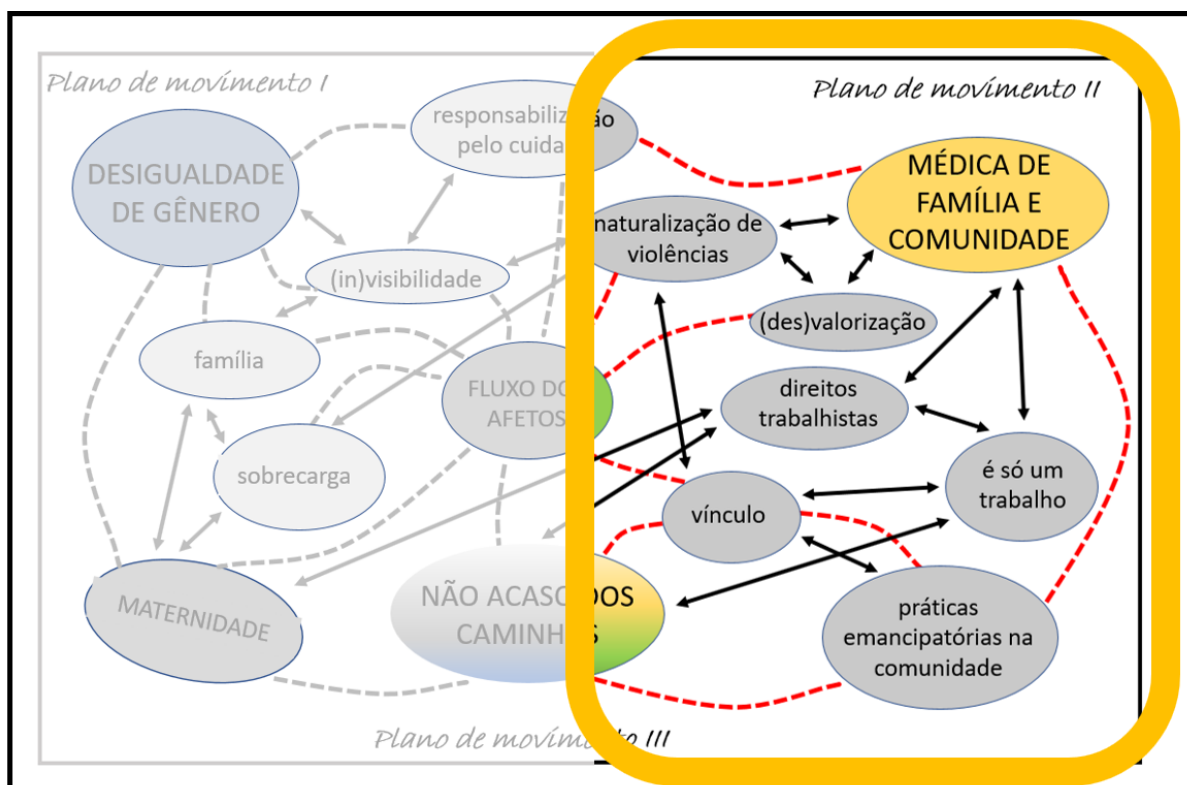
Mas reconhecer a desigualdade muitas vezes não é elemento suficiente para operar deslocamentos no fluxo das relações. Uma forma de equilibrar a desigualdade é encontrada na estabilidade do trabalho no setor público e na garantia de direitos trabalhistas (como licença maternidade, férias prêmio). Embora a rede suplementar de saúde ofereça empregos mais rentáveis e com carga horária flexível, essas diferenças imprimem uma força decisória.

“O concurso dá o benefício da licença maternidade... então, a minha ideia é... gozar desses benefícios... vou ter 1 ou 2 filhos... ficar aí até esse período... eu penso ficar 10 anos na prefeitura ou 5... pelo menos

os próximos 5... com certeza! Depois eu acho que eu vou reavaliar... de acordo com essa mudança de vida, né?” (participante 2)

A estabilidade envolve ainda a garantia do salário fixo, que também é avaliado como um recurso da rede de apoio e atua no “*não acaso dos caminhos*”. Podemos entender esse aspecto na dimensão do *plano de movimento II* através das correlações que o ser “*médica de família e comunidade*” conforma com os “*direitos trabalhistas*” e o enunciado “*é só um trabalho*” (figura 4). O trabalho enquadrado somente como uma forma de subsistência financeira necessária, é tensão no dia-a-dia. Uma resposta às barreiras encontradas para se investir e crescer na profissão, advindas da desigualdade das responsabilizações de cuidado em casa e das particularidades e implicações do ser mulher.

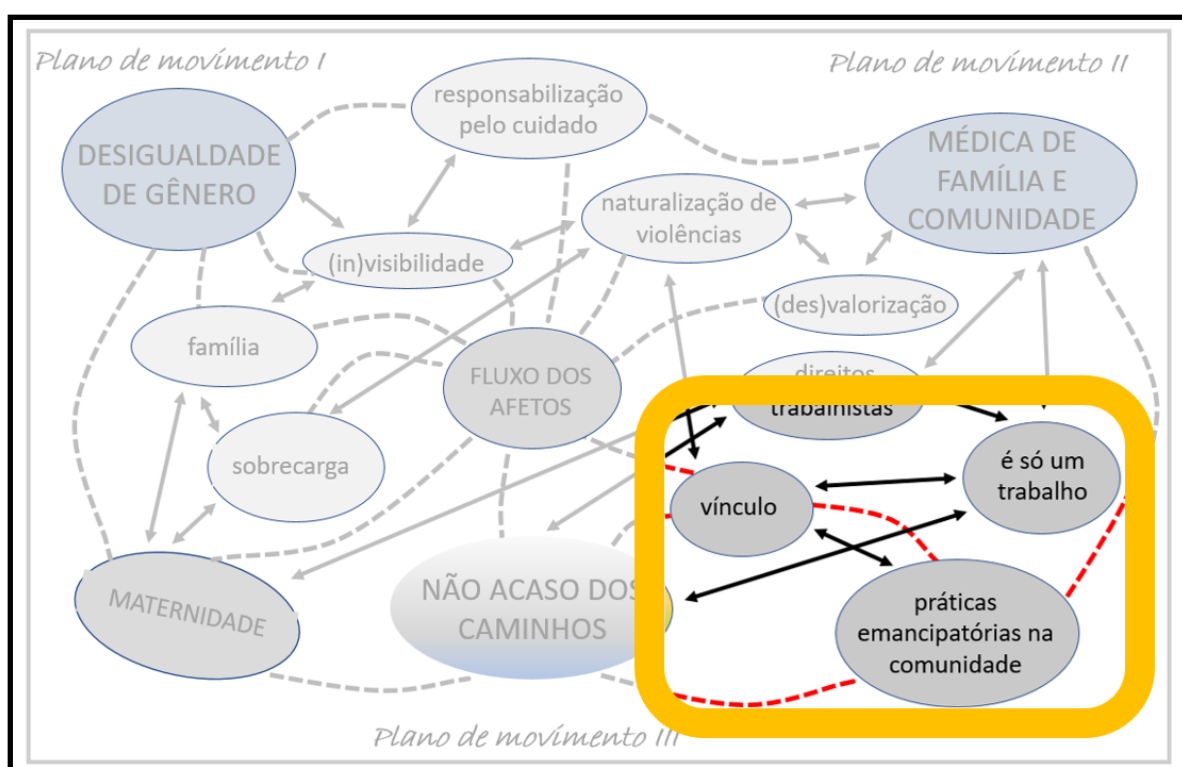
FIGURA 4 – Plano de movimento II – medicina de família e comunidade: é só um trabalho



“...eu sinto que a gente precisa de apoio, né? Eu vejo que por exemplo (cita duas das outras participantes, colegas de trabalho da rede) elas têm companheiros, tem uma rede, né? Mãe, que ajuda a cuidar dos meninos. E assim... querendo ou não, o financeiro ajuda também, que o salário, imagina se você tivesse morando sozinha, em apartamento, com salário de posto B (o salário da prefeitura é definido pela classificação da unidade, um posto B tem o segundo menor salário), tendo de cuidar de filho... Outro dia eu vi o preço de escola... hahaha.... um negócio... hahaha... É muito caro! É absurdo!” (participante 8)

Outra resposta encontrada para as barreiras do “crescer na profissão” é através da construção do “vínculo” (figura 5). Identificamos nas falas das participantes que elas valorizam a carreira por outro paradigma, através da formação do vínculo. Estabelecer vínculo reflete uma implicação ética na relação entre quem cuida e a comunidade que demanda ser cuidada. O reconhecimento desse vínculo constitui o cenário do trabalho como uma das possibilidades de espaço de afirmação de cidadania e compromisso político dessas mulheres.

FIGURA 5 – O vínculo e o crescer na profissão



“...você não tem vontade de crescer, tia?! (conversando com a sobrinha) Ai eu falei assim... Mas, eu já cresci tanto... eu conheço a comunidade inteira... a gente tem um vínculo legal... a gente tem um monte de trabalho bacana... tem um monte de gente que tava no tráfico, que... hoje faz faculdade, né? Tem um tanto de gente que... mudou a percepção, né? Valoriza o SUS... e quando a gente faz mobilização... consegue encher um tanto de carro pra levar o povo lá pra as manifestações... é... eu dou aula e os alunos vão pra lá e eles começam a acreditar que o vínculo é possível... que a longitudinalidade é real... que você pode impactar, nos indicadores, né? Que eu posso fazer esses meninos verem diferente a medicina e formar médico diferente... entende? Olha como isso é um privilégio, né?” (participante 3)

Para muitas delas, principalmente as que pertencem aos extratos da classe média, o encontro com a MFC e a vivência em comunidades de periferia foi de fato o ponto de partida para a construção de uma leitura de mundo mais concreta sobre a desigualdade social, sobre

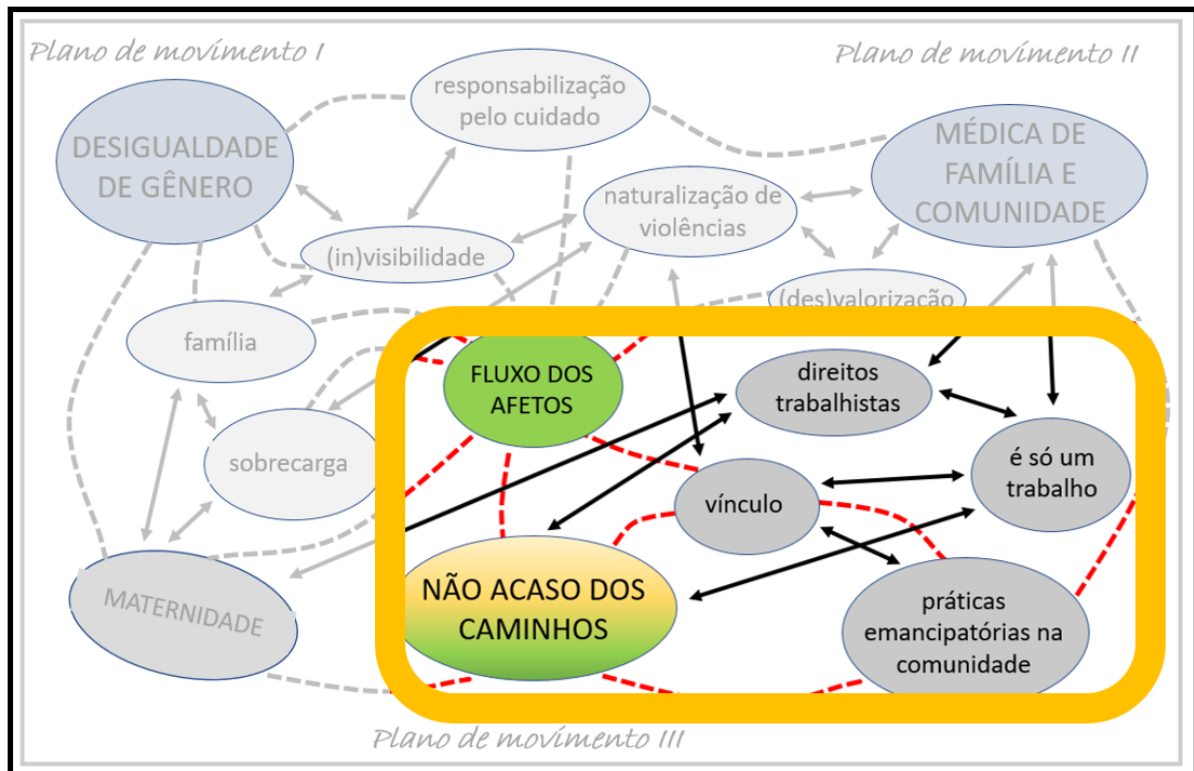
determinantes sociais de saúde, sobre o funcionamento das estruturas de poder. Foram abertas oportunidades de releitura de seus locais de privilégio de classe.

“...(quando começou a trabalhar, logo após a graduação) achava que eu ia renovar umas receitas... passar uns antibióticos e que isso eu faria em 2 horas, ia embora e que eu não ia criar vínculo com as pessoas... (...) e quando eu chego lá... são pessoas com muitas comorbidades... muitas doenças... muito sofrimento... e que vinculavam muito comigo e que a gente desenvolve um afeto muito grande... eu ia na casa daquelas pessoas... eu sabia onde elas moravam... o que dá mais vínculo ainda... mais responsabilidade ainda... é... aí foi um comprometimento... total! Um mergulho de realidade... mesmo! Fez sentido! Era uma coisa que eu não esperava.”
(participante 7)

O encontro com a alteridade nessa construção foi a porta que abriu a percepção do privilégio. Ser enredada através da práxis no cotidiano da comunidade, onde o impacto das decisões macropolíticas, sociais e culturais acionam os determinantes sociais de saúde, parece ter sido o caminho de reenquadramento e reposicionamento no mundo.

O compromisso político com a construção de uma política pública de saúde é visto como uma potente estratégia de luta para vencer as desigualdades sociais. As miudezas de suas ações cotidianas exercidas através das práticas emancipatórias na comunidade, trazem um sentido de tornar-se útil na comunidade. Esse “vínculo” é construído através de um “fluxo dos afetos” (figura 6). O “afeto” é aqui entendido pela perspectiva do filósofo Benedictus de Spinoza, do ser útil, do afetar (e também ser afetado). Esse afeto-vínculo, é uma motivação para seguir naquela comunidade e dialoga com o “*não acaso dos caminhos*”, aumentando as potencialidades micropolíticas do encontro com o outro (35).

FIGURA 6 – Vínculo e compromisso ético-político: o não acaso dos caminhos



“...se eu ficasse na atenção suplementar, eu ia ganhar o dobro trabalhando 20 horas a menos... (...) acho que tem uma coisa de SUS, né? Acho que eu tenho isso como projeto... Acho legal trabalhar no SUS... eu acredito no sistema público... eu acho que tem isso... mas assim resumindo o que é que me mantém na minha comunidade, na Medicina de Família... eu acho que é essa... troca, né? Eu ganho muito mais do que dou... né? Não só eu que dou... eu recebo... muito mais do que dou... Eu me sinto assim... acolhida, querida, útil... então é um sentimento que não tem preço... por isso eu gosto mais da comunidade do que de trabalhar na prefeitura, né? É uma troca... eu tenho um vínculo, né? Com a população... acho que é uma coisa meio simbiótica... acho que eu sou útil e eles também são úteis... eu me sinto útil.” (participante 5)

O processo de tornar-se médica de família e comunidade e mãe também opera produzindo subjetividades nas participantes e transformando a construção de sua atuação político-cidadã. Algumas reinventam suas práticas emancipatórias articulando as ferramentas do cuidado no sentido de potencializar a autonomia das mulheres que estão no seu território.

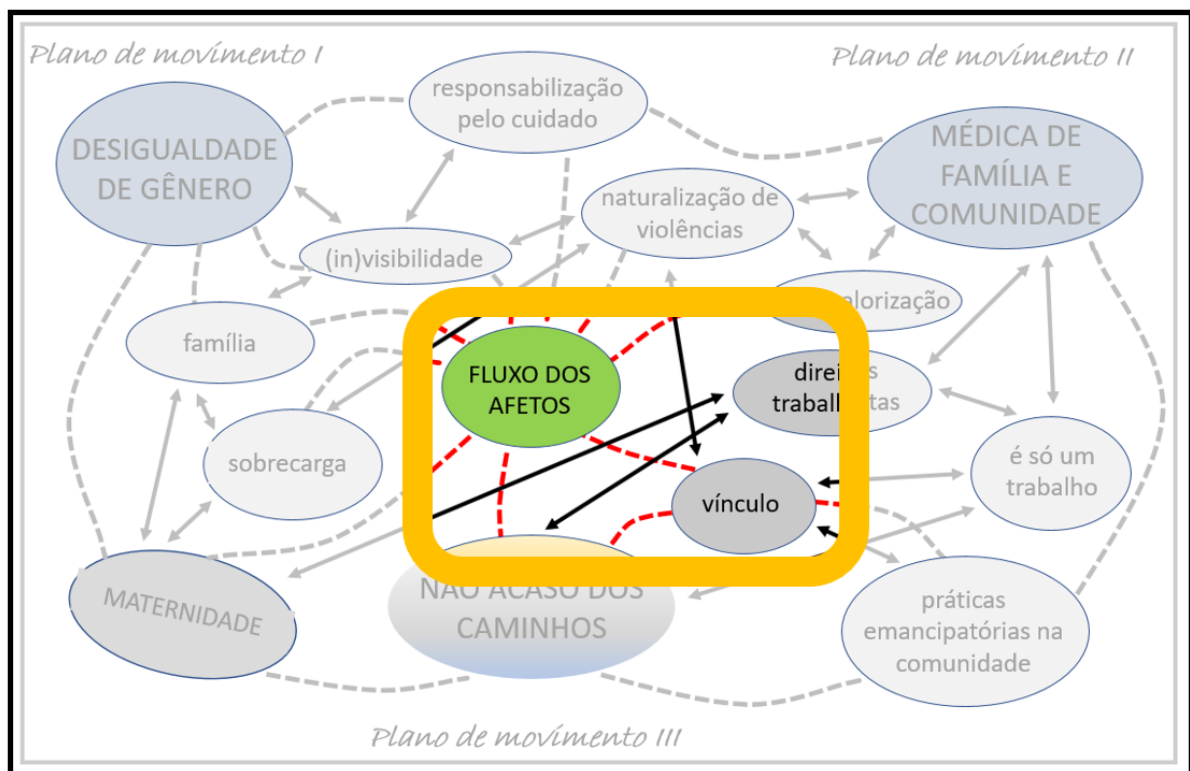
“...eu tenho investido muito da minha energia na capacitação de mulheres... assim na... minha energia em relação a planejamento familiar... é porque eu sei que uma mulher pobre ter 8 filhos... é diferente de uma mulher pobre ter 2 filhos... que é o que ela deseja... planejou, quer e não pode porque não tem acesso ao método, eficiente. Então, isso impacta assim, nesse círculo de pobreza... impacta na percepção dela como uma mulher que é além da mãe, que pode ser profissional... que pode estudar... com 8 filhos ela não consegue..., mas com 2 ela consegue. Então, a minha força é muito nesse sentido... de trazer essas mulheres pra uma... um entendimento da sua função,

né? no mundo. De como elas podem ser mais potentes... de como elas podem estudar sim...” (participante 6)

Suas experiências com a maternidade (e as barreiras advindas das desigualdades na distribuição do cuidado) aliadas aos conhecimentos teóricos e ao cotidiano da vida refletida, possibilitaram a compreensão de que as usuárias do serviço são mulheres e que, para além da perspectiva reducionista que compreende a saúde da mulher como reprodução e maternidade, as opressões de gênero também estão desigualmente distribuídas.

Porém as opressões de gênero também conformam a denotação de “afeto” a um entendimento romantizado de um conjunto de emoções positivas. O trabalho é reconhecido como um local de investimento e nutrição, há uma troca, uma interpretação sobre o vínculo que reenquadra a profissão numa aparente categoria de trabalho-afeto, e que se articula com um elemento fortemente difundido no imaginário ocidental da medicina como um ofício-sacerdócio (figura 7).

FIGURA 7 – Afeto, vínculo e feminilidades

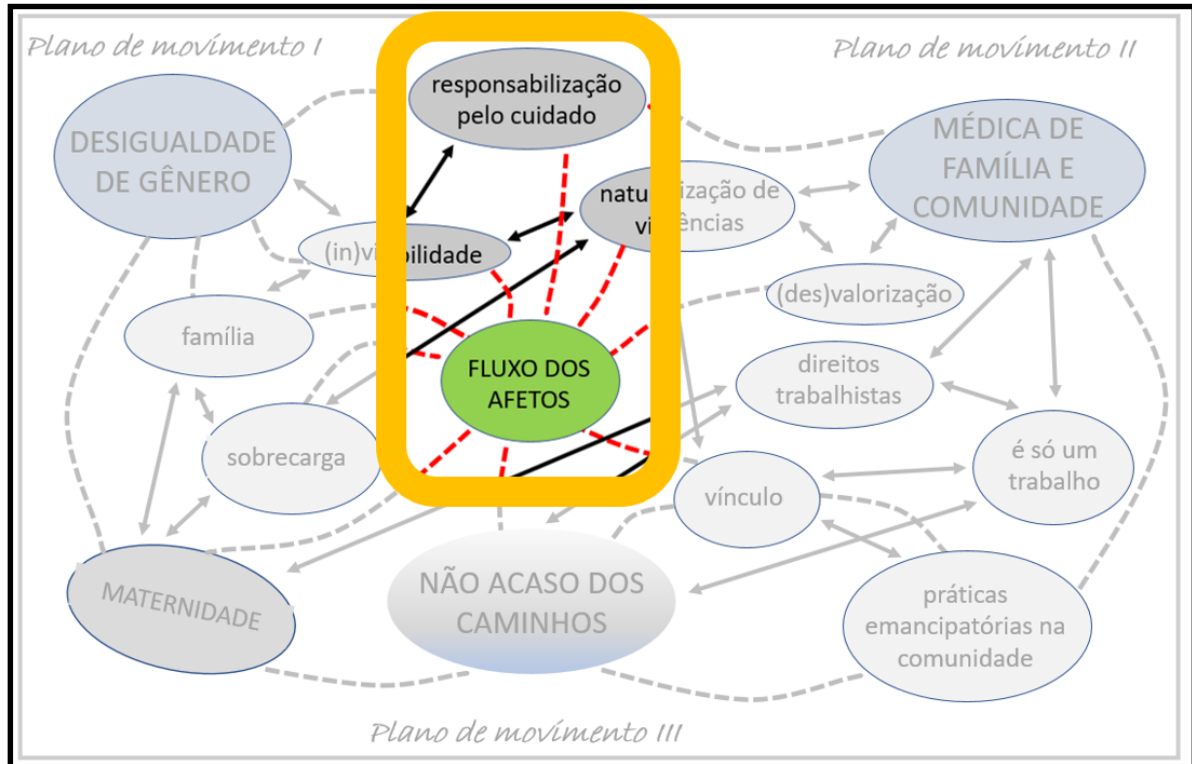


“E o que eu acho que mexeu muito comigo também... é o carinho... é o amor que a gente recebe. Muito carinho, muita gratidão que as pessoas têm... é muita gratidão! Isso mexeu muito comigo...” (participante 7)

“Porque medicina... pra gente assim... a visão que a gente tem... durante... ao longo da vida... que é um “sacerdócio” ... entre aspas, né? É... a medicina deveria ser um sacerdócio. Então assim... você recusar atendimento a uma pessoa... que está doente e você tem o potencial de poder ajudar e não ajudar meramente por conta do dinheiro? Eu acho isso ruim... sabe? Eu sinto mal... de fazer isso... porque eu tenho o conhecimento... eu tenho todas as ferramentas na minha mão para ajudar aquela pessoa... não vou ajudar porque eu não tenho uma clínica? Não vou ajudar porque a pessoa não vai me remunerar por aquilo? Então, eu olho muito por esse lado assim... Eu me sinto mal... de ter de cobrar...” (participante 8)

Esse local de trabalho-afeto; trabalho-sacerdócio; trabalho-ajuda dialoga com construções sócio culturais que aprisionam a mulher no espaço do cuidado e da maternagem. A participante 8 chega a se referir aos pacientes comparando-os com os filhos: *“é o mesmo cuidado. É como se fossem meus filhos”*. Valores tidos como femininos, como a habilidade para as relações interpessoais, a atenção ao particular, a gentileza, a preocupação com o bem-estar, também retornam na fala das participantes (figura 8).

FIGURA 8 – O cuidado como função do feminino



“...a gente, mulher... tem na nossa constituição, assim... desde a evoluçãooooo... há muuuito tempo atrás... essa necessidade de cuidar da família e ao mesmo tempo... a gente teve uma libertação grande, né? De poucos anos pra cá... a gente teve a oportunidade de conhecer o mundo. Então, eu acho que é muito duro pra nós essa luta. Acho que... a gente fica muito dividida... porque... eu vejo que a maioria imensa das mulheres... gosta de fazer tudo com capricho... é diferente... enquanto muitos homens são

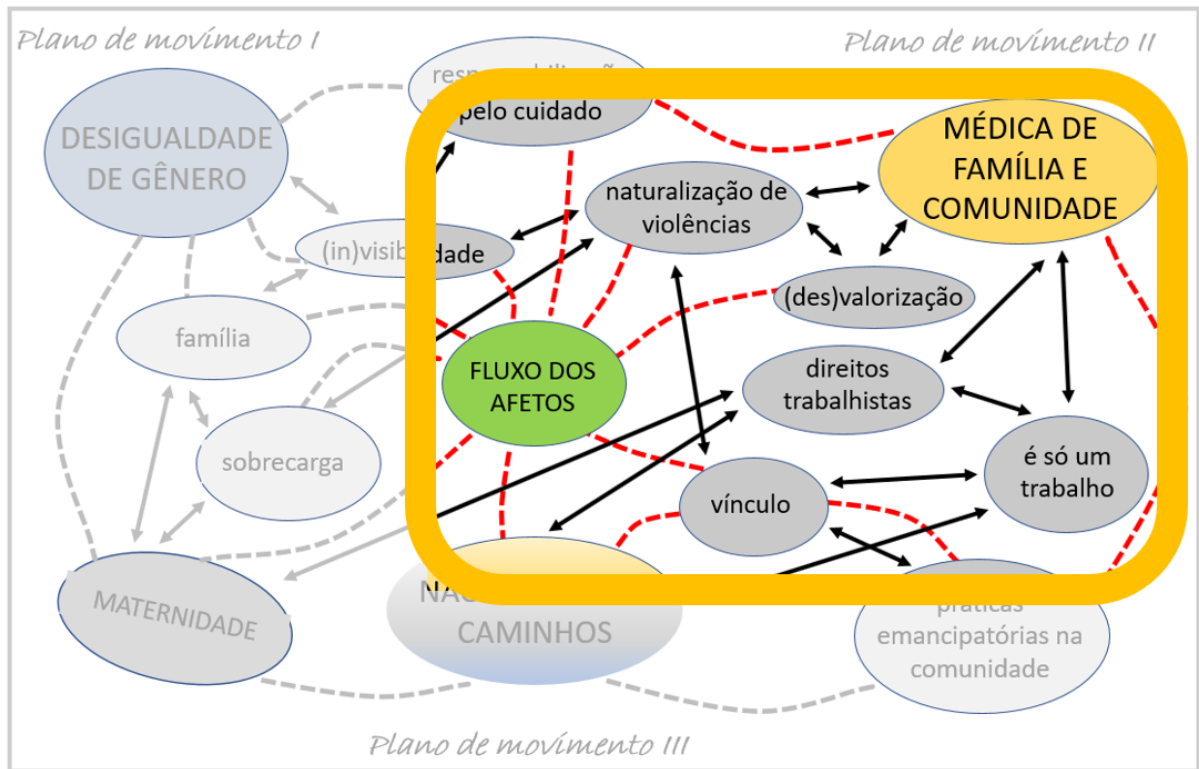
largados e são felizes... são largados e são felizes... eles não se preocupam... as mulheres costumam ser mais detalhistas... é claro, que tem as exceções, mas... costumam ser mais detalhistas, costumam ser mais caprichosas... e quer fazer tanto a coisa da casa quanto a coisa de fora de casa com o mesmo capricho... e sofre muito...” (participante 4)

“Eu acho que sim... acho que a gente (mulheres) tem mesmo aquela coisa do cuidado, sabe?... De... realmente olhar para a pessoa... de dar o tempo que ela precisa, de ficar perto... eu acho que isso faz diferença (...) eu gosto dessa coisa realmente... de tentar resolver, de tentar ser resolutiva com o paciente... geralmente eu faço mais de alguma coisa além da queixa principal que ele entrou...então, acho assim... que essa coisa do cuidar... do cuidar global mesmo... acho que é o melhor da gente, assim... vejo isso como um ponto positivo.” (participante 1)

Os atributos considerados “do feminino” e acionados para supostamente justificar a pertinência da mulher nesse espaço de trabalho ou aparentemente valorizar sua atuação, não são acionados para homens que desempenham a mesma função. A maternidade, o cuidado, o afeto, lidos somente como atributos do feminino, se colocam como um véu diante do reconhecimento de todas as mulheres como sujeitos políticos. Esse discurso é utilizado para obliterar uma dimensão ético-política do cuidado e do trabalho que parece não ser acessível às mulheres, sendo que a atuação na MFC tem sido, para algumas participantes, a própria reafirmação e opção diária por essa dimensão do cuidado.

No entanto, essa escolha não é livre de perdas e opressão. O lugar que elas ocupam nessa estrutura é precário, atravessado por violências e opera muitas vezes como produtor de adoecimento. O “sistema” - a desigualdade social, as práticas políticas que perpetuam a desigualdade, a cultura e todos esses aspectos relacionados numa rede - força a “*naturalização de violências*” (figura 9). A mulher trabalhadora naquele cenário, ocupa um lugar de “*desvalorização*”, sendo categorizada em uma posição de maior fragilidade, e também por não se sentir amparada e valorizada enquanto profissional, por parte do empregador. Existem tensionamentos de todos os lados. Elas podem ser percebidas como parte desse “sistema” perpetuador de desigualdades, sendo reconhecidas, de forma mais imediata, como parte da instituição-governo ali representada através da funcionária pública, e, portanto, serem alvo de insatisfação.

FIGURA 9 – Desvalorização, desigualdades e o “sistema” naturalizador de violências



“...olha... eu não considero violência... as agressões dos pacientes, verbais assim... é... de toda as vezes que aconteceram algumas agressões, um paciente que falou de forma mais ríspida, eu percebi que era realmente um desabafo! Que não era pra mim... talvez fosse para o sistema, né? Então, eu tava ali... eu era a representação daquilo, da insatisfação... mas, não me lembro de ter... sofrido alguma violência... (...) qualquer coisa que acontecesse a gente era um primeiro socorro ali... então, é... me gerava um certo desconforto, sim... a gente vai naturalizando, né? E a pressão vai subindo e o cabelo vai caindo... mas, a gente sente.” (participante 6)

Por outro lado, as próprias mulheres são também vítimas do “sistema” e da instituição-governo, pois não têm real poder decisório ou governabilidade dentro de quase todos aspectos da cadeia opressiva. O vínculo e o reconhecimento na comunidade, se tornam escudos nessa posição ao alinhá-las à prática ética do cuidado, o “fluxo dos afetos” atua como dispositivo protetor. Quando se veem desamparadas pela instituição-governo, é a comunidade quem acolhe.

“E... também tem aquela questão da proteção, né? Porque na área que eu atendo tem... tem traficantes que eu atendo, né? Tem o... que é dono da boca. Então... é... ele gosta demais do meu trabalho... então acaba que de certa forma, protege a gente um pouco, né? Então se acontece alguma coisa que vai repercutir no meu trabalho e na população dele... que tá sendo atendida lá no centro de saúde... ele dá o jeitinho brasileiro dele... de então, poder apaziguar a situação. Então, assim... é meio esquisito, né? A gente deveria se sentir protegida de outras formas...”

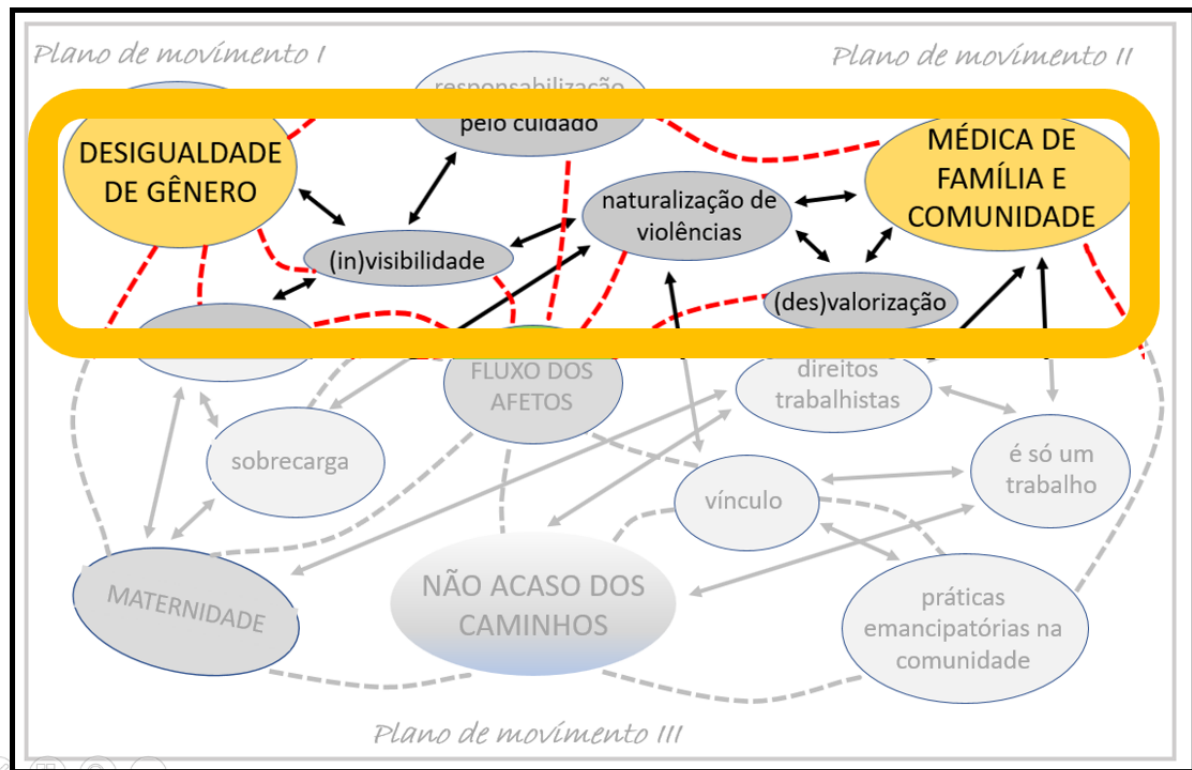
mas... é o que eu tenho no momento e... e... acho que tô feliz... do jeito que tá...” (participante 8)

A desvalorização da especialidade dialoga dentro do *plano de movimento II* com aspectos discutidos anteriormente sobre a carreira de médica de família e comunidade refletindo nas trajetórias das participantes. Ainda que percebam o vínculo e a longitudinalidade como uma forma de “crescer no trabalho”, elas desejam avançar por outros caminhos, por vezes na iniciativa privada. Algumas optam por ampliar a atuação no cenário da comunidade e se dedicar às áreas de ensino, por perceberem como vivências de formação são significativas e nutrem uma valorização da especialidade e do seu próprio trabalho. Nesse momento, elas esbarram na invisibilidade da função e do reconhecimento das instituições envolvidas, reflexo também do próprio sistema cultural e desmerecimento de educadores no Brasil.

“...eu fui durante 2 anos preceptora de um programa de residência em MFC. Só que tinham algumas coisas que me incomodavam... Primeiro assim, a invisibilidade dessa nossa função perante o hospital. A gente é médico na rede, eles precisam de campo (de estágio) na rede, e a residência é do hospital, mas a gente não tem vínculo nenhum com eles. (...) Qual é o investimento que eles fazem em mim? Não tem! A gente não tem nem um crachá... cê chega lá na recepção, o rapaz: identidade. Não, eu sou preceptora... Identidade! Então... eu apresento a identidade. Não tem problema, mas pra ele, a gente não existe... entende? (...) Mas, é por causa da não vi-si-bi-li-da-de da importância desse papel, do não reconhecimento, a não valorização, sabe? Eu nem tô falando de dinheiro, gente! Eu nem tô falando de dinheiro... porque parece que é dinheiro, se fosse dinheiro, tem tanta coisa na medicina que dá mais dinheiro, né?” (participante 3)

Cruzando do *plano de movimento II* ao *plano de movimento I*, através da “desvalorização” e da “invisibilidade”, demarcamos que as tensões e violências sofridas no trabalho atuam também por um viés de gênero. As mulheres dizem sobre a forma desigual que sofrem ameaças, principalmente pela leitura de serem frágeis, mais vulneráveis. Existe a percepção de que o homem, ocupando o mesmo lugar do que elas, sofre menos violência (figura 10).

FIGURA 10 – As violências e o gênero



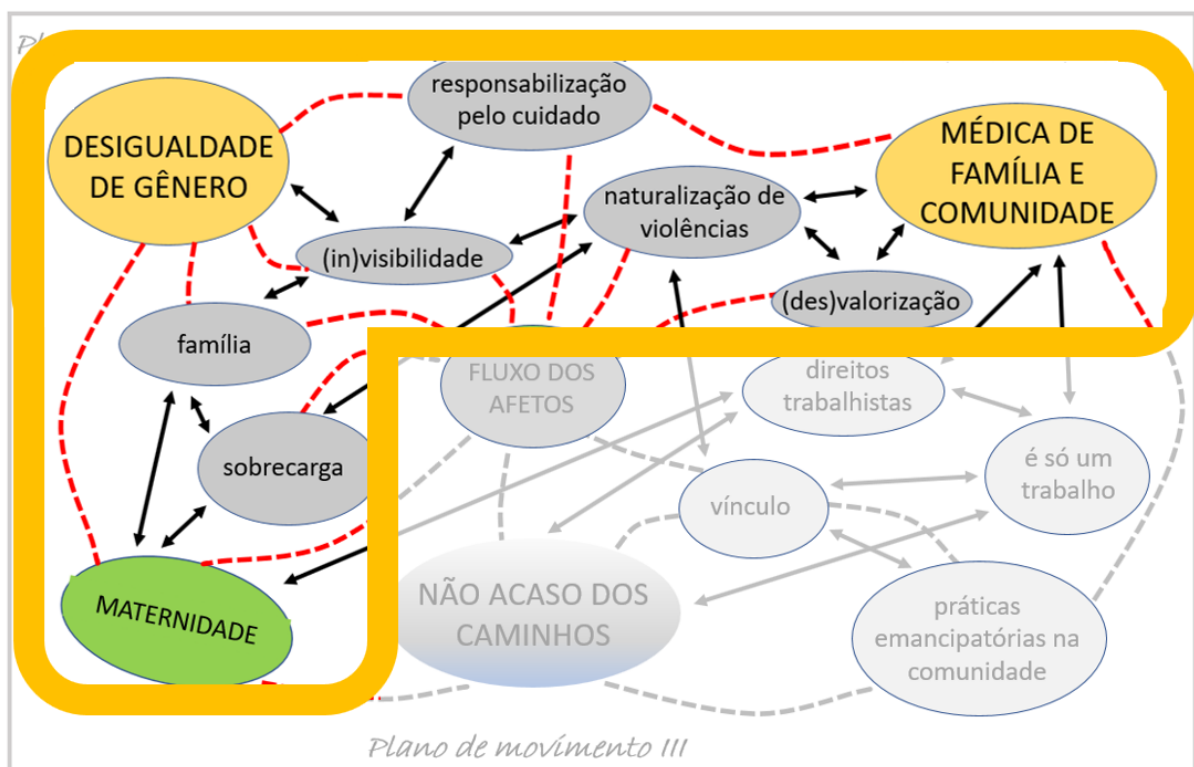
“Menina! Eu acho que se ele andasse... ele teria voado em mim... da cadeira de roda, ele ficou assim... Que que é? Eu pulo aí nocê! Dá nada pra mim, não! Eu acabo cocê e cê não volta aqui nem pra contar história! Nú... e começou a falar palavrão... ficou falando assim, coisas assim... que eu fiquei... e tava lotado o posto! Aí aquele dia eu me senti agredida, sabe? Com as palavras dele... com os gestos que ele fez com a mão... eu acho que se ele andasse e tivesse armado... ele teria atirado em mim... ou teria ido pra cima de mim... sabe? E eu acho que ele não teria agido assim... se fosse o (cita dois outros colegas médicos de família homens que trabalham na unidade). Porque um deles é enorme... ele tem mais de 1,90m... Então eu acho que ele agiu dessa forma porque eu era mulher... porque eu tinha um vínculo bom com eles... com ele... com a mãe, né? Então... não foi... eu acho que foi porque eu era mulher... nesse dia eu senti... se eu fosse homem ele não teria me tratado assim...” (participante 3)

“...eu senti um pouco isso, essa época (contando de quando foi assediada). Se eu fosse homem e se só tivesse homem na unidade até o final do dia... isso não aconteceria. Que a grande massa que trabalha lá... só tem 2 homens o resto é tudo mulher... então, eu pensei nisso, realmente. A gente realmente é mais vulnerável mesmo. Até para atender alguns pacientes... (...) eu atendo, não só a minha população... eu atendo, às vezes quem chega, né? De demanda... às vezes, de outro centro de saúde e... pessoas que aparecem lá que não tem cadastro na unidade... que a gente nem sabe onde mora... (...). Então em alguns momentos eu me sentia desconfortável e... um pouco desprotegida nessas situações... (...) e a gente criou um fluxo interno de tentar passar esses pacientes que a gente não conhece muito... para o clínico de apoio que é homem... pra poder dar uma maneirada... e agora, tem um outro efetivo, homem... que entrou numas das vagas da médica que aposentou e então a gente tá um pouco mais tranquilo... as meninas já atendem lá no acolhimento, algum paciente que pode ser um pouco estranho a abordagem com elas lá no acolhimento... com as enfermeiras... elas automaticamente já comunicam pro clínico (...) E aí ele acaba puxando... acaba filtrando um pouco... então a gente acaba dando o nosso jeitinho ali no centro de saúde para tentar evitar... mas, eu acho que a gente, como mulher e trabalhando na Atenção Primária, eu acho que a gente tem mais risco e está mais exposto mesmo.” (participante 8)

O atrelamento da mulher ao mundo doméstico e naturalização do feminino na maternidade produzem o sujeito ideal do cuidado. A reflexão crítica sobre a desigualdade vem acompanhada de uma antecipação de julgamento, uma quase culpa por considerar que a maternidade trouxe um peso a mais para um cotidiano de reprodução do privilégio masculino.

O tempo do trabalho parece ocupar e atravessar o tempo do não-trabalho, ou seja, as preocupações do cotidiano doméstico são carregadas para o espaço formal do trabalho, e o inverso também ocorre, as demandas do trabalho invadem o ambiente do privado. Essa fronteira aparentemente porosa do mundo público e privado parece enredar as mulheres e produzir uma percepção de incapacidade-culpa. A desigualdade da relação de gênero é percebida, mas também é incorporada como natural e não refletida como elemento estruturante da “falta de tempo” das mulheres. Se o tempo do trabalho atravessa as fronteiras porosas do público/privado, também o afeto parece ser um elemento do dispositivo da maternagem que ancora uma dada representação sobre a função exercida (figura 11)

FIGURA 11 – Gênero e invisibilidades



“É... conflito de tempo e o meu tempo é escasso. O trabalho compete com o tempo de me cuidar que compete com o tempo do meu filho... E eu ainda tenho muita necessidade de ficar... de cuidado... de autocuidado. Então, mudou... é o motivo que eu não quero ter outro filho. Porque outro filho exige mais tempo... E o meu tempo é escasso, né? (...)”

Eu voltei para o trabalho e ele desmamou... eu voltei pro trabalho ele estava com 9 meses... ele desmamou com 9 meses... eu fico 40 horas longe dele, ué! Desmamou! (...) ...homem tem muito menos conflito com essa questão de ficar próximo do filho... né? a mulher se cobra muito mais... tem muito mais culpa... não tem jeito! Tudo o que acontece com o meu filho eu acho que é porque ele tá sentindo a minha falta! Tudo! (...) É o meu leite que secou, né? Então isso... pra homem não tem essas questões... homem volta para o trabalho plenamente...(...)

Então... ter planos de melhorar... acho que é uma forma de motivação. Tenho muitos planos para o futuro, muitos! (...) Tenho vontade de fazer um mestrado (...) penso em receber acadêmicos no centro de saúde, mas eu penso... Gente, eu tenho que estruturar um estágio, mais ou menos... aqui no centro de saúde eu não consigo... porque lá o trabalho é muito pesado... eu tenho de fazer isso em casa. Como eu vou fazer isso em casa?! Como? Não tenho tempo! Eu não ligo o meu notebook em casa, não ligo... leio e-mail no celular que é mais rápido! E consome... completamente! (...) eu não tô conseguindo me organizar pra... pra estudar mais... pra crescer na profissão... pra investir mais... mas eu tenho essa vontade e não deixei de ter esse tipo de plano (...) E... acho que é isso que me motiva para continuar lá... e gosto, tenho orgulho e... acho muito chique!” (participante 7)

Do nível micro ao macro a desvalorização e a invisibilidade atravessam os cenários e interseccionam em casa, no trabalho e dentro do sistema de saúde, nas funções-lugares que essas mulheres ocupam e nos processos e forças que atuam sobre elas. O ser mulher, filha, esposa, mãe, médica, provedora da família, médica de família e comunidade, médica de família e comunidade no SUS, professora, preceptora, cidadã, se (des)equilibram construindo a teia de afetos, desejos, frustrações, necessidades, projetos e caminhos que formam a trajetória dessas mulheres.

3.1.5. Discussão

Não é por acaso que essas mulheres permaneceram, até então, na rede de APS do SUS. O que emergiu nos enunciados produzidos e forças encontradas, demonstrou que as escolhas passam por questões do equilíbrio da vivência do cotidiano no trabalho e na família. O dispositivo de enunciados em destaque foi a maternidade, mesmo para as mulheres sem filhos. Outros estudos já demonstraram que a maternidade é um fator que impacta na carreira de médicas de forma desigual em relação à carreira de homens (36–39).

A responsabilização pelo cuidado naturalizado como uma prática feminina atravessa heranças familiares e culturais e se torna um obstáculo permanente, com a divisão desigual de tarefas domésticas e no cuidado com os filhos (38,40). Existe o reconhecimento de que cuidar dos filhos seja em parte uma tarefa com diferenças generificadas fisiologicamente. Afinal é a mulher quem engravida, é a mulher que amamenta, é a ela que parece ser reservada a responsabilidade com o tempo de seu relógio biológico e como isso vai impactar nos próximos

passos da carreira. Esses limites e negociações da maternidade, além do foco em satisfação pessoal, atuam nas trajetórias das carreiras médicas tornando-as descontínuas (38). Muitas médicas que priorizam a formação antes da família acabam às vezes por não terem filhos, apesar de desejarem, com família menor do que queriam ou até mesmo com problemas de infertilidade (41).

Por outro lado, para além das questões fisiológicas, muitos limites impostos que poderiam ser negociados com os parceiros/companheiros, não o são por questões estruturais da naturalização da maternagem como papel feminino, como por exemplo o compartilhamento do tempo das licenças maternidade e paternidade, o tempo na administração das tarefas domésticas, as decisões e acompanhamento da educação das crianças. Esse ponto é passível de ser modificado com uma proposta política mais integradora e igualitária. Nesse enredo de desigualdades, a possibilidade de trabalhar com horas flexíveis aparece como a resposta das mulheres para balancear o trabalho com os cuidados da família (42). Nossas participantes avaliam a jornada de trabalho como o maior dificultador nessa negociação. A jornada adquire função de fiel da balança entre vida doméstica e o trabalho. A decisão de permanência parece se ancorar nessa dimensão do (des)equilíbrio. A possibilidade de desistirem de atuar na Estratégia Saúde da Família no serviço público é recorrente nos discursos, uma porta que parece sempre insistir em permanecer entreaberta.

O equilíbrio trabalho-vida é um dos principais fatores avaliados como quesito de satisfação com o trabalho por médicos de família e comunidade e graduandos interessados na área em diversos países (17,43–46). Estudos mostram que a satisfação dos profissionais no trabalho está relacionada com uma maior qualidade de atenção prestada, melhores desfechos e satisfação do paciente (47–50) nossas entrevistadas dizem de uma satisfação no trabalho representada também pela garantia da remuneração, estabilidade, licença maternidade e outros direitos conquistados com a carreira de servidoras públicas municipais.

A demanda por menor carga horária de trabalho vem atrelada à necessidade de maior tempo em casa, e, principalmente com o cuidado das crianças. O sentimento de culpa referido nos discursos, dialoga com outra pesquisa também com médicas de família e reforça esse aspecto da naturalização do cuidado como feminino (51). No referido estudo, os autores demonstram que as mulheres podem experimentar a culpa como uma força que tensiona por vários lados: na família, pelo tempo de trabalho fora de casa, no trabalho, por ter que tirar alguma licença e sobrecarregar colegas, ou consigo mesma, por desejar ter um tempo para si. Nessa hierarquia, muitas acabam negligenciando até cuidados básicos consigo mesma, como

restringir o sono e o cuidado com a alimentação. Na pesquisa em tela, a sobrecarga no espaço doméstico parece ser preponderante uma vez que para algumas, se dedicar ao trabalho é também “ter um momento só seu”.

Quando utilizamos uma lente feminista para rever os atravessamentos da maternidade e trabalho, percebemos que é urgente o reconhecimento do lugar de privilégio ocupado pelos homens na estrutura familiar. Apesar da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) flexibilizar as jornadas de trabalho dos profissionais considerando até dez horas por semana, sem o enfrentamento das discussões sobre a divisão do trabalho e do reconhecimento e valorização das funções das mulheres (52), essa medida poderá impactar somente na diminuição do vínculo com a equipe e comunidade. O que vimos no discurso das médicas, é que o vínculo, além de prover satisfação, sendo um dos atrativos do trabalho na APS (53,54), é também um elemento de proteção num cenário de precariedades.

O cuidado lido como um atributo do feminino contribui com uma porosidade para as misturas do âmbito público-privado; a sobrecarga e a responsabilização pelo cuidado, despontaram como enunciados. Isso também ocorre em outras profissões do âmbito da saúde e contribui para uma desvalorização das habilidades da mulher como profissional e no seu papel de cidadã na defesa da sua atuação ético-política na sociedade (55,56).

A longitudinalidade e consequente formação de vínculo com a comunidade no trabalho, parecem ser tragadas e consumidas como relações de afetos. Apesar de reconhecer o trabalho como produtor de afetos e afetamentos, as entrevistadas parecem não reconhecer e não terem suas ações reconhecidas como pertencentes à esfera ético-políticas. O compromisso social reenquadra o vínculo não como atributos de um lugar-afeto-cuidado-feminino, mas como uma opção ético-política. Pesquisas apontam que entre os estudantes de medicina no Brasil a opção pela MFC tem alta influência de um compromisso social (17,53). Esse comprometimento ético-político dialoga com outros achados na literatura e informa sobre a escolha mesmo com um cenário de baixa remuneração, baixo prestígio na sociedade e na academia, além das modalidades de contratação e carreira e do ambiente de trabalho precário (5,6,53). Ao recobrirem suas ações com as cores do afeto e sensibilidade, elas perdem a oportunidade de reivindicar práticas e ideais que estiveram presentes no momento da decisão pela MFC.

Por outro lado, o vínculo atravessado pelo discurso do afeto também provê outra forma de reconhecimento e prestígio para esta especialidade pouco valorizada (6). As médicas se sentem protegidas e blindadas no espaço de trabalho mesmo em situações de violência. O

ambiente de trabalho do MFC na APS, é cenário de diferentes episódios de violência em vários países (57–61). No Brasil a situação é agravada pelo baixo investimento no setor e pela ampla desigualdade social existente que perpetua a violência estrutural externa (62). Apesar disso, a pouca relevância dada pelas entrevistadas sobre o tema parece apontar para uma naturalização da violência nas relações, onde a necessidade de negociar em situações de tensão deixa de ser um evento isolado e passa a ser administrado como componente do cotidiano, o que pode contribuir para um adoecimento muitas vezes silencioso, podendo estar relacionado até com a incidência de depressão (63).

O vínculo visto como protetivo, também dialoga com outros achados de pesquisas sobre profissionais que trabalham próximos à comunidade (56). Ele é um reflexo do reconhecimento do trabalho e do comprometimento da pessoa com a comunidade. Esse prestígio atribuído pela comunidade posiciona as médicas num lugar ambíguo. Experimentam por um lado a desvalorização do empregador, do governo, da estrutura, da sociedade sobre o olhar da sua especialidade (e até da própria família), e por outro lado o respeito e reconhecimento do trabalho pela população que atendem. Ocupar esse lugar é muitas vezes reconhecido como um “crescer na carreira”. O valor dado à carreira, aqui entendida como a promoção em uma hierarquia profissional, status social, renda, não é o mais significativo. Um estudo suíço mostrou que a tendência do novos médicos de família é cada vez menos orientada a esse tipo de valores de carreira (64).

3.1.6. Conclusão

O que podemos concluir afinal é que elas se fixam e permanecem nesse cenário precário da APS, mas não sem conflitos, culpa e insatisfações. Muitas dessas causadas pela invisibilidade de como a estrutura patriarcal sobrecarrega o ser mulher. A própria leitura do trabalho em saúde e do cuidado como uma extensão do feminino descredita suas funções. A pesquisa demonstrou que os discursos sobre o trabalho das médicas são atravessados por uma lógica que mantém a mulher atrelada ao espaço doméstico e a uma exigência de cumprimento desse *script* de um modelo de feminino delimitado pelo cuidado. O “*fluxo dos afetos*” foi o dispositivo acionado para justificar a sobrecarga; minimizar, naturalizar ou encobrir as violências; invisibilizando essas mulheres e suas demandas diante das famílias, da comunidade e do Estado. Por isso foi importante uma leitura interseccional de como o ser mulher, mãe, constroem as percepções e os caminhos das médicas de família. Ainda que não explicitem nos

discursos, a permanência dessas mulheres na APS, pode ser lida como um grito de resistência, uma ação cotidiana para produzir mudanças. O Estado e outros empregadores que desejarem atrair e fixar mulheres MFC para seus cenários de trabalho devem se atentar para as reivindicações sinalizadas por elas como carga horária de trabalho menor que 40h/semana, horários flexíveis, garantia de benefícios, como licença maternidade/paternidade ampliadas e compartilhadas, e estabilidade.

Um ponto forte desta pesquisa foi aprofundar em uma questão atual e relevante, desde um ponto de vista interseccional, apontando como as relações de gênero, através da maternidade, reconfiguram e posicionam as mulheres em lugares de desigualdade. A formação interdisciplinar do grupo de pesquisadoras deste estudo contribuiu positivamente para a reflexividade da pesquisa e da perspectiva interseccional, pois entrelaçou os campos da medicina, psicologia e antropologia para a análise.

As limitações do estudo advêm da própria escolha da abordagem qualitativa, que dificulta a generalização almejada por pesquisas quantitativas mais comuns na área da saúde. Porém esse limite pode ser contraposto se adotamos uma teoria explicativa para o fenômeno observado, ou seja, que busque avaliar se ambientes/situações que teoricamente são similares se comportam da mesma maneira em vez de buscarmos avaliar casos ou ambientes que sejam substantivamente similares (65). Outra limitação do estudo foi que o grupo de participantes selecionadas possuem especialização por residência médica, não somente a especialização por prova de título permitida no Brasil. A vivência do aprendizado via programa de residência pode influenciar substancialmente, inclusive no interesse de se dedicar às áreas de formação. Todas as médicas entrevistadas relataram algum vínculo, atual ou prévio, com programas de pós-graduação em MFC. A influência desse viés na amostra deve ser avaliada sob a tendência e perspectiva já estudada de cerca de metade dos egressos dos programas de residência em MFC no Brasil se dedicarem às áreas de ensino, tanto homens quanto mulheres (66).

Existe uma latente necessidade de estudos sobre a APS em países de baixa e média renda, que envolvem questões organizacionais e financeiras (67). Para além dessa necessidade, vimos que também é preciso fomentar estudos que utilizem uma perspectiva interseccional para discutir os aspectos da integração dos recursos humanos, e das mulheres, na rede. Ao incorporar gênero como uma categoria de análise das trajetórias das mulheres médicas de família e comunidades, entendemos que elas apontam que outros valores de carreira devem ser considerados no mundo do trabalho. Nenhuma ação governamental que reconheça a iniquidade de gênero foi identificada, isso em um país em que a cada ano forma mais mulheres especialistas

em MFC (12,66). Essa tendência à feminização demanda que a distribuição de recursos e poder sejam revistas. As desigualdades de gênero envolvem estratégias complexas que precisam ser pensadas no atravessamento do cotidiano e suas interconexões com o mundo público. Para viabilizar mudanças, é necessário que mais mulheres alcancem posições de liderança na sociedade, na academia e no governo (38,55), e também estabeleçam relações de equilíbrio no espaço doméstico.

3.1.7. Conflitos de interesse

A autora principal trabalha na APS do SUS de Belo Horizonte e no momento do estudo tinha o cargo de coordenadora de um dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da cidade. A maioria das participantes do estudo atuam no programa como preceptoras.

3.1.8. Referências bibliográficas

1. Starfield B. Is primary care essential? The lancet. 1994;344(8930):1129–33. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
2. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. Health Aff (Millwood). 2005;24:W5. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.W5.97>
3. Lambert TW, Smith F, Goldacre MJ. Career specialty choices of UK medical graduates of 2015 compared with earlier cohorts: questionnaire surveys. Postgrad Med J. abril de 2018;94(1110):191–7. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2017-135309>
4. Brooks JV. Hostility During Training: Historical Roots of Primary Care Disparagement. Ann Fam Med. 9 de janeiro de 2016;14(5):446–52. <https://doi.org/10.1370/afm.1971>
5. Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. J Am Board Fam Pract. 2003;16(6):502–12. <https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502>
6. Gervas J, Fernández MP, Sánchez RJS. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26:52–6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.024>
7. Gervas J, Starfield B, Minué S, Violan C. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe. Aten Primaria. 2007;39(11):615–8. <https://doi.org/10.1157/13112199>
8. Hernández JR. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Rev Cuba Salud Pública. 2003;29(2):103–10.

9. Arrizabalaga P, Abellana R, Viñas O, Merino A, Ascaso C. Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century? *Gac Sanit.* 1º de setembro de 2014;28(5):363–8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.014>
10. Kilminster S, Downes J, Gough B, Murdoch-Eaton D, Roberts T. Women in medicine– is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. *Med Educ.* 2007;41(1):39–49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02645.x>
11. Cheryl Levitt C, Candib L, Lent B, Howard M. Women Physicians and Family Medicine Monograph/Literature Review [Internet]. 2008 [citado 9 de dezembro de 2017]. Disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/wwwpwfm/monograph%202008.pdf>
12. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2018.
13. Gisler LB, Bachofner M, Moser-Bucher CN, Scherz N, Streit S. From practice employee to (co-) owner: young GPs predict their future careers: a cross-sectional survey. *BMC Fam Pract.* 2017;18(1):12. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0591-7>
14. Taylor KS, Lambert TW, Goldacre MJ. Career progression and destinations, comparing men and women in the NHS: postal questionnaire surveys. *BMJ.* 2009;338:b1735. <https://doi.org/10.1136/bmj.b1735>
15. Villablanca AC, Beckett L, Nettiksimmons J, Howell LP. Career flexibility and family-friendly policies: an NIH-funded study to enhance women’s careers in biomedical sciences. *J Womens Health.* 2011;20(10):1485–96. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2737>
16. Bilge S. Smuggling intersectionality into the study of masculinity: Some methodological challenges. In: *Feminist Research methods: an international conference*, University of Stockholm. 2009.
17. de Souza LCL, Mendonça VR, Garcia GB, Brandão EC, Barral-Netto M. Medical specialty choice and related factors of Brazilian medical students and recent doctors. *PloS One.* 2015;10(7):e0133585. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133585>
18. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet.* 21 de maio de 2011;377(9779):1778–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
19. BRASIL., Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 9 de dezembro de 2017] p. 228. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios.). Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Avalia%C3%A7%C3%A3oImplementa%C3%A7%C3%A3o.pdf>
20. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 140 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_normativa_programa_saude_familia.pdf

21. BRASIL. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.087, DE 1º DE SETEMBRO DE 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. [Internet]. 2011 [citado 29 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html
22. BRASIL. LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. [Internet]. 2013 [citado 29 de janeiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
23. BRASIL. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.001, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – PRÓ-RESIDÊNCIA. [Internet]. 2009 [citado 8 de março de 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/26/portaria-1001-22-outubro-2009.pdf>
24. GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., MENDONÇA, M.H. Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos: relatório de pesquisa: Florianópolis. Florianópolis: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.; 2009.
25. Moreira COF, de Araújo Dias MS. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. ABCS Health Sci. 2015;40(3). <https://doi.org/10.7322/abcschs.v40i3.811>
26. Campos CV de A, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rev Adm Pública. 2008;42(2):347–68. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>
27. Ney MS, Rodrigues PH de A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis Rev Saúde Coletiva. 2012;22(4):1293–311. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>
28. Schueller-Weidekamm C, Kautzky-Willer A. Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. Gend Med. agosto de 2012;9(4):244–50. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2012.04.002>
29. Cintra AMS, de Mesquita LP, Matumoto S, Fortuna CM. Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. Fractal Rev Psicol. 2017;29(1):45–53. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1453>
30. Martines WRV, Machado AL, Colvero L de A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. Tempus Actas Saúde Coletiva. 2013;7(2):203–11.
31. Passos E, Kastrup V, Escóssia L da, organizadores. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2015. 207 p.
32. Tedesco SH, Sade C, Caliman LV. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. Fractal Rev Psicol. 2013;25(2):299–322. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>
33. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. São Paulo Ed. 1995;34(1.2011).
34. Amaral M dos S. Te desafio a me amar: desejo, afeto e a coragem da verdade na experiência dos homens que assumem relacionamentos com as travestis e mulheres trans. [Tese (Doutorado em Psicologia)]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017.

35. SPINOZA B. Ética;[tradução de Tomaz Tadeu]. Belo Horiz Autêntica Ed. 2009;
36. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hämmig O, Knecht M, et al. The impact of gender and parenthood on physicians' careers-professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):40. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-40>
37. Lambert TW, Smith F, Goldacre MJ. Combining parenthood with a medical career: questionnaire survey of the UK medical graduates of 2002 covering some influences and experiences. *BMJ Open* 2017;7(8): e016822. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016822>
38. Saletti-Cuesta L, Delgado A, Ortiz-Gómez T. Género y trayectorias profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a comienzos del siglo XXI. *Salud Colect.* dezembro de 2014;10:313–23. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.395>
39. Töyry S, Kalimo R, Äärimala M, Juntunen J, Seuri M, Räsänen K. Children and work-related stress among physicians. *Stress Health J Int Soc Investig Stress.* 2004;20(4):213–21. <https://doi.org/10.1002/smi.1009>
40. Delgado A, Saletti Cuesta L, López-Fernández LA, Dios Luna J de, Mateo Rodríguez I, Jiménez Martín JM. Características de la familia de origen y de la familia formada por las médicas y los médicos de familia de Andalucía. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83(6): 891-897: <https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000600011>
41. Miura LN, Boxer RS. Women in Medicine and the Ticking Clock. *Ann Fam Med.* 7 de janeiro de 2013;11(4):381–2. <https://doi.org/10.1370/afm.1515>
42. Isaac C, Petrashek K, Steiner M, Manwell LB, Byars-Winston A, Carnes M. Male Spouses of Women Physicians: Communication, Compromise, and Carving Out Time. *Qual Rep Online.* 2013;18:1–12.
43. Bedoya-Vaca R, Derosé KP, Romero-Sandoval N. Gender and physician specialization and practice settings in Ecuador: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):662 <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1917-1>
44. Bien A, Ravens-Taeuber G, Stefanescu M-C, Gerlach FM, Güthlin C. What influence do courses at medical school and personal experience have on interest in practicing family medicine?–Results of a student survey in Hesse. *GMS J Med Educ.* 2019;36(1).
45. Kawamoto R, Ninomiya D, Kasai Y, Kusunoki T, Ohtsuka N, Kumagi T, et al. Gender difference in preference of specialty as a career choice among Japanese medical students. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):288. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0811-1>
46. Weissman C, Zisk-Rony RY, Avidan A, Elchalal U, Tandeter H. Challenges to the Israeli healthcare system: attracting medical students to primary care and to the periphery. *Isr J Health Policy Res.* 2018;7(1):28. <https://doi.org/10.1186/s13584-018-0218-z>
47. Grembowski D, Paschane D, Diehr P, Katon W, Martin D, Patrick DL. Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. *J Gen Intern Med.* 2005;20(3):271–7. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.32127.x>
48. Jongbloed LJS, Cohen-Schotanus J, Borleffs JC, Stewart RE, Schönrock-Adema J. Physician job satisfaction related to actual and preferred job size. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):86. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0911-6>

49. Welp A, Meier LL, Manser T. Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Front Psychol.* 2015;5:1573. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01573>
50. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev.* 2007;32(3):203–12. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59>
51. Petek D, Gajsek T, Petek Ster M. Work-family balance by women GP specialist trainees in Slovenia: a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):31. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0551-2>
52. Molinier P. Cuidado, interseccionalidade e feminismo. *Tempo Soc.* 2014;26(1):17–33.
53. Issa AHTM, Garcia-Zapata MTA, de Castro Rocha A, Sandré BB, Dutra ACF, de Oliveira Martins IL, et al. Fatores influenciadores na escolha pela medicina de família segundo estudantes numa região neotropical do Brasil. *Rev Educ Em Saúde.* 2017;5(2):56–65. <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2017v5i2.p56-65>
54. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Coletiva.* junho de 2018;23:1903–14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
55. Betron M, Bourgeault I, Manzoor M, Paulino E, Steege R, Thompson K, et al. Time for gender-transformative change in the health workforce. *The Lancet.* fevereiro de 2019;393(10171):e25–6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30208-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30208-9)
56. Steege R, Taegtmeier M, McCollum R, Hawkins K, Ormel H, Kok M, et al. How do gender relations affect the working lives of close to community health service providers? Empirical research, a review and conceptual framework. *Soc Sci Med.* 1º de julho de 2018;209:1–13. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.05.002>
57. Clinet M-L, Vaysse B, Gignon M, Jarde O, Manaouil C. [Violence undergone by the general practitioners: Under-reporting of the attacks or of the infringements to their properties]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. novembro de 2015;44(11):e321-329. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.01.018>
58. El-Gilany A-H, El-Wehady A, Amr M. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *J Interpers Violence.* 2010;25(4):716–34. <https://doi.org/10.1177/0886260509334395>
59. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, Santed MÁ, Casalod Y, Rueda MÁ. Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health.* 2009;15(1):29–35. DOI: 10.1179/107735209799449707
60. Magin P, Adams J, Ireland M, Heaney S, Darab S. After hours care: a qualitative study of GPs' perceptions of risk of violence and effect on service provision. *Aust Fam Physician.* 2005;34(1/2):91.
61. Miedema B, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Tatemichi SR, Lemire F, Manca D, et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: A minor, major, or severe problem? *Can Fam Physician.* 2010;56(3):e101–8.
62. Kaiser DE, Bianchi F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm.* junho de 2008;29(3):362–6.

63. da Silva ATC, Peres MFT, de Souza Lopes C, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: A cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(9):1347–55. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1039-9>
64. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. The new generation of family physicians--career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Wkly*. 31 de maio de 2008;138(21–22):305–12.
65. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed Editora; 2009.
66. Rodrigues ET, Forster AC, Santos LL dos, Ferreira JBB, Falk JW, Dal Fabbro AL. Perfil e trajetória profissional dos egressos da residência em medicina de família e comunidade do estado de São Paulo. *Rev Bras Educ Médica*. 2017;41(4):604–14. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20160084>
67. Goodyear-Smith F, Bazemore A, Coffman M, Fortier R, Howe A, Kidd M, et al. Primary Care Research Priorities in Low-and Middle-Income Countries. *Ann Fam Med*. 1º de janeiro de 2019;17(1):31–5. <https://doi.org/10.1370/afm.2329>

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO

(Para referências do artigo, verificar item anterior).

ALERS, M. et al. Gendered specialities during medical education: a literature review. **Perspectives on medical education**, v. 3, n. 3, p. 163–178, 2014. <https://doi.org/10.1007/s40037-014-0132-1>

BABARIA, P. et al. “I’m too used to it”: A longitudinal qualitative study of third year female medical students’ experiences of gendered encounters in medical education. **Social science & medicine**, v. 74, n. 7, p. 1013–1020, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.043>

BAUER, G. R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. **Social science & medicine**, v. 110, p. 10–17, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>

BEDOYA-VACA, R.; DEROSE, K. P.; ROMERO-SANDOVAL, N. Gender and physician specialization and practice settings in Ecuador: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 16, 17 nov. 2016. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1917-1>

BELO HORIZONTE; SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E INFORMAÇÃO. **Diário Oficial do Município**. [s.l.: s.n.].

BOEKELOO, B. O. et al. The role of intrinsic motivation in the pursuit of health science-related careers among youth from underrepresented low socioeconomic populations. **Journal of Urban Health**, v. 92, n. 5, p. 980–994, 2015. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9987-7>

BRASIL. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.001, DE 22 DE OUTUBRO DE 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – PRÓ-RESIDÊNCIA.**, out. 2009. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/26/portaria-1001-22-outubro-2009.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2019

BRASIL. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.087, DE 1º DE SETEMBRO DE 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.**, set. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>. Acesso em: 29 jan. 2018

BRASIL. **LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.**, out. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 29 jan. 2018

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 4

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS - Atenção Básica. BH Vida: Pensando a Implantação da Estratégia de Saúde da Família Na Cidade de Belo Horizonte, Passados 10 Anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 2

BRASIL.; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.**: Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Avalia%C3%A7%C3%A3oImplementa%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2017.

BROOKS, J. V. Hostility During Training: Historical Roots of Primary Care Disparagement. **The Annals of Family Medicine**, v. 14, n. 5, p. 446–452, 9 jan. 2016. <https://doi.org/10.1370/afm.1971>

CAMPOS, C. V. DE A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347–368, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. **2017 CMA Masterfile. Family Medicine Profile**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.cma.ca/sites/default/files/2019-01/family-e.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

CASSIAS, ANDRÉ. **SBMFC entrevista André Cassias: vamos falar sobre o MFC na Saúde Suplementar?**SBMFC, 20 jul. 2018. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-entrevista-andre-cassias-vamos-falar-sobre-o-mfc-na-saude-suplementar/>>. Acesso em: 17 fev. 2019

CHERYL LEVITT C et al. **Women Physicians and Family Medicine Monograph/Literature Review**, 2008. Disponível em: <<http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/wwwpwfm/monograph%202008.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2017

CINTRA, A. M. S. et al. Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 45–53, 2017. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1453>

COE, I. Feminism is for everybody. **The Lancet**, v. 393, n. 10171, p. 493, 9 fev. 2019. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30239-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30239-9)

CONNELL, R.; PEARSE, REBECCA. **Gênero uma perspectiva global. Compreendendo o gênero—da esfera pessoa à política—no mundo contemporâneo**. São Paulo: nVersos. Tradução MOSCHKOVICH, Marília. São Paulo: nVersos, 2015.

COOK, A. F. et al. The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. **Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 89, n. 5, p. 749, 2014. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000204>

COSTA, N. DO R. The Family Health Strategy: primary health care and the challenge of Brazilian metropolises. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1389–1398, maio 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>

CRENSHAW, K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics. **University of Chicago Legal Forum**, v. 1989, n. 8, 1989.

DE SOUZA, L. C. L. et al. Medical specialty choice and related factors of Brazilian medical students and recent doctors. **PloS one**, v. 10, n. 7, p. e0133585, 2015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133585>

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. **São Paulo: Ed**, v. 34, n. 1.2011, 1995.

DELGADO, A. et al. Características de la familia de origen y de la familia formada por las médicas y los médicos de familia de Andalucía. **Revista Española de Salud Pública**, v. 83, n. 6, dez. 2009. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000600011>

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal do Departamento de Atenção Básica. Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998>. Acesso em: 17 fev. 2019.

ESMAIL, A.; ROBERTS, C. Academic performance of ethnic minority candidates and discrimination in the MRCGP examinations between 2010 and 2012: analysis of data. **BMJ**, v. 347, p. f5662, 26 set. 2013. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5662>

FAHEL, M.; FRANCO, C.; FRANCO, C. PARA ALÉM DOS NÚMEROS: o caso da política de Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. 10, n. 1, p. 89–128, 2016.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende, Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 663–676, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000037>

FREUDENBERGER, Herbert J., Staff burn-out, **Journal of social issues**, v. 30, n. 1, p. 159–165, 1974. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

GÉRVAS, J. et al. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe. **Atención primaria**, v. 39, n. 11, p. 615–618, 2007. <https://doi.org/10.1157/13112199>

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P.; SÁNCHEZ, R. J. S. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. **Gaceta Sanitaria**, v. 26, p. 52–56, 2012. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.024>

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H. **Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos: relatório de pesquisa: Florianópolis.** Florianópolis: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca., 2009.

GOODYEAR-SMITH, F. et al. Primary Care Research Priorities in Low-and Middle-Income Countries. **The Annals of Family Medicine**, v. 17, n. 1, p. 31–35, 1 jan. 2019. <https://doi.org/10.1370/afm.2329>

HALL, J. A.; ROTER, D. L. Medical communication and gender: a summary of research. **The journal of gender-specific medicine: JGSM: the official journal of the Partnership for Women's Health at Columbia**, v. 1, n. 2, p. 39–42, 1998.

HANCOCK, A.-M. When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. **Perspectives on politics**, v. 5, n. 1, p. 63–79, 2007. <https://doi.org/10.1017/S1537592707070065>

HANKIVSKY, O.; CORMIER, R.; DE MERICH, D. **Intersectionality: Moving women's health research and policy forward.** [s.l.] Women's Health Research Network Vancouver, 2009.

HERNÁNDEZ, J. R. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. **Revista cubana de salud pública**, v. 29, n. 2, p. 103–110, 2003.

HILL, E. V. et al. Rationale and design of the women and inclusion in Academic Medicine Study. **Ethnicity & disease**, v. 26, n. 2, p. 245, 2016. <https://doi.org/10.18865/ed.26.2.245>

HUSTEDDE, C. et al. Women in rural family medicine: a qualitative exploration of practice attributes that promote physician satisfaction. **Rural & Remote Health**, v. 18, n. 2, 2018. <https://doi.org/10.22605/RRH4355>

JAGSI, R. et al. Gender differences in the salaries of physician researchers. **Jama**, v. 307, n. 22, p. 2410–2417, 2012. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.6183>

JESUS, R. L.; ENGSTROM, E.; BRANDÃO, A. L. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1–11, 30 dez. 2015. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)975](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(37)975)

KALYANI, R. R. et al. Sex differences among career development awardees in the attainment of independent research funding in a department of medicine. **Journal of Women's Health**, v. 24, n. 11, p. 933–939, 2015. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5331>

KELLES. **Mudanças demográficas no Brasil e Sustentabilidade dos Planos de Saúde**. Tese (Doutorado em Demografia)—Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

LAMBERT, T.; GOLDACRE, M. Trends in doctors' early career choices for general practice in the UK: longitudinal questionnaire surveys. **Br J Gen Pract**, v. 61, n. 588, p. e397–e403, 2011. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X583173>

LAMBERT, T. W.; SMITH, F.; GOLDACRE, M. J. Career specialty choices of UK medical graduates of 2015 compared with earlier cohorts: questionnaire surveys. **Postgraduate Medical Journal**, v. 94, n. 1110, p. 191–197, abr. 2018. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2017-135309>

LEVINSON, W.; LURIE, N. When most doctors are women: what lies ahead? **Annals of internal medicine**, v. 141, n. 6, p. 471–474, 2004. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-6-200409210-00013>

LIMA, M. E. O.; VALA, J. Sucesso social, branqueamento e racismo. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 20, n. 1, p. 11–19, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000100003>

LOVETT, K. F.; ROSS, D. A. Discrimination against women in medicine: lessons from Tokyo. **BMJ**, v. 362, p. k3685, 3 set. 2018. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3685>

MAGIN, P. et al. After hours care: a qualitative study of GPs' perceptions of risk of violence and effect on service provision. **Australian family physician**, v. 34, n. 1/2, p. 91, 2005.

MARIN, J. C.; ARAÚJO, D. C. DA S.; NETO, J. E. O Trote em uma Faculdade de Medicina: uma Análise de seus Excessos e Influências Socioeconômicas. **Rev Bras Educ Med**, v. 32, n. 4, p. 474–481, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400010>

MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L.; COLVERO, L. DE A. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 203–211, 2013.

MCGRAIL, M. R.; RUSSELL, D. J. Australia's rural medical workforce: Supply from its medical schools against career stage, gender and rural-origin. **Australian Journal of Rural Health**, v. 25, n. 5, p. 298–305, 2017. <https://doi.org/10.1111/ajr.12323>

MIEDEMA, B. et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: A minor, major, or severe problem? **Canadian Family Physician**, v. 56, n. 3, p. e101–e108, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/387202>

MINELLA, L. S. Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções. **Estudos Feministas**, v. 25, n. 3, p. 1111–1128, 2017. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1111>

MOREIRA, C. O. F.; DE ARAÚJO DIAS, M. S. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015. <https://doi.org/10.7322/abcs.hs.v40i3.811>

NASH, J. C. Re-thinking intersectionality. **Feminist review**, v. 89, n. 1, p. 1–15, 2008. <https://doi.org/10.1057/fr.2008.4>

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. DE A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1293–1311, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>

OECD. **ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT health data 2009: comparing health statistics across OECD countries**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/oecdhealthdata2009comparinghealthstatisticsacrossoecdcountries.htm>>. Acesso em: 8 dez. 2017.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. DA (EDS.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PEREIRA, E. C. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: vivência de egressos em relação ao processo formativo**. Monografia (especialização)—Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde - CCS, 2016.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903–1914, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>

REMICH, R. et al. How women in biomedical PhD programs manage gender consciousness as they persist toward academic research careers. **Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 91, n. 8, p. 1119, 2016. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001253>

ROBINSON, G. E. Stresses on women physicians: consequences and coping techniques. **Depression and Anxiety**, v. 17, n. 3, p. 180–189, 2003. <https://doi.org/10.1002/da.10069>

RODRIGUES, E. T. et al. Perfil e trajetória profissional dos egressos da residência em medicina de família e comunidade do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 4, p. 604–614, 2017. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20160084>

SALETTI-CUESTA, L.; DELGADO, A.; ORTIZ-GÓMEZ, T. Género y trayectorias profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a comienzos del siglo XXI. **Salud Colectiva**, v. 10, p. 313–323, dez. 2014. <https://doi.org/10.18294/sc.2014.395>

SANTOS, B. DE S.; MENESES, M. P. (EDS.). **Epistemologias do sul**. Coimbra, Portugal: Edições Almedina, 2009.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

- SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. The feminization of Medicine in Brazil. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 268–277, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000200010>
- SCHUCMAN, L. V. Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 11, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100010>
- SCHUELLER-WEIDEKAMM, C.; KAUTZKY-WILLER, A. Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. **Gender Medicine**, v. 9, n. 4, p. 244–250, ago. 2012. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2012.04.002>
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - 2o quadrimestre de 2018**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2RDQA.2018.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2019.
- SENF, J. H.; CAMPOS-OUTCALT, D.; KUTOB, R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. **The Journal of the American Board of Family Practice**, v. 16, n. 6, p. 502–512, 2003. <https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502>
- SILVA, F. R. V. **Plano de negócios de um modelo assistencial centrado na atenção primária no setor da saúde suplementar**. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade)—São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 22 maio 2018.
- SOUZA, H. DE. Programa saúde da família: entrevista. **Rev Bras Enferm**, v. 53, p. 49–59, 2000. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700022>
- STARFIELD, B. Is primary care essential? **The lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 1994. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal: revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 299–322, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>
- TESCH, B. J. et al. Promotion of Women Physicians in Academic Medicine: Glass Ceiling or Sticky Floor? **JAMA**, v. 273, n. 13, p. 1022–1025, 5 abr. 1995. doi:10.1001/jama.1995.03520370064038
- TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J., Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- TRINDADE, L. DE L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 274–279, 1 jun. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200005>
- VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2016.

APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR DE ENTREVISTA

Pergunta norteadora:

Me conta sobre você enquanto estudante de graduação em medicina. Se você fosse escrever um diário hoje, quais lembranças deveriam ser registradas? Entre o motivo que te levou a prestar medicina e hoje, o que mudou?

Perguntas disparadoras:


- i) Essa estudante se formou e fez outra escolha, ser médica de família e comunidade, o que você considerou no momento da escolha? Isso se realizou na prática?*
- j) Trabalhar na estratégia saúde da família é um cenário mais comum para muitas pessoas depois da residência/especialização, foi assim para você? Como você chegou até essa unidade?*
- k) Quando você diz que é médica de família e comunidade, como os outros reagem?*
- l) E quando você diz que trabalha nessa comunidade, o que é mais comum de ouvir?*
- m) O que te motiva voltar amanhã? E quando você tem vontade de desistir?*
- n) Os desafios seriam diferentes se você fosse homem?*
- o) Os desafios seriam diferentes se você fosse... (abordar marcador de diferença preponderante no discurso, exemplo: de uma raça/etnia diferente?, de uma geração diferente?, de uma classe social diferente?, de uma nacionalidade/origem diferente?, etc.)?*
- p) Você conhece alguma médica de família e comunidade que passa por estes tipos de desafios? Como você percebe o impacto desses desafios na vida dela?*

ANEXO A - DOCUMENTO DE APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

— DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRAJETÓRIAS DE VIDA, MARCADORES DE DIFERENÇA E AS ESCOLHAS, CAMINHOS E PERMANÊNCIA DE MÉDICAS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Pesquisador Responsável: Flávia do Bonsucesso Teixeira
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 91283318.0.0000.5152
Submetido em: 22/08/2018
Instituição Proponente: Faculdade de Medicina
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1070521

+ DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

— LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	Flávia do Bonsucesso Teixeira	2	22/08/2018	09/10/2018	Aprovado	Não	   

— HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	09/10/2018 17:01:33	Parecer liberado	2	Coordenador	Universidade Federal de Uberlândia/MG	PESQUISADOR	
PO	09/10/2018 14:32:28	Parecer do colegiado emitido	2	Coordenador	Universidade Federal de Uberlândia/MG	Universidade Federal de Uberlândia/MG	
PO	28/09/2018 16:08:03	Parecer do relator emitido	2	Membro do CEP	Universidade Federal de Uberlândia/MG	Universidade Federal de Uberlândia/MG	
PO	27/08/2018 13:57:59	Aceitação de Elaboração de Relatoria	2	Membro do CEP	Universidade Federal de Uberlândia/MG	Universidade Federal de Uberlândia/MG	
PO	24/08/2018 12:01:59	Confirmação de Indicação de Relatoria	2	Coordenador	Universidade Federal de Uberlândia/MG	Universidade Federal de Uberlândia/MG	
PO	23/08/2018 14:42:20	Indicação de Relatoria	2	Secretária	Universidade Federal de Uberlândia/MG	Universidade Federal de Uberlândia/MG	
PO	23/08/2018 14:42:02	Aceitação do PP	2	Secretária	Universidade Federal de Uberlândia/MG	Universidade Federal de Uberlândia/MG	
PO	22/08/2018 10:05:14	Submetido para avaliação do CEP	2	Assistente da Pesquisa	PESQUISADOR	Universidade Federal de Uberlândia/MG	
PO	20/08/2018 13:44:55	Rejeição do PP	2	Secretária	Universidade Federal de Uberlândia/MG	PESQUISADOR	As pendências apontadas no parecer consubstanciado Ver mais >>
PO	16/08/2018 17:35:55	Submetido para avaliação do CEP	2	Assistente da Pesquisa	PESQUISADOR	Universidade Federal de Uberlândia/MG	

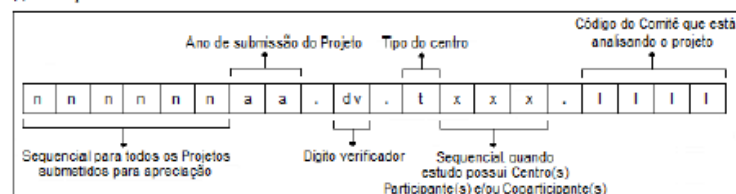
Ocorrência 1 a 10 de 23 registro(s)

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Notificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE



ANEXO B - INSTRUÇÕES DE FORMATO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO À REVISTA *INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO*

(as instruções abaixo foram extraídas do site <https://interface.org.br/submissao/> descrevemos apenas as diretrizes que dizem sobre o escopo da revista e sobre o formato e estrutura de manuscritos – orientações burocráticas de submissão foram suprimidas)

SUBMISSÃO: INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política editorial

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, exclusivamente eletrônica, em acesso aberto, trimestral, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu. Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOne Manuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOne Manuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SESSÃO: Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

(...)

4 A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração.** No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.