

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

Intercrossing inequalities: gender and maternity in the career of family and community physicians

Natalia Pontes de Albuquerque¹, Mariana Hasse², Elenita Pinheiro de Queiroz Silva³, Maria Inez Padula Anderson⁴, Flavia do Bonsucesso Teixeira⁵

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: outubro de 2021

RESUMO

O estudo da crescente feminização da área da Medicina de Família e Comunidade coloca na agenda de estudiosos a preocupação com os fatores e impactos dessa tendência nas trajetórias das carreiras das médicas, principalmente daquelas que estão exercendo suas atividades em áreas periféricas. O objetivo do estudo do qual resulta este artigo foi compreender como as médicas justificam suas escolhas e permanências no exercício da Medicina de Família e Comunidade, mesmo em contextos considerados potencialmente violentos. Realizamos uma investigação de caráter qualitativo, que dialogou com aspectos da cartografia, a partir de entrevistas realizadas com oito médicas de família que se fixaram em áreas de alta vulnerabilidade social em uma capital brasileira. A análise dos enunciados apontou para o gênero como o eixo marcador de diferença, destacando o empuxo exercido pela maternidade, o conceito gênero em sua dinâmica interseccional. Identificamos que a responsabilização pelo cuidado permanece impactando o processo decisório das mulheres, (re)definindo o equilíbrio entre vida pessoal/familiar e trabalho e (de)limitando as trajetórias de suas carreiras.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina de Família e Comunidade. Gênero. Maternidade. Mulheres trabalhadoras.

ABSTRACT

The growing trend of feminization of family practice raises scholars' concerns about the factors and effects of this trend on the trajectories of female medical careers, particularly those working in outlying areas. The aim of the study, from which this article results, was to understand how medical women justify their choices and permanence in the family practice career while working in contexts considered potentially violent. We carried out a qualitative study with cartographic aspects, based on interviews with eight family doctors who are settled in areas of high social vulnerability in a large city in Brazil. The analysis of the statements pointed to gender, in its intersectional dynamics, as the major axis of difference in the practice. Motherhood is highlighted as having a major impact on female professionals. Our study identified that the duty of care persists in impacting women's decision-making, (re) defining the balance between personal and family life and (de) limiting their career trajectories.

KEYWORDS: Family Practice. Gender. Maternity. Women working.

¹ Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6055-1515>

² Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9074-7949>

³ Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8725-7631>

⁴ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8155-7438>

⁵ Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5605-636X>. E-mail: flavia.teixeira@ufu.br

INTRODUÇÃO

Este artigo resulta de uma pesquisa que investigou como os marcadores sociais de diferença atravessam as trajetórias de vida de médicas especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e impactam a decisão de permanecerem na Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste texto, destacamos o conceito de gênero como principal articulador das diferenças, acionado especialmente a partir da experiência e/ou desejo da maternidade, para explicar/justificar a distribuição das desigualdades.

A MFC é uma especialidade chave na organização de sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS)¹. Países que têm seus sistemas organizados dessa forma necessitam de grande proporção de médicos formados em MFC. Porém, há muitos anos, enfrenta-se uma dificuldade de atratividade e fixação nesse setor² devido principalmente ao desprestígio mundial da especialidade³. Além de uma cultura de hostilidade e depreciação⁴, o mercado de trabalho na MFC tem salários mais baixos que o de outras especialidades médicas e altos índices de *burnout*^{4,5}.

Com o processo mundial de feminização da Medicina nos últimos anos – inclusive na própria MFC, especialidade com maioria de mulheres em muitos países^{6,7,8} –, novas questões se tornam relevantes para o entendimento da baixa atratividade e para a construção de estratégias de fixação dessas profissionais na área³. Fatores que influenciam a trajetória e a escolha de carreiras, como jornada de trabalho, remuneração, vínculo trabalhista, sobrecarga e percepção do clima institucional, são influenciados pelo gênero do profissional⁹.

O Brasil também, que passa, nos últimos anos, pelo processo de feminização da Medicina, apresenta baixa taxa de médicos especialistas em MFC⁸. Com o intuito de garantir provimento de médicos para trabalhar na APS, várias políticas de qualificação e fixação foram propostas nos últimos anos, sobretudo o Programa Mais Médicos¹⁰. As principais estratégias foram relacionadas à melhoria salarial e à capacitação profissional, inclusive com mudanças nos currículos das escolas médicas^{10,11}.

Entretanto as políticas de melhoria das condições de trabalho na APS, especialmente para a área de MFC, não se pautam em uma perspectiva de gênero. Quando consideramos que o nível de satisfação com o trabalho correlaciona-se a remuneração, clima institucional, sobrecarga de tarefas, vínculo trabalhista, autonomia e jornada de trabalho, gênero é um marcador fundamental^{12,13,14}. Isso porque desigualdades decorrem de atravessamentos de marcadores sociais de diferença e, no caso, o gênero impacta sobremaneira a vida das mulheres. Posições ocupadas, funções desempenhadas, hierarquias e relações estabelecidas pela maternidade e casamento, muitas vezes, colocam os homens em lugares privilegiados¹⁴. Compreender o

impacto dessas desigualdades é relevante para aprofundar o entendimento do cruzamento dessas questões nas trajetórias e carreiras das médicas. O objetivo deste artigo é o de apresentar os diferentes arranjos que são articulados por médicas especialistas em MFC na configuração de sentidos e significados que articulam suas práticas e justificativas de escolhas e permanências nos contextos do trabalho que realizam.

Os encontros e diálogos estabelecidos com as médicas foram ouvidos, lidos e estabelecidos tendo como fios condutores as interconexões, as heterogeneidades, as multiplicidades e as rupturas. Esses princípios tomamos de empréstimos da produção de Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995)¹⁵. A pesquisa realizada foi, portanto, orientada pela defesa da não neutralidade, da implicação com a produção da significação do trabalho, das práticas e da produção de vidas de mulheres médicas.

Em seu universo de trabalho, a pesquisadora principal observou que muitas mulheres especialistas em MFC escolhem seguir carreira e permanecer em contextos precários de trabalho na ESF, mesmo diante da recente tendência da rede de saúde suplementar em contratá-las oferecendo melhor remuneração e carga horária flexível. Esse fato, incongruente com a literatura, que afirma a preferência de mulheres por jornadas de trabalho menores, mais flexíveis e com melhores salários⁹, torna-se relevante para estudo. Desconfiamos que essas decisões são atravessadas pelas normas de gênero e outros marcadores de diferença na vida profissional e nas relações familiares.

METODOLOGIA

Do ponto de vista metodológico, apoiamo-nos em marcos teóricos que compreendem que pesquisadores/pesquisadoras e objetos de investigação, não são tomados pela noção do absoluto afastamento entre si. Nesse sentido, podemos afirmar que, desde os pressupostos críticos até os pós-críticos, o ato de pesquisar está inserido em uma intrincada rede de relações objetivas/subjetivas que se realiza para estabelecê-lo.

Nessa direção, não há um modo de proceder, nem instrumentos e/ou recursos metodológicos definitivos, dados *a priori* sem possibilidade de alteração, substituição ou abandono daqueles escolhidos inicialmente. O modo de proceder, os instrumentos e/ou recursos são tomados pelo movimento que vai sendo instaurado na/pela/com a produção da pesquisa. Eles são intencionalmente imaginados e definidos a partir dos fluxos de sentidos criados entre a/o pesquisadora/pesquisador e seu objeto de estudo, suas/seus intercessoras/es, seus referenciais de vida e pesquisa e de vida/formação.

Ao definirmos caminhar por entre os caminhos metodológicos e teóricos, estivemos

orientadas por aquilo que as abordagens da pesquisa qualitativa possibilitam: atrelar processo-produto; articular objetividade à subjetividade; mergulhar no campo empírico com escuta sensível e capacidade de descrição densa. Essas foram referências não descuidadas do nosso “fazer pesquisa”. Mas também ousamos afirmar que a necessidade de projetar um caminho seguro, de defender uma noção de racionalidade fincada na premissa objetiva, não nos interessou.

Interessou-nos, sim, matrizes de pensamento que nos permitiram ir em busca das experimentações de mulheres médicas com residência ou titulação em MFC e trabalhadoras da ESF do Sistema Único de Saúde (SUS) que atuassem ou já tivessem atuado em áreas de vulnerabilidade social em Belo Horizonte, MG. Também nos interessou que fossem mulheres-médicas reconhecidas por seus pares ou que se destacassem por seu tempo de fixação na rede. Interessamo-nos por mulheres-médicas em interconexão com as possibilidades indicadas – mulheres-médicas em multiplicidade.

Interessamo-nos, a partir da leitura de Deleuze e Guattari¹⁵, buscar e atuar por entre conexões, heterogeneidades, multiplicidades, rupturas e invenção de mapas e decalques. Quisemos operar novas conexões, o que nos retira da posição de neutralidade. Navegamos por entre os princípios do método qualitativo e da filosofia da diferença de Deleuze e Guattari, uma vez que, a nosso ver, são vias possíveis de nos achegarmos aos modos plurais de produção de sentido e produção de vida.

Considerando a proposição de conexões desconexas – entre o método qualitativo e a filosofia da diferença –, sentimo-nos autorizadas a estabelecer escutas (observações), diálogos e conversas (entrevistas) e leituras de documentos^{16,17,18}. Uma de nós, a autora principal deste texto, é também uma mulher-médica, trabalhadora da rede pesquisada e, portanto, tem relações pessoais e profissionais com as convidadas/participantes da produção da pesquisa. Entendemos que isso possibilitou um traçado singular de encontros e saberes, de diálogos e conversas por meio das quais fomos, intencionalmente, construindo momentos e situações de compartilhamento, trocas e experimentações de corpo inteiro, o que provocou uma coemergência de expressões, palavras, gestos e conteúdos no processo de dizer/fazer a pesquisa¹⁷.

Embora tenhamos adotado referenciais que pressupõem a instabilidade, o acontecimento, as irregularidades e imprevisibilidades, não deixamos de atender aos requisitos de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), que o aprovou (parecer 2.952.699, CAE 91283318.0.0000.5152).

As mulheres-médicas participantes, já conhecidas da autora principal, foram intencionalmente escolhidas levando em consideração o perfil assinalado anteriormente. O contato pessoal com elas foi realizado por meio de aplicativo telefônico, momento em que foi

explicado o propósito da pesquisa e realizado o convite para a conversa (entrevista). Cabe dizer que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi compartilhado com cada uma das oito mulheres-médicas participantes da pesquisa, suas dúvidas elucidadas e agendados, em conformidade com a definição delas, os horários, as datas e os locais de realização das conversas. Os TCLEs foram assinados no momento das entrevistas individualizadas. Estas tiveram duração entre uma e quatro horas, foram áudio gravadas, transcritas na íntegra e, posteriormente, apagadas. Os fragmentos apresentados no artigo sofreram pequenas alterações visando garantir o anonimato das participantes, e foram submetidos à apreciação prévia e aprovação das participantes.

Após cada entrevista, todas as pesquisadoras escutavam as gravações e liam a transcrição à tinta. Movimentamo-nos ouvindo/lendo de modo vertical (a conversa/entrevista de cada participante) e de modo horizontal, cruzando as entrevistas/conversas durante todo o processo de produção dos encontros-dados.

Nesse movimento analítico, buscamos conexões, linhas de força, multiplicidades, rupturas, permanências, construindo o que, para nós, eram os pontos de intensidade, as pistas. Com os princípios metodológicos e as inspirações dos métodos que nos sustentaram, não deixamos escapar o entorno da entrevista. Além das falas, consideramos também os acontecimentos ocorridos nos encontros, os contextos políticos, sociais e históricos produtores dos modos de vida daquelas mulheres-médicas e de nossas mulheres-pesquisadoras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entrevistamos oito mulheres para este estudo. Todas fizeram residência de MFC. Sete delas ainda são trabalhadoras da rede SUS na APS de Belo Horizonte, metade tem ainda outros vínculos de trabalho médico ou outro trabalho como fontes de renda. Metade das pesquisadas são provedoras financeiras principais de suas famílias. Todas já tiveram outras oportunidades de emprego, mas ainda permanecem na APS do SUS. O tempo de vínculo na mesma unidade de saúde variou de 8 meses a 14 anos. Seis são casadas, uma é solteira, outra, divorciada; três se identificam como negras; nenhuma é transexual e todas se posicionam como heterossexuais. Seis são mães, das quais quatro têm filhos menores de cinco anos. Duas delas têm dois filhos maiores de 10 anos. Duas são oriundas das camadas trabalhadoras mais empobrecidas e seis cursaram sua graduação em escolas públicas.

A consideração da noção e dos princípios do rizoma nos permitiu a criação de um “território” existencial, enovelado por conjuntos relacionais de forças, movimentos e experimentações; de vidas. Pontos de intensidade, compostos por entradas e saídas, se

conformam em torno de um mapa (figura 1), que constitui uma complexa rede. São fluxos e linhas de forças que se estabilizam e desestabilizam, neste mapa dinâmico, com planos de movimento^{15,16}. A partir do entendimento e da construção desse rizoma, revelam-se as conexões dos dispositivos da maternidade, da família, das práticas médicas e do trabalho pelos quais vamos navegar. Elas compõem um plano de consistência a partir de relações de saber-poder; de interconexões que produzem multiplicidades que se combinam, crescem e se modificam à medida que se formam novas conexões e se agenciam planos de consistência (ou planos de movimento e pontos de intensidade). Os traçados (des)organizam, estratificam e significam dimensões que iremos apresentar a seguir, mas também compõem linhas de fuga que podem romper com a multiplicidade conformada, marcando o fato de que esse mapa é uma representação finita, abrindo espaço para a discussão e o entendimento de que a realidade estudada tem maior fluidez¹⁷.

Figura 1 – Mapa de planos de movimento e composição de enunciados



Este mapa é uma representação bidimensional de um “território” dinâmico, que deve ser lido como um rizoma tridimensional. As linhas tracejadas demonstram relações e movimentações entre núcleos, pontos de intensidade, conformando planos de movimento. As setas revelam forças que se imprimem na composição.

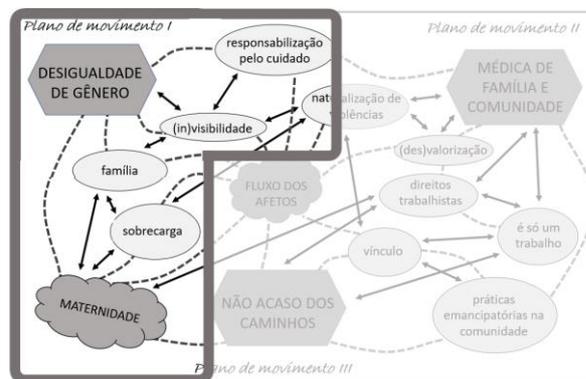
Fonte: elaborado pelas autoras

Iniciamos o entendimento do mapa elaborado a partir das entrevistas através de um panorama geral, pelos Planos de Movimento (PM) do gênero, “desigualdade de gênero”, da prática laboral, “médica de família e comunidade”, e do lugar no trabalho (posição de sujeito), “não acaso dos caminhos”, que se deslocam, se refletem e se atualizam. Vemos linhas e fluxos que se interseccionam, imprimem forças e conformam modos de ser, atuar, existir, desejar; núcleos de sentidos afloram – “fluxos de afetos” – e se (co)relacionam, ora com maior, ora com menor intensidade. Há pontos de composição de enunciados médicos, trabalhistas, da ordem do cuidado, e da emancipação que fazem circular e funcionar efeitos de sentidos pautados por determinações que o gênero feminino traz para as mulheres, prendendo-as e fixando-as no modelo de mulher colado ao cuidado. Efeitos como a naturalização de violências – (in)visibilidade

– (des)valorização – sobrecarga de trabalho – perda de direitos trabalhistas – ideal emancipatório –, na composição de certa ideia de “médica de família e comunidade” se intrinca a uma essência mulher-mãe; nunca à multiplicidade devir-mulher. A fixação da identidade mulher – ser do cuidado, da maternidade, das múltiplas tarefas – é traçada pela imposição/incorporação de uma necessidade (individual, nunca coletiva nem política) de negociação para transitar entre o público e privado¹⁸. As mulheres entrevistadas, mesmo as que não são mães, criam sentidos para o trabalho e desenham suas trajetórias de vida a partir do referencial de três planos de movimentos e enunciados coletivos que foram ilustrados no mapa.

Seguimos de forma detalhada acompanhando o PM I, a “desigualdade de gênero” (figura 2). Seis de nossas interlocutoras são mães, e o empuxo produzido pelo núcleo da “maternidade” revelou-se central nesse plano desde o contato inicial e os arranjos para a realização das entrevistas. As dificuldades de manejo do tempo surgiram principalmente com elas, que precisaram articular redes de apoio para conseguir participar da pesquisa. Uma participante escolheu ser entrevistada quando levaria a filha ao *shopping*. Segundo ela, não teria como articular com sua rede uma ocasião mais adequada. Outras duas aproveitaram momentos de lazer da família para que pudessem deixar seus filhos com os maridos, sogra e madrinha.

Figura 2 - Plano de movimento I – desigualdade de gênero



Fonte: elaborado pelas autoras

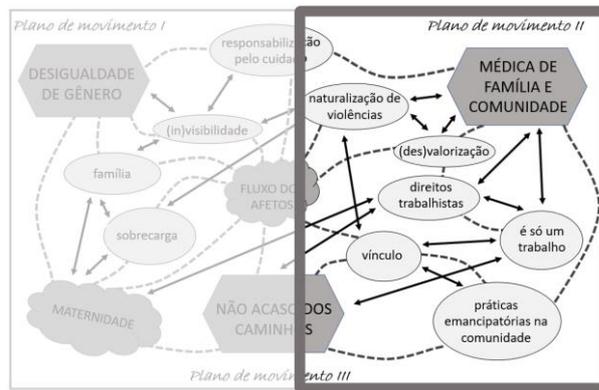
Essas negociações revelam atravessamentos enraizados na sociedade e que têm efeitos no cotidiano da mulher trabalhadora. Mesmo em relação à participante que recebeu as pesquisadoras em casa e concedeu a entrevista durante um café junto com a filha e o marido – partilhando um fragmento da dinâmica familiar que sugeria ser equitativa –, percebe-se uma relação desigual com o parceiro.

“Eu tenho um marido que me respeita e eu posso falar com ele sobre essas coisas (compartilhar cuidado). Ele não reconhece muitas, estamos longe de sermos parceiros horizontais, mas ele é humilde, se esforça. Mas eu fico cansada de ter de ensinar, falar e pedir. Mas é assim, né?” (Participante 4)

Ao caminhar pelo mapa traçado para relacionar essas percepções com a dimensão da mulher trabalhadora, agenciadas pelo PM II – “médica de família e comunidade” (figura 3) –, percebemos que as representações sobre ser mulher e ser mãe influenciam a trajetória de suas carreiras. As limitações advindas dessas negociações necessárias com a rede de apoio conformam o PM III – “o não acaso dos caminhos” (figura 4). A responsabilidade pelo cuidado, ao ser naturalizado como uma prática feminina, torna-se um obstáculo relevante, já que a divisão de tarefas domésticas e de cuidado com os filhos é desigual entre os parceiros^{19,20}.

“A maior diferença que vejo é como a gente que é mulher sofre limitações e pausas profissionais por causa da questão da maternidade não compartilhada, questões domésticas não compartilhadas... Ele é uma pessoa maravilhosa, mas não divide muito bem as tarefas... O dinheiro até que ele divide, sabe? Mas as coisas domésticas acho que me sobrecarregam muito” (Participante 3)

Figura 3 - Plano de movimento II – médica de família e comunidade



Fonte: elaborado pelas autoras

Figura 4 - Plano de movimento III – não acaso dos caminhos



Fonte: elaborado pelas autoras

Reconhecer a desigualdade, muitas vezes, não é elemento suficiente para operar deslocamentos no fluxo das relações. Uma forma de buscar maior equilíbrio é a estabilidade e a garantia de direitos trabalhistas encontradas no setor público – que também atuam no PM III

(figura 4). Embora a rede suplementar de saúde ofereça empregos mais rentáveis e com carga horária flexível, essas diferenças imprimem uma força decisória na permanência no setor público:

“O concurso dá benefício da licença maternidade, então a minha ideia é gozar desses benefícios. Vou ter 1 ou 2 filhos... ficar aí até esse período com certeza! Depois eu acho que eu vou reavaliar...” (Participante 2).

A maternidade tensiona o dia a dia,^{3,21} e seu forte empuxo alcança mesmo as mulheres sem filhos. O entendimento de que a competência para cuidar dos filhos é fisiologicamente determinada parece naturalizar a desigualdade. A potência de engravidar e amamentar reserva às mulheres também a responsabilidade com o tempo do relógio biológico, e isso impacta os 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^{21,22,23,24}. Muitas médicas que priorizam a formação antes da família acabam não tendo filhos (apesar de desejarem), ficando com famílias menores do que gostariam e, mesmo, com problemas de fertilidade²⁰ (figuras 2 e 4).

“O trabalho compete com o tempo de me cuidar, que compete com o tempo do meu filho... É o motivo que eu não quero ter outro filho. Porque outro filho exige mais tempo. E o meu tempo é escasso, né? 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!” (Participante 7)

A demanda por menor carga horária de trabalho vem atrelada à necessidade de maior tempo em casa e, principalmente, de cuidado com as crianças. O tempo do trabalho atravessa o tempo do não-trabalho, ou seja, preocupações com o cotidiano doméstico são carregadas para o espaço formal do trabalho e vice-versa. O sentimento de culpa presente nesse processo dialoga com outra pesquisa também com médicas de família e reforça o aspecto da naturalização do cuidado como algo feminino²⁴.

Essa fronteira aparentemente porosa entre o mundo público e o privado enreda as mulheres e produz uma percepção de incapacidade-culpa. A desigualdade nas relações de gênero é percebida, mas como é naturalizada, acaba não refletida como elemento estruturante da “falta de tempo” das mulheres (figuras 2 e 4).

No outro lado do mapa, o PM II (figura 3), há apontamentos sobre a discussão de como a escolha pela especialidade e local de trabalho é desvalorizada pela sociedade. A sobrinha de uma participante questiona se ela não desejaria “crescer na profissão”, revelando o senso comum de que a permanência em uma unidade de saúde de uma comunidade periférica tem pouco prestígio. A participante ressignifica o entendimento da sobrinha ao afirmar que “crescer na profissão” é permanecer e desenvolver a capacidade de estabelecer vínculos com a comunidade.

“...você não tem vontade de crescer, tia?! [conversando com a sobrinha] Aí eu falei que eu já cresci tanto. Quando a gente faz mobilização, consegue encher um tanto de carro e levar o povo nas manifestações. Eu dou aula e os alunos vão lá e 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)

Isto reflete uma implicação ética na relação entre quem cuida e a comunidade. O reconhecimento desse vínculo constitui o cenário do trabalho como possibilidades de afirmação de cidadania e compromisso político dessas mulheres. Para muitas delas, principalmente as que pertencem aos extratos da classe média, o encontro com a MFC (e a vivência em comunidades periféricas) foi o ponto de partida para a construção de uma leitura de mundo mais concreta sobre desigualdades sociais, determinantes sociais de saúde e funcionamento das estruturas de poder. Foram, inclusive, abertas oportunidades de releitura de seus locais de privilégio de classe²².

“Quando comecei, achava que ia renovar umas receitas, passar uns antibióticos e faria isso em duas horas, ia embora e não ia criar vínculo com as pessoas. Hoje quando eu chego lá, são pessoas com muitas comorbidades, muitas doenças, muito sofrimento e que vinculavam muito comigo e a gente desenvolve um afeto muito grande. Eu ia na casa daquelas pessoas, sabia onde elas moravam, o que dá mais vínculo ainda, mais responsabilidade ainda... aí foi um comprometimento total! Um mergulho de realidade mesmo! Fez sentido! Era uma coisa que eu não esperava” (Participante 8)

Ser enredada no cotidiano da comunidade, na qual o impacto das decisões macropolíticas, sociais e culturais acionam as determinantes sociais de saúde, foi um caminho de reenquadramento e reposicionamento delas no mundo. O compromisso com a construção de uma política pública de saúde é visto como uma vigorosa estratégia de luta para vencer as desigualdades sociais. As miudezas das ações cotidianas, exercidas através das práticas emancipatórias na comunidade, trazem um sentido de se tornar potente (figura 3).

Esse vínculo é revestido de um “fluxo dos afetos” (figura 4), “afeto” aqui entendido como processo relacional, do afetar e ser afetado, de implicar-se no ato²⁵. 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^{15,17}.

“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, 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?” (Participante 5)

O equilíbrio trabalho-vida é um dos principais fatores avaliados em diversos países como quesito de satisfação com o trabalho por médicos de família e comunidade e graduandos interessados na área²⁰⁻²⁴. O contentamento dos profissionais com o trabalho está relacionado com uma maior qualidade da atenção prestada, melhores desfechos e satisfação dos pacientes^{24,26-28}.

O processo de tornar-se médica de família e comunidade e mãe também operou construindo uma atuação político-cidadã. Algumas reinventam suas práticas, tornando-as emancipatórias ao articular ferramentas do cuidado visando potencializar a autonomia das mulheres que estão no seu território.

“...eu tenho investido muito da minha energia na capacitação de mulheres em relação a planejamento familiar, 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 nesse círculo de pobreza, impacta na percepção dela como uma mulher que é além da mãe, que pode ser profissional, pode estudar. Com 8 filhos ela não consegue...” (participante 6)

As experiências da maternidade, aliadas aos conhecimentos teóricos, possibilitaram o reconhecimento das usuárias dos serviços como mulheres, para além da perspectiva reducionista que compreende saúde da mulher como reprodução e maternidade. Além disso, desvelaram que as atribuições naturalizadas de cuidado (re)produzem desigualdades e hierarquias que posicionam essas mulheres em lugares de desvantagem.

Ainda que comprometidas com as usuárias, o fato de serem todas mulheres não produziu categoria de reconhecimento único, ou seja, nossas interlocutoras médicas mantiveram suas experiências distintas e distantes das usuárias dos serviços. Ainda que elas reconheçam nas mulheres de que cuidam as imposições do cuidado e a sobrecarga da dupla jornada, elas não reconhecem tais imposições e sobrecargas como oriundas da desigualdade de gênero que atravessa nossa sociedade. Aqui, o pertencimento de classe parece interditar o “nós mulheres”, mesmo em um cenário em que a MFC apresenta baixa remuneração – como apontado anteriormente em relação a outras áreas da medicina –, baixo prestígio nos círculos médicos e ambiente de trabalho precário^{2,5,28}, reconhecer-se limitada pelas desigualdades de gênero produziria uma ponte na fissura aberta pela classe e demonstraria seu caráter interseccional.

As perspectivas e atributos naturalizados para o gênero também oferecem leituras sobre o afeto e produzem um entendimento romantizado sobre o trabalho. Ele é reconhecido como um local de investimento a partir de uma interpretação sobre o vínculo, que reenquadra a profissão em uma aparente categoria de trabalho-afeto. Fortalecendo esse entendimento, está um elemento fortemente difundido no imaginário ocidental que percebe a Medicina como um ofício-sacerdócio:

“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).

Os sentidos atribuídos ao trabalho – trabalho-afeto, trabalho-sacerdócio e trabalho-ajuda – dialogam com construções socioculturais que detém a mulher no espaço do cuidado e da maternagem⁴⁴. A participante 8 se referiu aos usuários do serviço comparando-os aos filhos:

“é o mesmo cuidado. É como se fossem meus filhos” (Participante 8).

Valores tidos como femininos, como habilidade para relações interpessoais, atenção ao particular, gentileza e preocupação com o bem-estar²⁹ também retornam na fala de outras participantes:

“...a gente, mulher, tem na nossa constituição, desde a evolução, há muito tempo, 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 gostam de fazer tudo com capricho, é diferente... enquanto muitos homens são largados e são felizes...” (participante 4)

Os atributos considerados femininos e acionados para supostamente justificar a pertinência da mulher nesse espaço de trabalho²⁹ – ou aparentemente valorizar sua atuação – não costumam ser acionados por/para homens que desempenham a mesma função. Maternidade, cuidado e afeto lidos somente como atributos do feminino são acionados de modo a obliterar o reconhecimento de todas as mulheres como sujeitos políticos.

O que vimos no discurso das médicas é que o vínculo, além de prover satisfação e ser um dos atrativos do trabalho na APS²⁸, é também um elemento de proteção em um cenário de precariedades, dado que dialoga com a literatura²⁹. Esse vínculo, atravessado pelo discurso do afeto, também provê outra forma de reconhecimento e prestígio para essa especialidade pouco valorizada⁶ (figura 3). Ele é um reflexo do reconhecimento do trabalho e do comprometimento da pessoa com a comunidade. O ambiente de trabalho do MFC na APS é cenário de diferentes episódios de violência em vários países³⁰⁻³². Apesar disso, as entrevistadas se percebem “blindadas” no espaço de trabalho, mesmo em situações claramente violentas. A pouca relevância dada pelas entrevistadas ao tema aponta para uma naturalização da violência nas relações, sendo, inclusive, a necessidade de negociar em situações de tensão administrada como um componente do cotidiano. Esse é um dos fenômenos que podem contribuir para o adoecimento, muitas vezes silencioso, das MFCs, relacionando-se até com a incidência de depressão³³. O cruzamento do PM I ao PM II demonstra como a desvalorização das mulheres invisibiliza as tensões e violências sofridas no trabalho, dificultando, inclusive, o reconhecimento de que tais violências também derivam das relações de gênero.

Nossas participantes avaliam a jornada de trabalho como o maior dificultador nessa negociação, já que adquire função de fiel da balança entre a vida doméstica e o trabalho. A decisão de permanência parece se ancorar nessa dimensão do (des)equilíbrio. A possibilidade de nossas participantes desistirem de atuar no serviço público é recorrente nos discursos, uma porta sempre entreaberta. Nesse enredo de desigualdades, a possibilidade de trabalhar com horas flexíveis aparece como resposta das mulheres para balancear o trabalho com os cuidados da família^{27,34}. No entanto acreditamos que, sem a discussão sobre relações igualitárias, pouco

efeito essa alteração pode produzir em suas vidas. Apesar de a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) flexibilizar as jornadas de trabalho dos profissionais – considerando até dez horas por semana –, sem as discussões sobre a divisão do trabalho, reconhecimento e valorização das funções das mulheres, essa medida poderá impactar somente na diminuição do vínculo com a equipe e a comunidade³⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS – FECHANDO AS LINHAS

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 modelo de feminino delimitado pelo cuidado.

Existem mulheres que permanecem nesse cenário precário da APS, mas não sem conflitos, culpas e insatisfações. Muitos dos desafios resultam da invisibilidade e naturalização de normas de gênero, que se impõem e sobrecarregam a mulher trabalhadora. O próprio entendimento do trabalho em saúde e das ações de cuidado como uma extensão do feminino descredita as funções como trabalhadora.

O “fluxo dos afetos” mostrou-se um dispositivo acionado para justificar a sobrecarga, naturalizar e encobrir as violências vividas por essas mulheres em contextos públicos e privados.

Ainda que não se explicita 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 MFCs para seus cenários de trabalho devem se atentar para as reivindicações sinalizadas por elas, como carga horária de trabalho menor que 40 horas semanais, horários flexíveis e garantia de direitos, como licença maternidade/paternidade ampliadas e compartilhadas, além de estabilidade.

No entanto, ao incorporar gênero como uma categoria de análise das trajetórias das mulheres médicas de família e comunidades, entendemos que elas apontam outros valores de carreira que devem ser considerados no mundo do trabalho. Em um país que a cada ano forma mais mulheres especialistas em MFC sem que o Estado reconheça a iniquidade de gênero, as estratégias de fixação - ou mesmo de escolha pela especialidade - podem ser frustradas. 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 e, também, estabeleçam relações de equilíbrio no espaço doméstico.

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 que atuam sobre elas. O ser mulher, filha, esposa, mãe, provedora da família, médica de família e de comunidade, trabalhadora do SUS, professora, preceptora e cidadã, se (des)equilibra construindo a teia de afetos, frustrações, necessidades e caminhos que constituem a trajetória dessas mulheres.

Inserir a perspectiva de gênero como fio condutor para as Políticas Públicas significa enfrentar, descortinar e visar a ruptura com a lógica sexista e seus fundamentos. Este texto é um recorte pequeno e demonstra o quanto a lógica do modelo do homem como sujeito universal permanece invisibilizando as mulheres, reiterando desigualdades e naturalizando injustiças. A flexibilização da carga horária para mulheres com filhos pequenos é princípio para a organização e gestão do trabalho e não favor ou excepcionalidade de chefia. O fortalecimento de redes oficiais de apoio para educação permanente (inclusão de itens específicos em editais de financiamento com garantia de creche/auxílio para mulheres, horários protegidos para amamentação etc.) é condição para a afirmação das diferenças como direito. Acreditamos que é preciso estimular a publicação de editais que garantam às mulheres mães a possibilidade efetiva de sua participação em congressos e eventos (a exemplo de algumas experiências que já disponibilizam espaços alternativos para crianças durante os eventos). As associações científicas têm, portanto, a tarefa importante de pensar coletivamente, com as mulheres, outras estratégias que permitam a ruptura silenciosa com engrenagens que mantêm as iniquidades e injustiças de gênero.

Entendemos que uma característica diferencial do estudo, que pode ser considerada uma limitação, é que todas as participantes tinham especialização por residência médica, o que não é comum na MFC. Por tratar-se de uma pesquisa vinculada ao mestrado profissional em saúde da família, a adesão das participantes à pesquisa também pode ser compreendida como valorização da atividade de ensino e pesquisa, por já se dedicarem às áreas de ensino, por exemplo na preceptoria.

REFERÊNCIAS

- 1 - Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Affairs* [internet]. 2005 [acesso em 2020 jan. 4]; 24:5. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.w5.97>
- 2 - Lambert TW, Smith F, Goldacre MJ. Career specialty choices of UK medical graduates of 2015 compared with earlier cohorts: questionnaire surveys. *Postgrad Med J* [internet]. 2018 [acesso em 2020 jan. 7]; 94(1110):191–7. <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2017-135309>
- 3 - Brooks JV. Hostility during training: historical roots of primary care disparagement. *Ann Fam Med* [internet]. 2016 [acesso em 2020 jan. 7]; 14(5):446–52. <https://doi.org/10.1370/afm.1971>
- 4 - Gérvas 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* [internet]. 2012 [acesso em 2019 fev 8]; 26:52–6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.024>
- 5- 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* [internet]. 2007 [acesso em 2019 fev 8]; 39(11):615–8. <https://doi.org/10.1157/13112199>
- 6 - 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* [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 8]; 28(5):363–8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.014>
- 7 - 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* [internet]. 2007 [acesso em 2019 fev 8]; 41(1):39–49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02645.x>
- 8 - Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. Demografia médica no Brasil 2020. 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 2020 [internet]. 2020 [acesso em 2020 dez 21]. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf
- 9 - 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* [internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 5] 18(1):12. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0591-7>
- 10 - Girardi SN, Stralen ACDSV, Cella JN, Maas LWD, Carvalho, CL, Faria EDO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 21 [internet]. 2016 [acesso em 2019 fev 10] 16: 2675-2684. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>
- 11 - Moreira COF, Dias MS de A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sci* [internet]. 2015 [acesso em 2019 abr 10]; 40(3). <https://doi.org/10.7322/abcs.hs.v40i3.811>
- 12 - Campos CV de A, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública* [internet]. 2008 [acesso em 2019 abr 10]; 42(2):347–68. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>
- 13 - Ney MS, Rodrigues PH de A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Coletiva* [internet]. 2012 [acesso em 2019 abr 10]; 22(4):1293-1311. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838259003>
- 14 - Schueller-Weidekamm C, Kautzky-Willer A. Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. *Gend Med* [internet]. 2012 [acesso em 2019 abr 10]; 9(4):244–50. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2012.04.002>
- 15 - Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1. São Paulo Ed. 1995;34(1.2011).
- 16 - Amaral MS. 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 [internet]. 2017. [acesso em 2019 jan 17]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180425>
- 17- Tedesco SH, Sade C, Caliman LV. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal Rev Psicol* [internet]. 2013 [acesso em 2019 abr 10]; 25(2):299–322. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>

- 18 - Martines WRV, Machado AL, Colvero LA. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. *Tempus Actas Saúde Coletiva* [internet]. 2013 [acesso em 2019 fev 10]; 7(2):203–11. <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1354>
- 19 - Delgado A, Saletti Cuesta L, López-Fernández LA, Dios Luna J, 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* [Internet]. dezembro de 2009 [acesso em 2020 jul 15]; 83(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 20 - 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* [internet]. 2010 [acesso em 2019 abr 10]; 10(1):40. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-40>
- 21 - Bedoya-Vaca R, Derose KP, Romero-Sandoval N. Gender and physician specialization and practice settings in Ecuador: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [acesso em 2020 jul 15]; 16. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1917-1>
- 22 - Bien A, Ravens-Taeuber G, Stefanescu M-C, Gerlach FM, Gütthlin 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* [internet]. 2019 [acesso em 2020 jul 15]; 36(1). <https://doi.org/10.3205/zma001217>
- 23 - 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 [acesso em 2019 mar 25]; 7(1):28. <https://doi.org/10.1186/s13584-018-0218-z>
- 24 - 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* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 22]; 17(1):86. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0911-6>
- 25 - Siqueira, P. "Ser afetado", de Jeanne Favret-Saada. *Cadernos De Campo* [internet]. 2005 [acesso em 2019 mar 22]; 13(13):155-161. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v13i13p155-16>
- 26 - Welp A, Meier LL, Manser T. Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Front Psychol* [internet]. 2015 [acesso em [acesso em 2020 jul 15]; 5:1573. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01573>
- 27 - 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* [internet]. 2019 [acesso em 2019 mar 19]; 393(10171):e25–6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30208-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30208-9)
- 28 - Issa AHTM, Garcia-Zapata MTA, Rocha AC, Sandré BB, Dutra ACF, Martins ILO, et al. Fatores influenciadores na escolha pela medicina de família segundo estudantes numa região neotropical do Brasil. *Rev Educ Em Saúde* [internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 5]; 5(2):56–65. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-36159>
- 29 - 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* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 19]; 209:1–13. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.05.002>
- 30 - 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* [internet]. 2015 [acesso em 2019 fev 5]; 44(11):e321-329. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.01.018>

- 31 - 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* [internet]. 2009 [acesso em 2019 fev 5]; 15(1):29–35. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/19267124>
- 32 - Kaiser DE, Bianchi F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2008 [acesso em 2019 fev 5]; 29(3):362–6. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/23601>
- 33- Silva ATC, Peres MFT, Lopes CS, 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* [internet]. 2015 [acesso em 2019 fev 8]; 50(9):1347–55. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1039-9>
- 34 - 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* [internet]. 2013 [acesso em 2020 jul 15]; 18:1–12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238294/>
- 35 - Rodrigues ET, Forster AC, Santos LL, 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* [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 20]; 41(4):604–14. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4RB20160084>