



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Cassia Kirsch Lanes

**Mudanças percebidas pelas médicas de família e comunidade no trabalho e
na atuação médica após a maternidade**

Rio de Janeiro

2021

Cassia Kirsch Lanes

Mudanças percebidas pelas médicas de família e comunidade no trabalho e na atuação médica após a maternidade

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

L267 Lanes, Cassia Kirsch.
Mudanças percebidas pelas médicas de família e comunidade no trabalho e na atuação médica após a maternidade / Cassia Kirsch Lanes – 2021.
79f.

Orientador: Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Saúde da Família.

1. Medicina de Família e Comunidade - Teses. 2. Maternidade - Teses. 3. Mulheres Trabalhadoras. 4. Carga de Trabalho. I. Favoreto, César Augusto Orazem. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 614.39

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cassia Kirsch Lanes

**Mudanças percebidas pelas médicas de família e comunidade no trabalho e na atuação
médica após a maternidade**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 24 de setembro de 2021.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto (Orientador)

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Eloisa Grossman

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

Prof.^a Dra. Daniela Murta Amaral

Universidade Estácio de Sá

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Para Alice e Pedro, que me ensinam a ser uma pessoa melhor todos os dias

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, pelo amor incondicional.

Ao Marcos, pelo amor, parceria e cuidado na nossa vida, na vida com nossos filhos e na vida da medicina de família e comunidade.

Aos meus pais pelo apoio de sempre, mesmo de longe, e por estarem perto quando mais precisei.

À Neta, que cuida dos meus filhos com amor e carinho, e possibilitou que eu trabalhasse com tranquilidade.

Ao meu orientador, professor César, pelas discussões, sugestões e principalmente por ter respeitado o meu tempo.

Aos colegas de mestrado por termos completado juntos essa etapa, apesar das mudanças políticas e epidêmicas que atravessaram nosso curso. Sobretudo às colegas mulheres e mães, por terem sido fonte de identificação e inspiração.

A todas as médicas que entrevistei, mulheres profissionais e mães incríveis. Obrigada por terem compartilhado seus sentimentos comigo!

A tantas outras médicas de família e comunidade que lutam pela equidade de gênero na medicina e no mundo.

Aos colegas de equipe e de unidade, por acolherem minha necessidade de ausências para dedicação a esse trabalho, e por terem segurado a sobrecarga de trabalho decorrente dessas ausências.

Aos colegas professores, por acreditarem em uma formação médica mais humana.

Às colegas professoras da disciplina de Saúde da Mulher, por acreditarem na importância da discussão sobre as questões de gênero serem introduzidas na graduação médica.

A todas as mulheres que buscam o equilíbrio entre o trabalho e a família.

RESUMO

LANES, Cassia Kirsch. *Mudanças percebidas pelas médicas de família e comunidade no trabalho e na atuação médica após a maternidade*. 2021. 79f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Para as médicas, a maternidade traz os desafios de conciliar a carreira e os filhos. As características do ambiente de trabalho, como processo de trabalho e carga horária também podem influenciar na atuação médica após a maternidade. Ainda que muitos estudos tratem sobre as diferenças de gênero na atuação médica, pouco foi explorado sobre a maternidade e o trabalho sob a ótica das próprias médicas. O objetivo deste trabalho é explorar as percepções das médicas de família e comunidade sobre como a experiência pessoal e os conhecimentos adquiridos com a maternidade podem desenvolver novas habilidades e atitudes profissionais, e sobre a relação entre a maternidade e a atividade profissional. Foi realizado um questionário on-line com médicas de família e comunidade que concluíram a Residência de Medicina de Família e Comunidade desde 2012, para mapeamento de características relacionadas à demografia, formação, trabalho e maternidade. Com médicas que possuíam filhos, realizou-se entrevistas semi-estruturadas, sobre a percepção das mudanças no trabalho e na atuação médica após a maternidade. A pesquisa teve caráter quali-quantitativo, com descrição das respostas do formulário e a análise das entrevistas. Houve 166 respostas ao questionário eletrônico, dessas 56 médicas possuíam filhos, e 17 foram entrevistadas. A maioria das médicas residia no Rio de Janeiro, e exercia atividade assistencial. Nas entrevistas, os principais temas levantados foram as mudanças pessoais vivenciadas com a maternidade, as mudanças na prática médica e a mudança na relação com o trabalho. A maternidade influencia na prática médica com o desenvolvimento de habilidades de comunicação e na relação médico-paciente, principalmente no cuidado de mulheres e crianças. A carga horária fixa parece ser um empecilho para essas médicas com filhos permanecerem no SUS. As instituições têm o desafio de desenvolver outros modelos para integrar as mulheres médicas e mães que desejem flexibilizar a carga horária, para que, principalmente a medicina de família e comunidade, não perca essa importante força de trabalho.

Palavras-chave: Medicina de família e comunidade. Maternidade. Mulher profissional. Carga de trabalho.

ABSTRACT

LANES, Cássia Kirsch. *Perceived changes perceived by family and community doctors at work and in medical practice after maternity*. 2021.79f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

For women doctors, motherhood brings the challenges of reconciling career and children. The characteristics of the work environment, such as physical space and workload, can also influence medical performance after maternity. Although many studies deal with gender differences in medical practice, little has been explored about motherhood and work from the perspective of these doctors themselves. The objective of this work is to explore the perceptions of women family physicians about how the personal experience and knowledge acquired with motherhood can develop new skills and professional attitudes, and about the relationship between motherhood and professional activity. An online questionnaire was carried out with women family physicians who completed their residency in Family Medicine since 2012, to map characteristics related to demography, education, work and motherhood. Semi-structured interviews were carried out with the doctors who had children, about the perception of changes in work and in medical performance after motherhood. Both quantitative and qualitative approaches were used, in interpreting the results of the form and in the analysis of the interviews. There were 166 responses to the electronic questionnaire, of these 56 doctors had children, and 17 were interviewed. Most doctors live in Rio de Janeiro, and have clinical activities. In the interviews, the main themes raised were the personal changes experienced with motherhood, changes in medical practice and the change in the relationship with work. Motherhood influences medical practice with the development of communication skills and the doctor-patient relationship, especially in the care of women and children patients. The fixed workload seems to be an obstacle for these women doctors with children to remain in the SUS. The institutions face the challenge of developing other models to integrate women doctors and mothers who wish to make their workload more flexible, so that, especially family medicine, do not lose this important workforce.

Keywords: Family Medicine. Maternity. Professional women. Workload.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociodemográficas das médicas de família e comunidade.....	33
Tabela 2 –	Características das médicas de família e comunidade em relação à formação.....	33
Tabela 3 –	Características das médicas de família e comunidade em relação ao trabalho.....	37
Tabela 4 –	Características das médicas de família e comunidade em relação à Maternidade.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
OSs	Organizações Sociais
PRMFC-SMS-RJ	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro
RM	Residência Médica
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WONCA	Organização Mundial de Médicos de Família
WWPWF	<i>Wonca Working Party on Women and Family Medicine</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	MARCOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS	13
1.1	O movimento feminista e os dispositivos de gênero	13
1.1.1	<u>Breve história do feminismo</u>	13
1.1.2	<u>A construção social do gênero</u>	14
1.2	A construção da maternidade	15
1.2.1	<u>Expressões da maternidade e maternagem pela história</u>	15
1.2.2	<u>A maternidade moderna</u>	16
1.3	Maternidade e trabalho	16
1.3.1	<u>A Profissionalização das mulheres</u>	16
1.3.2	<u>Mães que trabalham fora</u>	18
1.4	Mulheres e mães na medicina	19
1.4.1	<u>A feminização da medicina</u>	19
1.4.2	<u>A prática médica sob uma perspectiva de gênero</u>	21
1.4.3	<u>As médicas na Medicina de Família e Comunidade</u>	24
2	JUSTIFICATIVA	26
3	OBJETIVOS	27
3.1	Geral	27
3.2	Específicos	27
4	METODOLOGIA	28
5	RESULTADOS	31
5.1	Perfil das mulheres egressas do PRMFC-SMS-RJ respondentes ao formulário eletrônico	31
5.2	Descrição das características objetivas das médicas que foram entrevistadas	39
6	AS PERCEPÇÕES RELATADAS PELAS MÉDICAS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE QUE SÃO MÃES	40
6.1	As entrevistadas	40
6.2	Sentimentos e valores desenvolvidos a partir da maternidade	43
6.2.1	<u>A Relação com o tempo</u>	44

6.2.2	<u>A Culpa materna</u>	45
6.3	As transformações na prática médica	47
6.3.1	<u>Um outro olhar sobre o encontro clínico</u>	48
6.3.1.1	A Empatia, Escuta e Relações Transferenciais	48
6.3.1.2	A APS como cenário de cuidado de mulheres e famílias	51
6.3.2	<u>Experiências Da Maternidade - Saber Prático que Influencia no Cuidado..</u>	52
6.3.2.1	Olhar para as mulheres, mães, gestantes e puérperas e crianças	52
6.3.2.2	Os desafios de amamentar e de promover a amamentação	53
6.3.2.3	As Lacunas da formação médica	55
6.3.2.4	O motor afetivo para a qualificação pessoal	56
6.4	A relação com o trabalho e com a carreira	57
6.4.1	<u>Reinserção no mundo do trabalho</u>	58
6.4.2	<u>Mudança das prioridades em relação à carreira</u>	58
6.4.3	<u>Arranjos Trabalhistas</u>	60
	CONCLUSÕES	64
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE A - Questionário do Formulário Eletrônico	73
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Entrevistas	78

INTRODUÇÃO

A realização da maternidade ainda é um dilema para as mulheres que querem seguir uma carreira profissional (SCAVONE, 2001). Para as médicas, a maternidade pode trazer mais desafios do que aqueles que são comuns a outras mulheres. Se conciliar carreira e filhos já é difícil para trabalhadoras que têm uma rotina definida de horários, para as médicas pode ser ainda mais complexo devido às características do processo e do objeto de trabalho, como os regimes de trabalho em plantões, a imprevisibilidade do cenário de trabalho, a frequência de intercorrências que modificam os horários de saída, entre outras. Além disso, a carga emocional dispendida nos atendimentos é uma fator relevante, uma vez que as mulheres sofrem mais de burnout do que seus colegas homens (GOLD, 2020)

Estas características podem fazer com que ao sair de casa, essas profissionais não tenham, por exemplo, certeza da hora e de como estarão (física e mentalmente) ao voltar para casa. Contar com uma rede de apoio apropriada, tanto no espaço privado, quanto nos espaços públicos, torna-se um elemento necessário para planejar e distribuir o tempo e lidar com a sobrecarga emocional e física causada pela relação da mulher com as atividades de trabalho e de cuidado da família.

As jornadas de trabalho podem trazer dificuldades para conciliar as responsabilidades com o emprego e com os filhos. Este pode ser o caso das médicas de família e comunidade, que de um modo geral, possuem vínculos profissionais que abrangem o dia todo, tradicionalmente em serviços públicos e com jornadas de 40 horas semanais. Essa situação pode levar médicas de família a buscarem alternativas de atuação profissional, ou mesmo afastarem-se de seus vínculos prévios após a maternidade, buscando alternativas para essa carga de trabalho.

A atuação profissional das mulheres, em geral, é resultado de um processo histórico de conquistas e mudanças nos valores vigentes, que levaram a mulher a se profissionalizar e que modificaram o ideal feminino da maternidade (LANGER, 1981). Hoje a mulher não precisa mais, obrigatoriamente, escolher entre a carreira e o cuidado com os filhos. Pelo contrário, a compatibilização destas duas situações e cenários pode trazer benefícios nas relações estabelecidas no trabalho e entre as mães e seus filhos (BELTRAME; DONELLI, 2012).

Desta relação entre o mundo do trabalho e o cuidado com os filhos, na prática das médicas de família e comunidade emergem várias questões que motivaram essa pesquisa:

- a) os desafios no processo de maternagem podem possibilitar um outro olhar para o cuidado, de si mesma e do outro?
- b) a experiência pessoal e os conhecimentos adquiridos na gestação, parto, puerpério, amamentação e na criação dos próprios filhos podem estimular a busca por novos conhecimentos e desenvolver novas habilidades e atitudes profissionais?
- c) Como as características do trabalho da medicina de família e comunidade (MFC) como espaço físico, carga horária, relações com gestores, equipe e pacientes, podem influenciar na atuação profissional pós-maternidade?
- d) Como lidar com situações de adoecimento dos pacientes quando precisa cuidar da saúde dos próprios filhos?

As questões acima se integraram e formaram as seguintes perguntas norteadoras: a maternidade influencia na forma como as médicas desempenham seu trabalho de médica na Medicina de Família e Comunidade (MFC)? Como essas médicas mães percebem essa influência?

Essas questões compreendem, portanto, o objeto desta dissertação, que tem por objetivos explorar a relação entre a vivência da maternidade e sua possível influência no modo de praticar a MFC e investigar a percepção das médicas sobre a relação entre a sua maternagem e a sua prática da medicina.

Para subsidiar a discussão, foi realizada uma revisão teórica sobre maternidade, mulheres e mães no mercado de trabalho e na medicina e sobre as diferenças de gênero na prática médica. Em seguida, serão apresentados os objetivos, a metodologia e os resultados/discussão deste projeto. Cabe observar que resultados serão apresentados integrados à discussão e acompanhando as etapas quantitativa e qualitativa da pesquisa.

1 MARCOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS

Para a etapa de revisão da literatura, foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando primeiramente os descritores “mulher”, “carreira”, “maternidade”, “trabalho”, “medicina de família e comunidade” e “médicas” nas bases de dados PubMed e Scielo, além de busca livre e revisão narrativa.

Na abordagem do objeto desta pesquisa - mulheres, médicas e mães - foi importante analisar questões relacionadas ao feminino, ao feminismo, às questões de gênero, à maternidade e ao trabalho médico. Estas são temáticas extensas e vistas a partir de diferentes olhares teóricos. Neste trabalho, não aprofundamos ou problematizamos estas questões. Nosso objetivo foi apresentá-las de modo a contextualizar a pesquisa empírica.

1.1 O movimento feminista e os dispositivos de gênero

1.1.1 Breve história do feminismo

O termo *feminismo* foi primeiro empregado nos Estados Unidos, por volta de 1911, quando escritores - homens e mulheres - começaram a usá-lo no lugar de expressões utilizadas no século XIX, como *movimento das mulheres* e *problemas das mulheres*. O objetivo das feministas americanas era um “equilíbrio entre as necessidades de amor e de realização, individual e política”. Partindo do princípio do feminismo como a tomada de consciência das mulheres da opressão da sociedade patriarcal, o feminismo se articula como filosofia política e movimento social (GARCIA, 2015).

A primeira onda do feminismo surgiu em meados do século XIX, motivada pela Revolução Industrial e, após isso, pelas Primeira e Segunda Guerras Mundiais. Foi marcada como um movimento de mulheres proletárias pela igualdade de direitos e condições de trabalho e pelo movimento sufragista. No Brasil, a primeira onda do feminismo, no início do século XX, esteve por um lado envolvida em organizações de operárias anarquistas e por outro envolvida no movimento das mulheres lutavam pelo direito ao voto (CAETANO, 2017).

A segunda onda feminista começou no início da década de 60, sendo no Brasil impulsionada pela luta contra ditadura militar. Foi um movimento de caráter de libertação e de proteção da mulher com suas especificidades, com a compreensão de que existem outras formas de dominação que não apenas a dominação de classe. Foram levantadas questões como a violência doméstica e sexual, a reivindicação pelo domínio do corpo, a busca pelo prazer sexual, o aborto, o controle de natalidade e a sua realização pessoal enquanto indivíduo. Nesse período, surgiu a elaboração do conceito de gênero, como ferramenta de visualização dessas questões. Nos anos setenta, o movimento concebe que o que é pessoal é político, trazendo para a esfera pública questões tradicionalmente vividas na esfera privada, enfatizando a opressão a qual são submetidas as mulheres na vida doméstica (CAETANO, 2017).

Foi a partir do fim da década de 1980, que surgem os primeiros estudos sobre a condição feminina no Brasil, baseados nas premissas do debate teórico iniciado nos EUA e tem-se o desenvolvimento da terceira onda do movimento, com o feminismo negro, que iniciou a discussão sobre interseccionalidade (GARCIA, 2015; CRENSHAW, 1989).

1.1.2 A Construção social do gênero

A palavra gênero foi incluída no contexto social após a II Guerra Mundial em decorrência dos movimentos sociais feministas, que fundamentavam as distinções sociais relacionadas ao sexo biológico (do nascimento). Esses movimentos ganharam força na década de 1960 em função da desigualdade de poder entre o masculino e feminino: preconizavam a mudança da condição feminina, sexo frágil, oprimido, submisso e excluído da sociedade profissional e política. Os movimentos feministas na década de 1980 passaram a empregar o termo “gênero” ao invés de “sexo”, reforçando a ideia de que as diferenças entre homens e mulheres não dependiam do sexo biológico, e sim dos fatores culturais nos quais as pessoas estavam inseridas (SPIZZIRRI; PEREIRA; ABDO, 2014).

A teoria dos estudos de gênero afirma que em todos os elementos que constituem o sistema de gênero - também chamado de “patriarcado” - existem discursos de legitimação ou ideologia sexual. Esses discursos legitimam a ordem estabelecida, justificam a hierarquização dos homens e do masculino sobre as mulheres e o feminino em cada sociedade, especificando o que é característico em um e outro sexo e, a partir daí, determinam os direitos, os espaços, as atividades e as condutas próprias de cada sexo (GARCIA, 2015).

1.2 A construção da maternidade

1.2.1 Expressões da maternidade e maternagem pela história

A maternidade tradicionalmente se refere à qualidade de ser mãe e ao laço consanguíneo entre mãe e filho. Paralelamente a esse conceito, a maternagem é estabelecida no vínculo afetivo dos cuidados e acolhimento, próprios da mãe ao seu filho. Em sua descrição na década de 50, esse cuidado não se restringiria às necessidades básicas do bebê, mas também a uma disponibilidade psíquica da mãe, enquanto provedora de cuidado (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014).

Durante a Idade Média, as mulheres e crianças eram tratadas como inferiores, e nenhum valor era atribuído à maternidade, sendo a maternagem não exercida, tampouco considerada. Entre os séculos XVII e XIX, com o desenvolvimento do capitalismo, consolidou-se a diferenciação dos papéis sociais, e a responsabilidade do sustento da família caberia ao homem, e à mulher, caberiam os cuidados da casa e da família. Nesse período, ocorre a vinculação da imagem da mulher à imagem de mãe (SCAVONE, 2001). Boas mães seriam aquelas que nutrissem um amor e cuidado incondicional pelos filhos, surgindo o mito do instinto materno e trazendo a maternidade e a maternagem como tendências femininas natas (BADINTER, 1985).

No século XX, na Europa pós Primeira Guerra, o estado capitalista incentivou o aumento das taxas de fecundidade, transformando a maternidade em um dever social. Isso desencadeou nas mulheres que não tinham o "instinto materno" a sensação de inadequação social e, naquelas que não podiam se dedicar exclusivamente à maternagem devido à dupla jornada de trabalho, instigou o sentimento de culpa (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014). Em resposta à essa pressão social, iniciaram-se as reivindicações feministas pela contracepção e aborto, que tinham como premissa a livre escolha pela maternidade e abriram espaço para questionamentos a respeito da imposição social às mulheres para a maternidade e da atividade de maternagem como exclusivas às mães (SCAVONE, 2001).

1.2.2 A maternidade moderna

Desde a infância, as meninas são estimuladas para atividades mais brandas fisicamente e brincadeiras que fazem apologia ao cuidado da casa e dos filhos. Essa diferença vai desde o cuidado com os bebês recém-nascidos, passando pela escolha dos brinquedos (HOFFMAN, 1977).

A maternidade contemporânea é abordada por Imaz Martinez (apud SOUZA, 2015) como um processo do qual se gesta, simultaneamente, um novo ser humano e uma mãe, e como um processo complexo de aprendizagem e ressignificações. Enfatiza que as mulheres, ao se tornarem mães, devem ser consideradas protagonistas que desenvolvem táticas e estratégias a partir de circunstâncias pessoais e sociais. Adrienne Rich (1976), complementa esta visão, ao identificar na maternidade uma fonte de prazer e conhecimento próprios das mulheres.

Segundo Dessen e Guedea (2005), o desenvolvimento humano se dá do nascimento até a morte, através das relações estabelecidas com outros seres, adultos ou crianças. Disso se entende que na relação com a criança, a mãe (adulta) também passará por mudanças.

Marie Langer (1981) estabeleceu uma relação entre a maternidade e a sociedade. Segundo observa a autora, o maior ou menor grau de aceitação da gravidez por parte do ambiente social imediato reforça ou não a tendência da mulher para a maternidade.

Smeha e Calvano (2017) trazem a observação de que da atual redução da cobrança social pela maternidade, a qualificação feminina cada vez maior, o crescente número de mulheres independentes financeiramente e o desejo por liberdade já invadiram o universo feminino. E que estes fatores dão abertura para outras possibilidades de realização pessoal além do casamento e da maternidade.

1.3 **Maternidade e trabalho**

1.3.1 A profissionalização das mulheres

O papel da mulher na sociedade passou por significativas mudanças ao longo da história. Fruto de uma sociedade patriarcal, a mulher era responsável pelo cuidado da família, da casa e

da educação dos filhos, restando exclusivamente aos homens a responsabilidade pelo sustento do lar. Com o passar do tempo, as mulheres começaram a ingressar no mercado de trabalho, sendo um reflexo das transformações demográficas, culturais e sociais vivenciadas (NASCIMENTO; VILLAS BÔAS, 2015).

Alguns fatores, como o controle da natalidade e a qualificação formal, contribuíram para a saída da mulher da condição de não ter escolha de ser mãe/dona de casa/esposa para uma mudança dos padrões de comportamento e a valorização do papel feminino. O reconhecimento social e a conseqüente valorização do trabalho feminino fizeram com que houvesse uma ascensão da identidade profissional da mulher, a qual, assim como demanda esforço e energia, também se torna uma fonte de prazer e realização (KANAN, 2014; BRUSCHINI, 1994).

Até a década de setenta, o perfil da mulher no mercado de trabalho brasileiro era jovem, solteira e sem filhos. Transformações culturais relativas ao papel social da mulher associadas aos movimentos feministas a partir dos anos 70 e a presença cada vez maior de mulheres atuantes nos espaços públicos, modificaram o núcleo da identidade feminina, agora cada vez mais voltada para o trabalho produtivo. A partir dos anos 80, houve um aumento constante de trabalhadoras mulheres, sobretudo mais velhas e com responsabilidades familiares sobrepostas (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2002).

Profissionalização, maternidade e cuidados do lar são algumas das atribuições femininas do senso comum na atualidade, e juntas exigem muito dos atributos físicos e psíquicos das mulheres (CAVALCANTI; BAÍA, 2017). Mesmo a mulher que trabalha fora, quando está em casa, ainda é a principal responsável pelos afazeres domésticos e pelo cuidado com os filhos e familiares, a chamada “dupla-jornada”. No entanto, os serviços domésticos ainda são socialmente considerados como uma atividade desqualificada, principalmente para quem está atuando formalmente no mercado de trabalho, e é a mulher que normalmente acumula ambas as jornadas ou delega para outra mulher o cuidado com sua casa e seus filhos (BILAC, 2014).

No Brasil, em paralelo à predominância feminina na população e ao aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, ocorre também o aumento progressivo da escolaridade feminina. Tomando por base a população de 25 anos ou mais de idade com ensino superior completo, as mulheres somam 23,5%, e os homens, 20,7% (IBGE, 2018).

As mulheres ainda ocupam algumas áreas do conhecimento, os chamados guetos profissionais femininos, como artes, humanas, biológicas e saúde. Na área da saúde, em 1998 mais de 70% dos empregos do setor formal eram ocupados por mulheres (BRUSCHINI; LOMBARDI, 2002).

1.3.2 Mães que trabalham fora

Algumas mães se preocupam com o possível impacto gerado nos filhos devido a sua saída para o trabalho, no entanto, alguns estudos demonstraram benefícios cognitivos e sócio-culturais para os filhos de mães que trabalham fora. Nesse contexto, Anderson (1980) diz que mais importante do que a quantidade, é a qualidade do tempo que se passa junto; e considera que a qualidade da relação mãe e filhos é mais importante para o desenvolvimento humano do que as separações diárias, impostas pelo trabalho materno.

O trabalho da mãe pode afetar a socialização dos filhos, ainda que diversos aspectos devam ser levados em consideração na avaliação se esses efeitos serão positivos ou negativos. O significado do trabalho para a mãe, a forma como a criança é cuidada durante sua ausência, a história e personalidade da criança são também significativos para essa avaliação (DA PAZ; DE ALENCAR, 2012).

Hoffman (1977) concluiu que as mães que trabalhavam para sua autorrealização apresentaram melhor interação com os filhos do que as mães que trabalhavam somente por necessidade financeira. As famílias nas quais a mãe trabalhava apresentaram para os filhos modelos menos estereotipados de papéis ligados ao gênero e, conseqüentemente, uma visão do que é feminino e masculino menos diferenciada. Em estudo comparando filhos de mães que trabalham com filhos de mães que não trabalham, concluiu-se que filhas de mulheres que trabalham viam as mulheres como mais competentes e efetivas, e os filhos viam os homens como mais carinhosos e expressivos (VOGEL et al., 1970). Contudo, é impossível não pensar nas milhares de mulheres do Brasil que possuem filhos e trabalham por uma necessidade financeira vital.

Spindola e Santos (2004) mencionam que a relação mãe-filho-trabalho implica, necessariamente, que a mulher vivencie a situação ambígua de ser trabalhadora e mãe, não somente logo após seu retorno ao trabalho, mas a longo prazo, enquanto tiver que conciliar os dois contextos e tentar atender tantas solicitações e exigências diferenciadas. Segundo Soifer (1992), quando uma mulher escolhe engravidar, é porque seus medos advindos da maternidade foram superados pelo seu desejo de ser mãe. Essa experiência de superação pode servir de base para outras experiências semelhantes, fazendo com que essa mulher que já se tornou mãe tenha mais facilidade de superação em outras áreas da vida pessoal ou profissional.

Em estudo feito sobre o retorno ao trabalho após a licença-maternidade, as mulheres que retornaram ao trabalho após a maternidade, o fizeram, além da questão financeira, também

por conta das vantagens que o trabalho pode agregar ao ser humano. Neste sentido, reconhecem a valorização pessoal, a identificação e significação com as atividades realizadas e os relacionamentos sociais proporcionados pelo trabalho exercido como importantes. Uma das vantagens, foi o sentimento de utilidade que o trabalho é capaz de lhes proporcionar, onde podem exercer papéis e atividades que não são somente os maternos e domésticos. (GARCIA; VIECILI, 2018)

1.4 Mulheres e mães na medicina

1.4.1 A Feminização da Medicina

A presença de mulheres na prática da medicina vem de tempos antigos. Entre os séculos XIII e XVIII, mulheres “curandeiras” eram consideradas bruxas e seu acesso à educação médica era proibido. Essa relegação durou até a primeira metade do século XIX, justificando assim a inferioridade das mulheres. Somente no final do século XIX que as mulheres tiveram acesso ao treinamento médico, e a sua incorporação completa na medicina iniciou apenas nos anos 1970, com a incorporação das mulheres no mundo do trabalho de um modo geral (ARRIZABALAGA et al., 2014).

A partir da década de 70, ocorreu um crescimento constante de mulheres no mercado médico. Nos últimos 40 anos, o número de mulheres médicas passou de pouco menos de 10% dos estudantes de medicina e menos de 15% dos médicos em prática para ser a maioria dos graduandos em medicina e mais de 40% dos médicos em atividade nos países ocidentais (ARRIZABALAGA et al., 2014). Em 2010, cerca de 40% da força de trabalho médica brasileira já eram mulheres.

No Brasil, segundo a Demografia Médica de 2020 (SCHEFFER et al., 2020), os homens são maioria entre os médicos em atividade representando 53,4%, enquanto as mulheres representam 46,6% do total de profissionais em atividade. Nas faixas etárias mais jovens, elas já são a maioria, sendo 58,5% entre os médicos de até 29 anos, e 55,3% na faixa etária de 30 a 34 anos. A distribuição segundo o gênero por unidade da Federação mostra que Amapá, Rio de Janeiro e Pernambuco são estados onde as mulheres já são mais da metade, representando respectivamente 51,6%, 50,9% e 50,2% da força de trabalho médica.

Ao considerar as 55 especialidades médicas, as mulheres são a maioria em 19 delas. As médicas são maioria em quatro das seis áreas básicas da Medicina: em Pediatria, elas são 74,4% dos profissionais; na Medicina de Família e Comunidade, são 58,7%; em Ginecologia e Obstetrícia já somam 57,7% e em Clínica Médica, 53% (SCHEFFER et al., 2020). Talvez não seja coincidência a concentração em áreas do cuidado de crianças, mulheres e famílias como sendo natural das médicas.

Outra questão alinhada à feminização é o juvenescimento da medicina, as mulheres têm entrado na carreira mais cedo do que os homens, em média aos 32 anos (versus os 35 anos dos homens), coincidindo a faixa de idade fértil com o início da atividade profissional. Em 2018, 35% dos nascidos vivos tinham mães entre 30 e 44 anos (IBGE, 2018). O que significa mulheres jovens, escolhendo sua carreira e talvez constituindo família ao mesmo tempo. A presença masculina aumenta com a idade, enquanto com as mulheres acontece o contrário. Nas faixas etárias seguintes, a participação dos homens ainda é sempre maior. Consequência da entrada e do aumento das mulheres na medicina ter ocorrido mais tardiamente na História.

A diferença entre a proporção de homens e mulheres na medicina vem caindo a cada ano. No Brasil, a maioria dos novos registros médicos são de mulheres desde 2009. Esses dados apontam para uma crescente participação das mulheres na categoria médica no país, acompanhando a tendência mundial de feminização da medicina (SCHEFFER et al., 2020). Essa mudança no perfil demográfico, poderá influenciar no futuro da profissão médica, no modelo de cuidado de pacientes e na organização do sistema de saúde (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013).

O cenário demográfico da MFC no Brasil apresenta distribuição semelhante da medicina em geral. Dos 7.149 médicos de família e comunidade em 2020, 41,7% eram homens e 58,3% mulheres. A maior concentração está na faixa entre os 35 e 39 anos, e a média de idade é de 41,7 anos (SCHEFFER et al., 2020). Mesmo não tendo sido feita a estratificação da faixa etária por sexo na demografia médica, ainda representa a faixa etária de maior fertilidade no país (IBGE, 2018).

1.4.2 A prática médica sob uma perspectiva de gênero

As mulheres são usuárias frequentes dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), sendo um importante contingente populacional em termos de doenças crônicas e rastreamentos. De acordo com estimativas da Pesquisa Nacional em Saúde de 2019, a proporção de mulheres que consultaram um médico (82,3%) foi superior à dos homens (69,4%) (IBGE, 2020).

O olhar empático para as queixas dessas mulheres que buscam os serviços de saúde é fundamental, por exemplo, para a identificação de situações de violência íntima, visto que muitas vezes as mulheres procuram o serviço de APS com queixas diversas, e a situação de violência não é identificada tanto pelo profissional quanto pela própria paciente (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010). A figura feminina na linha de frente do sistema de saúde pode ser um facilitador do acesso de vítimas de violência doméstica e do reconhecimento desses casos.

Um editorial do *The Lancet* (2019), postou que a equidade de gênero no trabalho é responsabilidade de todos, homens, mulheres e nações, nas diferentes profissões, inclusive na medicina, e é crucial para proporcionar o melhor cuidado para os pacientes.

Existem evidências de que homens e mulheres praticam a medicina de forma diferente. O gênero do médico pode afetar a relação médico-paciente de várias maneiras. As diferenças de gênero incidentes na personalidade e atitude do médico, principalmente em relação a papéis de gênero, podem influenciar a interação com pacientes de ambos os sexos e nas relações de status entre o paciente e o médico. Sendo o gênero um componente importante do status social, os pares médico-paciente do mesmo gênero podem apresentar status sociais mais próximos (maior congruência) do que pares com gêneros opostos. E a congruência pode facilitar a comunicação e o entendimento mútuo (FRANKS; BERTAKIS, 2003).

Já foi demonstrado que em relação aos colegas médicos homens, as médicas aderem mais aos protocolos clínicos, oferecem cuidados preventivos mais frequentemente (particularmente para pacientes mulheres) e maior apoio psicológico. Além disso, estudo recente mostrou que os pacientes que foram vistos por internistas mulheres tiveram uma mortalidade em 30 dias menor do que os pacientes assistidos por médicos homens, assim como menores taxas de readmissão hospitalar (TSUGAWA; JENA; FIGUEROA, 2017).

Na APS, estudos sugerem que, comparadas aos médicos, as médicas praticam mais a medicina baseada em evidências, realizam exames padronizados de forma igual ou melhor e usam mais a comunicação centrada no paciente (TSUGAWA; JENA; FIGUEROA, 2017).

Além disso, pacientes de médicas na APS frequentam menos emergências do que os pacientes de médicos homens no mesmo cenário (DAHROUGE et al., 2016).

Alguns autores colocam que as médicas são mais propensas a harmonizar a relação médico paciente do que médicos homens, por promoverem uma comunicação mais democrática, relacionamentos mais colaborativos e envolver mais os pacientes na tomada de decisão (ROTER; HALL; AOKI, 2002). Uma revisão feita por Levinson e Lurie (2004), mostrou ainda que condutas e práticas das médicas podem ter uma melhor eficácia das ações preventivas, se adequam mais facilmente às equipes multidisciplinares de saúde, otimizam recursos, incorporam menos tecnologias desnecessárias, atendem mais adequadamente populações vulneráveis e possuem melhor competência cultural.

Ter filhos também impacta de forma diferente na carreira médica de homens e de mulheres. De um modo geral, médicos homens e mulheres que possuem filhos apresentam taxas de emprego menores. Médicas com filhos apresentam menos qualificação profissional, trabalham menos em hospitais e instituições de pesquisa e mais frequentemente escolhem atuar na APS, no campo da MFC e com horário de trabalho reduzido (BUDDEBERG-FISCHER et al., 2010). Mulheres na academia médica que possuem filhos apresentam menos publicações, menos progressão acadêmica e menos satisfação com a carreira do que os médicos homens que possuem filhos (ROBINSON, 2004).

Apesar das evidências que sugerem que médicas proporcionam um cuidado de alta qualidade, alguns autores argumentam que as interrupções na carreira devido à gravidez e diminuição da carga horária de trabalho, a divisão de responsabilidade entre o trabalho e a casa pode comprometer a qualidade do cuidado prestado e justificar as diferenças salariais (TSUGAWA; JENA; FIGUEROA, 2017).

Estudos sobre satisfação profissional de mulheres médicas nos Estados Unidos da América, encontraram que apesar da carga horária, menor controle do trabalho e a crença de que a maternidade estagnou suas carreiras, 81% das mulheres da academia americana de medicina estavam satisfeitas com suas carreiras. Algumas explicações foram aventadas para esses altos níveis de satisfação profissional entre as mulheres, apesar dos múltiplos estressores, como a sugestão de que mulheres possuem menores expectativas em relação ao trabalho do que homens, são socialmente acostumadas a não expressar descontentamento e valorizam características diferentes em uma carreira do que homens (ROBINSON, 2004).

Em pesquisa sobre o perfil dos médicos no Brasil, foi observado que, dentro da medicina, as mulheres sofrem discriminações sociais, por vezes sutis, por parte dos colegas e da sociedade. Os depoimentos registrados nesta pesquisa possibilitaram afirmar que “elas

sofrem preconceitos, obstáculos familiares e sociais para exercer a profissão” (MACHADO, 1997, p 153). Isso poderia explicar a preferência por áreas com uma certa conjugação entre as funções “domésticas” e as “profissionais”. No mesmo estudo, 21,6% das médicas relataram que o fato de ser mulher influenciou a escolha da especialidade a ser exercida, ressaltando “questões relacionadas à discriminação e preconceito sociais, assim, as médicas escolhem especialidades que asseguram boa aceitação da clientela e reconhecimento profissional junto aos colegas” (MACHADO, 1997, p 156). Descrever apenas as mudanças no perfil demográfico dos médicos não é suficiente, é também preciso analisar os efeitos das relações de gênero nas escolhas, na atuação cotidiana e também como essas mudanças têm impactado na profissão médica (MINELLA, 2017).

Recentemente ocorreu no Japão, um caso claro de discriminação intitucional contra mulheres. Nesse país, em 2018, revelou-se esquema de uma renomada faculdade de medicina ter fraudado nos últimos 12 anos o resultado do processo seletivo de entrada de jovens candidatas mulheres, com a finalidade de limitar a entrada de apenas 30% de mulheres entre os graduandos de Medicina (LOVETT; ROSS, 2018). O mercado de trabalho para médicos no Japão se tornou muito duro desde a década de 80, e ao invés de investir em mudanças estruturais para melhorar o sistema, essa instituição decidiu selecionar candidatos os quais teriam mais chances de permanecer no mercado - evitando mulheres e mães e desrespeitando valores como respeito e igualdade.

Dentro do contexto demográfico e social atual da medicina, entender como essas mulheres médicas mães são influenciadas pelo seu ciclo de vida e como essa influência se relaciona com a forma como desempenham a profissão é de grande valor, para que esse potencial seja mais bem explorado.

Pedrosa (2005, p1) salienta que no campo da saúde da mulher, para aplicação efetiva do conceito de integralidade, é necessário “transformar a tradicional abordagem baseada nas características anatomo-fisiológicas do corpo feminino em uma condição direcionada para as questões referentes às peculiaridades de gênero”. A abordagem das questões relacionadas ao gênero, precisa ser ensinada na graduação, compreendida e incorporada por gestores e profissionais de saúde.

Os serviços formadores de profissionais da saúde precisam se reorganizar para formar profissionais que forneçam uma atenção integral e humana, e não apenas focados em conteúdos biológicos. A formação médica, ainda se baseia no modelo cartesiano com conceitos flexnerianos, não incorporando completamente os saberes das áreas humanas e sociais como também determinantes de saúde, como por exemplo, a questão do gênero.

1.4.3 As médicas na Medicina de Família e Comunidade

Sistemas de saúde organizados através da APS são comprovadamente mais eficientes e eficazes na prestação de um serviço integral e de qualidade à população, e produz melhores desfechos em saúde, tanto curativos, quanto preventivos. A MFC é a especialidade médica preferencial para o trabalho na APS (STARFIELD, 1994, 2004).

Segundo a definição da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), os médicos de família são médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou afecção. Cuidam de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes (WONCA, 2002).

Para McWhinney:

O médico de família dá importância aos aspectos subjetivos da medicina. Durante anos, a medicina foi tomada por uma abordagem estritamente objetiva e positivista dos problemas de saúde. Para os médicos de família e comunidade, essa abordagem sempre teve de ser conciliada com a sensibilidade aos sentimentos e o entendimento dos relacionamentos. Para entender os relacionamentos, é preciso conhecer as emoções, inclusive nossas próprias. Em consequência, medicina de família e comunidade deve ser uma prática de autorreflexão. (FREEMAN, 2010, pág 28).

Algumas pesquisas descrevem que o médico de família e comunidade em geral é uma pessoa que reconhece a importância da APS e que possui baixas expectativas de retorno financeiro e prestígio através da profissão (DE SOUZA et al., 2015; SENF; CAMPOS-OUTCALT; KUTOB, 2003). Nesse sentido, a escolha de mulheres pela MFC pode ser corroborada por estudo no qual se identificou que muitas jovens mulheres escolhem ser médicas porque querem tratar pacientes, em contraponto à aspiração de ascensão profissional de jovens médicos homens e que, para as mulheres, a empatia é mais importante do que o prestígio profissional (BUDDEBERG-FISCHER et al., 2010). A tendência sócio-demográfica dos médicos e médicas associada às características da atuação profissional das mulheres na medicina, como não trabalhar à noite, finais de semana nem feriados, e um horário de trabalho algo previsível, faz da MFC e da APS cenários de trabalho expressivos para as médicas que possuem filhos.

Na MFC, têm sido feitas algumas iniciativas para promover o papel das mulheres na especialidade. A WONCA desde 2001 possui um Grupo de Trabalho (GT) de Mulheres na

Medicina de Família, o *WONCA Working Party on Women and Family Medicine* (WWPWFM), como um iniciador de políticas em equidade de gênero.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) é membro da WONCA, e também desenvolve vários Grupos de Trabalho, dentre os quais o “GT Mulheres na MFC”, criado em 2016, com a proposta de discutir a inserção de mulheres na especialidade e planejar ações para romper as limitações do mercado de trabalho e expandir a participação das médicas de família e comunidade rumo à equidade de gênero nos espaços representativos. Conforme exposto, comunicação, empatia, cuidado e trabalho em equipe são características da MFC que apresentam diferenças na atuação médica relacionadas ao gênero. Isso nos leva à reflexão se uma expressão típica do gênero feminino como a maternidade também apresentaria suas influências na atuação profissional de mulheres médicas na Medicina de Família e Comunidade.

A presença de mulheres nas áreas de saúde da criança, saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva permanece como um lugar-comum para as médicas, tornando a MFC atrativa para médicas mulheres.

2 JUSTIFICATIVA

A maternidade é um tema presente na vida de muitas mulheres, por ser desejada e vivida, ou não ser (SMEHA; CALVANO, 2017). Por muito tempo, ser esposa e mãe foi o principal papel da mulher na sociedade. No entanto, as mudanças sócio-culturais, principalmente das últimas cinco décadas, possibilitaram que as mulheres conquistassem outros lugares na sociedade. A entrada no mercado de trabalho, fez com que as mulheres assumissem novas responsabilidades e desafios para conciliar os papéis de mãe e profissional.

Hoje as mulheres representam a maioria entre algumas categorias profissionais, e é assim com a medicina de família e comunidade. Perceber as singularidades dessa significativa força de trabalho pelo seu “lugar de fala” é fundamental para organização do sistema de saúde de forma que essas médicas alcancem seu melhor desempenho profissional e pessoal.

Ainda que estejam surgindo vários estudos sobre as diferenças de gênero na atuação médica e suas repercussões e desfechos em pacientes e em serviços de saúde, pouco foi explorado sob a ótica das próprias médicas, como experimentam e percebem essas diferenças, principalmente na relação entre maternidade e atuação profissional.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Explorar as percepções das médicas de família e comunidade da relação entre a maternidade e a atividade profissional

3.2 Específicos

- a) Descrever características sociodemográficas de médicas de família egressas nos últimos 6 anos da residência de MFC no município do Rio de Janeiro;
- b) Identificar se e como fatores do processo e do ambiente de trabalho influenciam e são influenciados na relação entre o trabalho e a maternidade;
- c) Analisar as perspectivas sobre a vida profissional a partir do lugar de ser mãe;
- d) Explorar possíveis competências e atitudes da MFC desenvolvidas a partir da maternidade.

4 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos deste trabalho, com base nos conhecimentos adquiridos na revisão teórica, foi realizado um estudo exploratório quanti-qualitativo.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (SILVEIRA; GERHARDT, 2009). Segundo Minayo (2001, p 14), “toda investigação inicia por um problema com uma questão, com uma dúvida ou com uma pergunta, articuladas a conhecimentos anteriores, mas que também podem demandar a criação de novos referenciais”.

A parte quantitativa desta pesquisa constou da aplicação de um formulário eletrônico, cujo objetivo era mapear algumas características gerais das médicas de família egressas do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS-RJ) e identificar as possíveis candidatas para as entrevistas, dentre aquelas que responderam terem sido mães durante a formação ou após.

O questionário eletrônico aplicado utilizou a ferramenta Google Forms. Este continha perguntas fechadas, e sem necessidade de identificação das respondentes. O formulário foi enviado por email para 332 médicas de família egressas do PRMFC-SMS-RJ desde a conclusão de sua primeira turma em fevereiro de 2014, até a turma que concluiu o programa em fevereiro de 2020. Os contatos foram fornecidos pela secretaria do programa. Os formulários foram enviados por 3 vezes para essa lista de emails, convidando a participar da pesquisa. A escolha por enviar o formulário para as egressas do PRMFC-SMS-RJ, deveu-se por este ser o maior programa de residência médica (RM) em MFC do país, portanto, constitui-se em uma amostra significativa dos egressos na RM dessa especialidade.

As questões do formulário foram relativas à raça, idade, ano da graduação em medicina, ano da conclusão da residência em MFC, local de moradia, formação complementar, vínculo(s) empregatício(s) atual(is), carga horária de trabalho e tipo de atividade exercida. Para as médicas que possuíam filhos, havia questões sobre o número e idade do(s) filho(s), licença-maternidade. No início da aplicação do formulário eletrônico constava um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sobre essa fase da pesquisa. O questionário completo com seu respectivo TCLE se encontra no apêndice 1.

Foram selecionadas para a fase de entrevistas as médicas que possuíam filhos e indicaram no formulário eletrônico o aceite participar da pesquisa. Após a sinalização do aceite, foi realizado contato telefônico para confirmação e agendamento da data da entrevista. Já nessa

fase, foi possível identificar uma particularidade do grupo a ser entrevistado, pois muitas vezes o cancelamento das entrevistas se deu por conta de alguma reorganização da agenda da entrevistada por necessidade de atenção por parte dos filhos.

Foram entrevistadas, aquelas com as quais foi possível cumprir o agendamento após 3 tentativas. No início de cada entrevista, foi apresentado um novo TCLE sobre os objetivos desta fase de entrevistas da pesquisa. O TCLE para as entrevistas foi enviado por via eletrônica e assinado com a identidade digital do e-mail pessoal das entrevistadas. O TCLE para a fase das entrevistas encontra-se no Apêndice 2.

O agendamento das entrevistas encerrou-se quando percebida a saturação dos temas, em suas temáticas e perspectivas. Conforme propõe Minayo (2017, p 10), a amostra em pesquisa qualitativa deve considerar um número suficiente de interlocutores que propicie reincidência e complementaridade das informações, e que “o que precisa prevalecer é a certeza do pesquisador, mesmo que provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo - que também é sujeito - em todas as suas conexões e interconexões”.

As entrevistas on-line foram conduzidas por um roteiro semi-estruturado, e deram-se através de aplicativos comuns de conversa por vídeo gratuitos. A realização das entrevistas ocorreu de forma virtual devido à necessidade de cumprimento das orientações de distanciamento social impostas pela pandemia de SARS-COVID-19 e a possibilidade de abranger médicas que moravam e trabalhavam em outras cidades do país.

O roteiro das entrevistas foi elaborado a partir das reflexões oriundas da revisão literária e pela convergência deste contexto teórico com as principais perguntas disparadoras que fizeram parte do processo de planejamento desta pesquisa, como:

- a) Você acha que a maternidade teve impacto no seu trabalho e na sua carreira como médica de família em comunidade ou em geral?
- b) Você acha que a maternidade mudou sua forma de praticar a medicina em geral? E a forma de praticar a MFC?
- c) Se sim, o que você acha que mudou?
- d) Você acha que a maternidade teve influência nas suas competências, habilidades e atitudes como médica? Em que sentido?
- e) Quais você considera os maiores desafios de uma médica de família que é mãe?

A emergência de estudos não presenciais demonstrou que alternativas para os encontros presenciais expande as oportunidades de inclusão nos estudos, reduzindo ameaças para a mostra, como barreiras de deslocamento, tempo e custos da pesquisa. Apesar de as conexões

peçoais poderem resultar em dados mais ricos, existe alguma evidência de que a falta de presença nem sempre compromete a qualidade das interações e que populações habituadas a interações online ficam confortáveis de serem entrevistadas dessa maneira (DAVIES et al., 2020). O fato de o encontro ter se dado em meio virtual, facilitou os agendamentos, principalmente para aquelas com filhos pequenos.

Durante a realização das entrevistas, os áudios foram gravados e posteriormente transcritos. Foi realizada as transcrições e, em seguida, a análise temática de acordo com as perspectivas metodológicas de Bardin (2016). A leitura flutuante e repetitiva das entrevistas possibilitou a identificação de alguns temas inter-relacionados, muitas vezes na mesma fala, e a percepção de alguns temas que se repetiam em falas variadas e nas entrevistas como um todo. Este material originou uma planilha com os principais temas identificados e as falas correspondentes de cada um deles. Algumas falas se encaixaram em mais de um tema, neste caso, essas falas foram categorizadas de acordo com o tema mais prevalente no contexto em que a fala foi feita durante a entrevista. Com base nessa identificação e classificação, foi realizado o processo de categorização e interpretação das entrevistas, que relacionou os temas emergentes nas falas com os objetivos do trabalho e o referencial teórico.

Desta forma, foi possível identificar 3 principais categorias semânticas.

- a) sentimentos e valores desenvolvidos a partir da maternidade
- b) mudanças na prática médica
- c) a relação com o trabalho e com a carreira

A seguir serão apresentados os resultados e discussão. Os resultados foram divididos em um perfil geral das médicas de família e comunidade, com um paralelo entre aquelas que tem filhos e aquelas que não tem; um perfil das mulheres entrevistadas e as percepções dessas médicas que são mães e foram entrevistadas. Em seguida, são apresentadas e discutidas as categorias temáticas identificadas nas entrevistas.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 33438920.6.0000.5259.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil das mulheres egressas do prmfc-sms-rj respondentes ao formulário eletrônico

O PRMFC-SMS-RJ atualmente é o maior programa de residência em MFC do Brasil. Foi criado em 2012 e, desde a conclusão de sua 1ª turma em 2014 até fevereiro de 2020, formou 478 médicos e médicas de família. De acordo com a lista de contatos fornecida pela secretaria do programa, do total de egressos, 332 (69%) foram mulheres, sendo as mulheres uma média de 70% dos formandos de cada ano. Representa uma grande concentração de mulheres, em consonância com a demografia médica de 2020, a qual demonstrou que, no Brasil, as mulheres são 58,3% dentre os médicos de família e comunidade (SCHEFFER et al., 2020).

O formulário eletrônico foi enviado para todas 332 médicas de família e comunidade oriundas do PRMFC-SMS-RJ, e algumas dessas médicas encaminharam o formulário para outras médicas egressas de outros programas. Houve 166 respostas ao questionário eletrônico, representando pelo menos 50% do número inicial de encaminhamento do formulário. As respostas do formulário eletrônico foram sistematizadas e submetidas a uma análise simples de prevalências. Para interpretação dos cruzamentos entre esses dados, seria necessária uma análise estatística aprofundada, no entanto essa não se constituiu em um objetivo deste trabalho.

Em relação aos dados demográficos, a maioria das médicas era branca (80%) e encontrava-se nas idades entre 30 e 35 anos (46%), seguindo a tendência brasileira da especialidade, segundo a demografia médica (SCHEFFER et al., 2020). Dentre as 166 respondentes, 56 tinham filhos (32,5%).

Das respondentes, a maioria (66,9%) ainda morava no município do Rio de Janeiro, ou em outro município do estado do RJ. O segundo estado onde havia mais egressas no momento da pesquisa foi São Paulo. Os principais locais de moradia se localizaram nos estados de RJ e SP, refletindo a concentração em grandes centros urbanos, particularmente, na região sudeste. A demografia médica de 2020 também demonstrou a concentração dos médicos de família nas regiões Sudeste (44,2%) e Sul (29,1%) (SCHEFFER et al., 2020).

Em relação a com quem moravam, a maioria morava com só com o companheiro, ou com o companheiro e os filhos, apesar de terem apresentações diversas da composição do núcleo familiar de moradia. Cerca de 10% moravam sozinhas, e um percentual de 20% residiam

com mãe e/ou pai, refletindo a tendência das famílias de classe média, nas quais os filhos saem de casa já na vida adulta.

As prevalências das características demográficas estão apresentadas na tabela 1.

O ano da graduação em medicina variou de 1995 a 2017, tendo sido a maioria entre 2014 e 2017 (60,8%), sendo a mediana em 2015. A distribuição das respondentes entre os anos de conclusão da residência foi uniforme, tendo sido a maioria dos anos de 2018 e 2019 (juntos, 46%). Há que se considerar que o PRMFC-SMS-RJ teve um aumento considerável das vagas ofertadas depois de 2015, seguindo a expansão da APS no Rio de Janeiro (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

A diferença entre o ano de graduação e o ano de conclusão da residência foi entre 19 e 2 anos, com média de 3,78 anos. Considerando a duração de 2 anos da RM em MFC, pode-se dizer que a graduação ocorreu em média no ano anterior ao ano do ingresso na residência. A maior parte dessas médicas se graduou em medicina a partir de 2011, significando, na maioria, o ingresso na residência no ano seguinte à formatura.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das médicas de família e comunidade

Características	TOTAL (n = 166)		médicas sem filhos (n = 110)			médicas com filhos (n = 56)		
	n	%	n	% do total	% das médicas sem filhos	n	% do total	% das médicas com filhos
Idade								
25-30 anos	54	33%	47	28%	43%	7	4%	0,1%
30-35 anos	77	46%	43	26%	39%	34	20%	0,4%
> 35 anos	35	21%	20	12%	18%	15	9%	0,2%
Raça								
Branca	133	80%	93	56%	85%	45	27%	80%
Parda	18	11%	11	7%	10%	7	4%	13%
Preta	13	8%	4	2%	4%	4	2%	7%
Outra	2	1%	2	1%	2%	0	-	-
Local atual de moradia (Região)								
Norte	2	1%	2	1%	2%	0	-	-
Nordeste	8	5%	3	2%	3%	5	3%	9%
Centro-Oeste	6	4%	4	2%	4%	2	1%	4%
Sudeste	141	85%	95	57%	86%	46	28%	82%
Sul	7	4%	5	3%	5%	2	1%	4%
Fora do Brasil	2	1%	1	1%	1%	1	1%	2%
Com quem mora								
sozinha	17	10%	17	10%	15%	0	-	-
com amigo(a)(s)	9	5%	9	5%	8%	0	-	-
pais (e outros familiares)	21	13%	21	13%	19%	0	-	-
companheiro(a)	62	37%	62	37%	56%	0	-	-
companheiro(a) e outros familiares	1	1%	1	1%	1%	0	-	-
companheiro e filho(s)	49	30%	0	-	-	49	30%	88%

companheiro, filho(s) e outros	4	2%	0	-	-	4	2%	7%
filho(s)	2	1%	0	-	-	2	1%	4%
filho(s) e outro(s) familiares	1	1%	0	-	-	1	1%	2%

Fonte: A autora, 2021.

Do total das respondentes, 14 realizaram residência em outra área após a residência em MFC. O grupo de mulheres com filhos realizou, em média, maior quantidade de formações complementares após a residência do que as médicas sem filhos (média das médicas com filhos 1 *versus* média das médicas sem filhos 0,92). É importante levar-se em consideração que o grupo de médicas com filhos terminou a residência em MFC levemente antes do que as que não tem filhos, a média do ano de conclusão da residência das médicas que têm filhos foi 2016,6 *versus* a média de 2017,8 dentre as que não possuem filhos. No total, apenas 1 realizou doutorado.

As características relacionadas à formação estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 - Características das médicas de família e comunidade em relação à formação

Característica	TOTAL (n = 166)		médicas sem filhos (n = 110)			médicas com filhos (n=56)		
	n	%	n	% do total	% das médicas sem filhos	n	% do total	% das médicas com filhos
Ano de Graduação em Medicina								
antes de 2005	4	2%	2	1%	2%	2	1%	4%
2006-2009	6	4%	2	1%	2%	4	2%	7%
2010-2013	55	33%	30	18%	27%	25	15%	45%
2014-2017	101	61%	76	46%	69%	25	15%	45%
Ano de conclusão na residência em MFC								
2014	24	14%	11	7%	10%	13	8%	23%
2015 -2016	27	16%	16	10%	15%	11	7%	20%
2017 - 2018	52	31%	30	18%	27%	22	13%	39%
2019 - 2020	63	38%	53	32%	48%	10	6%	18%
Educação Continuada (pelo menos 1)*								

Mestrado	20	12%	10	6%	9%	10	6%	18%
Doutorado	1	0,6%	1	1%	1%	0	-	-
Residência em outra área	14	8%	12	7%	11%	2	1%	4%
Outra	111	67%	77	46%	70%	44	27%	79%
Nenhuma	42	25%	31	19%	28%	11	7%	20%

* Foi contabilizado o número total de vezes que cada alternativa foi assinalada. A pergunta possibilitava marcar mais de uma alternativa.

Fonte: A autora, 2021.

Quanto ao trabalho atual, 7,2% dessas médicas não estavam trabalhando, e a maioria das que trabalhavam possuíam apenas 1 vínculo empregatício (42,8%), entre estas, 62,9% tinham contrato celetista. Dentre as mulheres que possuíam 3 ou mais vínculos de trabalho, 68,8% possuíam pelo menos 1 dos vínculos como celetista. Os tipos de vínculo citados incluíram CLT, RPA/PJ, funcionária pública, bolsista e contrato de trabalho não CLT. Esses outros tipos de vínculos trabalhistas mais precários somados foram de 23% (naquelas que possuem apenas 1 vínculo empregatício).

Quanto a carga horária semanal de trabalho remunerado, a variação foi entre 10 e 88 horas, com uma média de 42,19 horas. Dentre as médicas que tinham filhos a média foi 39 horas, e dentre as médicas que não tinham filhos, a carga horária média foi de 43 horas semanais.

Dentre as que possuem atividade laboral remunerada, a maioria exerce atividade assistencial em pelo menos 1 dos vínculos empregatício, seguidas das que não exercem atividade assistencial nem docente e daquelas que exercem atividade de preceptoria de RM em MFC.

As características relacionadas ao trabalho estão apresentadas na tabela 3.

Por fim, dentre aquelas médicas que têm filhos, a maioria tem 1 filho (46%), com a idade do filho único ou do filho mais velho entre 2 e 5 anos. Há que se considerar que a maioria das respondentes concluiu a residência entre 2018 e 2019, então algumas tiveram filhos antes do ingresso ou da conclusão da residência.

A maioria das médicas com filhos desfrutou de licença-maternidade remunerada (82%), e destas, a maioria pode ficar apenas os 4 meses regulares em licença-maternidade. Refletindo a persistência da falta de políticas sociais de apoio à maternidade, mesmo em profissões da saúde. Atualmente, 8 médicas com filhos não possuem vínculo empregatício. Dentre as que têm

vínculo de emprego, a maioria conta com familiares para o cuidado dos filhos enquanto estão trabalhando, seguidas pelas que deixam os filhos apenas em creches.

As características relacionadas à maternidade estão listadas na tabela 4.

Tabela 3 -Características das médicas de família e comunidade em relação ao trabalho

Característica	TOTAL (n=166)		médicas sem filhos (n=110)			médicas com filhos (n=56)		
	n	%	n	% do total	% das médicas sem filhos	n	% do total	% das médicas com filhos
Possui vínculo empregatício ou trabalho atual								
Sim	154	93%	106	64%	96%	48	29%	86%
Não	12	7%	4	2%	4%	8	5%	14%
Carga horária semanal de trabalho remunerado (das que possuem vínculo empregatício)								
	(n=154)		(n=106)		(n=106)		(n=48)	
até 20h	5	3%	2	1%	2%	3	2%	6%
20-39h	30	19%	18	12%	17%	12	8%	25%
40-49h	81	53%	57	37%	54%	24	16%	50%
50h ou mais	38	25%	29	19%	27%	9	6%	19%
Tipo de atividade exercida (em pelo menos 1 vínculo)								
	(n=154)		(n=106)		(n=106)		(n=48)	
Assistencial	65	42%	37	24%	35%	22	14%	46%
Docente de Graduação	34	22%	17	11%	16%	17	11%	35%
Docente de pós Graduação	5	3%	2	1%	2%	3	2%	6%
Preceptoria de residência	44	29%	34	22%	32%	10	6%	21%
Não exerce atividade docente nem assistencial	53	34%	37	24%	35%	11	7%	23%
Quantidade de vínculos de trabalho (das que possuem vínculo empregatício)								
	(n=154)		(n=106)		(n=106)		(n=48)	
1 vínculo	70	45%	56	36%	53%	14	9%	29%
2 vínculos	55	36%	28	18%	26%	27	18%	56%
3 ou mais vínculos	29	19%	22	14%	21%	7	5%	15%
Tipo de vínculo de trabalho (das que possuem apenas 1 vínculo)								
	(n=70)		(n=56)		(n=56)		(n=14)	
CLT	44	63%	36	51%	64%	8	11%	57%
Funcionária Pública	10	14%	8	11%	14%	2	3%	14%
Outro(s) vínculo(s)	16	23%	12	17%	21%	4	6%	29%

Fonte: A autora, 2021.

Tabela 4 - Características das médicas de família e comunidade em relação à maternidade

Característica	TOTAL (n=56)	%
Número de Filhos		
1	26	46%
2	20	36%
3 ou mais	1	2%
Idade do filho ou do filho mais velho		
até 5 meses	6	11%
6m a 12 meses	7	13%
12 a 24 meses	14	25%
24 meses a 5 anos	22	39%
maior do que 6	7	13%
Duração da licença-maternidade		
4 meses	29	52%
6 meses	17	30%
não teve licença-maternidade remunerada	10	18%
Seu(s) filho(s) ficam com quem durante o dia enquanto você está no emprego?		
	(n=48)	
só na creche	8	17%
só pai	5	10%
só familiares	12	25%
só babá	6	13%
creche e babá	2	4%
creche e pai	2	4%
creche e familiares	2	4%
babá e pai	2	4%
babá e familiares	1	2%
pai e familiares	2	4%
mais de 2 opções	6	13%

Fonte: A autora, 2021.

5.2 Descrição das características objetivas das médicas que foram entrevistadas

Das 56 médicas com filhos que responderam ao formulário online, 34 (75%) aceitaram participar das entrevistas. Dessas, 17 foram entrevistadas.

As médicas que foram entrevistadas eram concluintes da residência em MFC desde 2014. Este grupo constituiu-se majoritariamente de mulheres entre 30-35 anos, com no máximo 6 anos de experiência na MFC.

A maioria (10), concluiu o PRMFC em 2014 e 2015, atualmente mora no Rio de Janeiro (8) e possui apenas um vínculo de trabalho (6), este em formato CLT. A maioria (8) atua no mesmo vínculo de trabalho há 1 ou 2 anos. Apenas uma das entrevistadas atualmente não possui vínculo empregatício. A carga horária de trabalho remunerado dessas mulheres variou de 10 a 52 horas semanais, com a maioria (7) trabalhando 40h semanais, com uma média total de aproximadamente 36 horas semanais. Considerando os locais de atuação, apenas 6 atuavam exclusivamente na APS do Sistema Único de Saúde (SUS), como servidoras públicas (4) ou preceptoras de RM em MFC (2), e outras 5 atuavam em ambulatórios na saúde suplementar. Outros trabalhos foram professora universitária, intensivista e médica de teleatendimento.

Apenas 1 morava somente com o filho, todas as outras moravam com o companheiro e o(s) filho(s), Apenas 4 tinham 2 filhos, as outras todas possuíam só 1 filho. Dentre as entrevistadas, a idade do filho único ou do mais velho variou de 2 meses a 8 anos. Apenas 1 não teve licença-maternidade remunerada.

Em relação à educação continuada, apenas 1 não realizou nenhuma formação após o término da residência. Dentre as outras, 5 realizaram mestrado. Considerando que dessa amostra das entrevistadas a maioria (10) concluiu a residência em 2014 e 2015, as outras 7 talvez não tenham tido tempo hábil para a conclusão de alguma pós-graduação após a residência.

Sobre o cuidado dos filhos enquanto estão trabalhando, a rede de apoio variou entre creche ou escola, pai da criança, cuidadora remunerada e avós. A maioria contando com mais de uma opção. Apenas 2 ficam apenas na creche ou escola durante o horário de trabalho da mãe, e apenas 1 fica só com o pai.

6 AS PERCEPÇÕES RELATADAS PELAS MÉDICAS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE QUE SÃO MÃES

Segundo Paes (2018), o termo “lugar de fala” tem sido utilizado nos debates de movimentos sociais feministas, raciais e LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros), e pode dar pistas para compreendermos o porquê de ser importante considerar os lugares ocupados por homens e mulheres na estrutura social e como isso se reproduz no cotidiano dos serviços de saúde.

Após responderem o questionário eletrônico, das 56 médicas de família que são mães, 35 aceitaram participar da entrevista, mostrando o interesse e a relevância do tema para essas mulheres. As entrevistadas sentiram-se agradecidas pela oportunidade de fala e referiram nunca terem sido abordadas ou questionadas sobre o tema.

“Eu adorei o seu projeto, quando eu vi o título, falei ‘gente, eu nunca tinha pensado nessas coisas”, MFC 15.

Eu achei muito legal estudar esse tipo de tema! Eu acho que só quem passa por isso que resolve ficar atenta a essas situações né. De ser mãe e médica, e ter que conciliar tudo, e ver a mudança que acontece e poxa, vamos estudar, o que pode mudar. Eu gostei. Fiquei feliz de participar. MFC 7

6.1 As entrevistadas

Foram 17 entrevistadas, escolhidas por ordem de aceite, até a saturação dos temas abrangidos nas respostas. Algumas entrevistas ocorreram enquanto o bebê estava dormindo, mamando, no colo, ou brincando próximo da mãe; outras se deram durante algum intervalo durante o turno de trabalho.

A seguir, um perfil das entrevistadas, preservando suas identidades. Para preservar as identidades, os nomes das entrevistadas foram modificados, bem como foi utilizado o substantivo “filho” na forma gramatical neutra ao se tratar de filhos meninos ou meninas das entrevistadas.

- MFC 1: 29 anos, formou-se na residência em 2019. Filho nasceu em 2019, tem 1 ano, engravidou bem no final da residência, uma gestação planejada. Mora em Fortaleza. Iniciaria trabalho na saúde suplementar 10h/semana em 1 semana após a entrevista, vínculo por RPA.
- MFC 2: 33 anos, formou-se na residência em 2017. Filho nasceu em 2020, tem 5 meses. Mora no Rio de Janeiro. Trabalha na saúde suplementar, 20h/semana, está de férias, que emendou na licença-maternidade, e prestes a retornar ao trabalho.
- MFC 3: 34 anos, formou-se na residência em 2015. Filho nasceu em 2018, tem 2 anos. Quando teve seu filho, trabalhava 40h como professora de uma universidade particular. Atualmente mora em Brasília, é servidora distrital médica de família na APS do DF, 40h/semana.
- MFC 4: 30 anos, formou-se na residência em 2018. Os filhos nasceram em 2017 e em 2018. Mora no Rio de Janeiro. Engravidou do 1ª filho durante o primeiro ano da residência, e do 2º filho logo após a conclusão da residência. Atualmente fazendo pós-graduação em outra área, e não exerce atividade remunerada.
- MFC 5: 32 anos, formou-se na residência em 2015. Filho nasceu em 2019, mora no Rio de Janeiro, trabalha como preceptora 20h/semana e faz mestrado profissional.
- MFC 6: 34 anos, formou-se na residência em 2014. Filho nasceu em 2019, tem 1 ano. Mora no Rio de Janeiro e trabalha como médica de família, servidora federal na Aeronáutica.
- MFC 7: 36 anos, formou-se na residência em 2017. Filho nasceu em 2020, tem 3 meses. Trabalha como servidora municipal na APS do SUS, e como professora de universidade privada na região litorânea do RJ. Está em licença maternidade de ambos os vínculos.
- MFC 8: 38 anos, formou-se na residência em 2014, Filhos de 6 anos, que nasceu logo após a conclusão da residência, e de 2 anos. Mora no Rio de Janeiro, trabalha como professora de universidade privada 40h/semana. Tem pós-graduação em outra área.
- MFC 9: 35 anos, formou-se na residência em 2014. Filho nasceu em 2019, tem 1 ano. Mora no Rio de Janeiro, trabalha como intensivista em UTI de hospital covid.
- MFC 10: 34 anos, formou-se na residência em 2018. Teve filho durante a faculdade de medicina em 2012, o filho tem 8 anos. Graduação prévia em outra área. Mora em São Luís/MA, trabalha na saúde suplementar. cursando mestrado.
- MFC 11: 34 anos, formou-se na residência em 2015. Filho nasceu em 2020, tem 2 meses. Mora em Florianópolis/SC, trabalha na APS do SUS, servidora municipal 40h/semanais, cumprindo a licença-maternidade, que incluindo as demais licenças, será de 10 meses.

- MFC 12: 36 anos, formou-se na residência em 2014. Filho nasceu em 2015, tem 5 anos. Mora no interior do RJ, trabalha como professora em universidade privada e como profissional liberal.
- MFC 13: 34 anos, formou-se na residência em 2015, teve o primeiro filho em 2016, tem 4 anos. Grávida do 2o filho. Trabalha 30h em ambulatório de APS na saúde suplementar.
- MFC 14: 31 anos, formou-se na residência em 2019. Teve seu filho em 2020, agora com 7 meses. Mora no Rio de Janeiro. Trabalha em teleatendimento da prefeitura 12h/semana e em faculdade privada em outro município, 4h/semana. cursando mestrado profissional.
- MFC 15: 31 anos, formou-se na residência em 2019. Teve seu filho em 2018, durante o segundo ano da residência, tem 2 anos. Trabalha como preceptora de residência de MFC 40h/semana. Faz pós-graduação em outra área.
- MFC 16: 37 anos, formou-se na residência em 2014, teve filho em 2015, tem 4 anos. Mora em Sorocaba/SP, trabalha como médica de família na saúde suplementar.
- MFC 17: 35 anos, formou-se na residência em 2014. Teve seu primeiro filho em 2015 e o segundo em 2020, os filhos tem 5 anos e 7 meses. Trabalha como docente de graduação e preceptora da residência em MFC de universidade federal em Salvador/BA 40h, é tutora do Programa Mais Médicos pelo Brasil pela mesma universidade.

Portanto, das 17 entrevistadas, 16 moravam com o companheiro e os filhos, 1 era solteira e residia com o filho, 1 não trabalhava. A maioria tinha só 1 filho, 3 delas tinham 2 filhos, e 1 estava grávida do 2o filho no momento da entrevista. No momento da entrevista, 3 encontravam-se em licença-maternidade.

A partir dos objetivos dessa pesquisa, a análise das falas das entrevistas e o referencial teórico, foi possível agrupar os temas que apareceram nas entrevistas nas principais categorias:

- a) mudanças pessoais trazidas pela maternidade: sentimentos e valores desenvolvidos a partir da maternidade
- b) mudanças na prática médica - saberes subjetivos e técnicos
- c) novas relações com o trabalho

Essas categorias se interseccionam e se relacionam em diversos temas e, muitas vezes, é difícil de abordá-las em separado.

6.2 Sentimentos e valores desenvolvidos a partir da maternidade

“Eu acho que pra dentro da minha vida foi uma revolução muito maior do que eu tava esperando”, MFC 9.

A maternidade acarreta uma imersão em um mundo novo, cheio de novos sentimentos e ressignificações (SOUZA, 2015). Segundo as entrevistadas, ocorreu uma reinvenção da própria vida da mãe, em função do filho que nasceu e uma nova eleição de prioridades. A reorganização da vida da mãe em função do que acredita ser o melhor para seus filhos foi uma unanimidade, mesmo para aquelas que não a reconheceram a princípio. Todas as entrevistadas aceitaram suas gestações, mesmo as menos planejadas, com inegável felicidade, que transparecia nas entrevistas ao falarem de seus filhos.

As entrevistadas expressaram a repercussão geral da maternidade em suas vidas, por vezes de forma mais impactante do que esperavam. Essa repercussão se deu em diversas áreas da vida - pessoal, conjugal, laboral - ao mesmo tempo, de forma que uma mudança em um aspecto esteve intimamente ligada às mudanças nas outras áreas. Surgiram novos sentimentos, novas percepções em relação às suas próprias vidas e um inevitável desejo de alcançarem a felicidade para seus filhos.

“Eu tô até tentando me lembrar da vida antes de ser mãe, porque mudou tanto!”, MFC 3

Percebe-se nas falas um sentimento de responsabilização completa pela vida do filho, o que afeta suas próprias escolhas e sentimentos, trazendo à tona a confluência dos conceitos de maternidade e maternagem (GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014). A situação do bem-estar do filho acima de qualquer outro aspecto da vida está nas entrelinhas, quando falaram sobre as escolhas principalmente relacionadas à moradia e trabalho. Dentre estes aspectos da vida e dos sentimentos que emergiram de suas falas, surgiram duas questões emblemáticas: a relação com o tempo e o sentimento de culpa.

6.2.1 A relação com o tempo

Algumas entrevistadas relataram uma mudança na sua relação com o tempo cronológico, um aproveitamento melhor dos momentos e, ao mesmo tempo, uma "desaceleração", como que respeitando o seu tempo, o tempo da criança e o tempo das outras pessoas, sobretudo seus pacientes.

“Eu acho que também tenho outra relação com o tempo. Eu dou mais valor ao tempo agora”, MFC 12.

“Acho que agora eu percebi que, nossa! Não existe horário pra comer, horário é quando a gente consegue”, MFC 1.

Por outro lado, notaram que há um melhor aproveitamento do tempo, principalmente quando estão sem os filhos, com o intuito de otimizar a compleição das tarefas do trabalho e da casa e satisfazer necessidades pessoais. A percepção diferente do tempo, também parece advir da ausência do trabalho, como regulador e determinante das horas.

O passar das horas, o aproveitamento do tempo para trabalhar, para estar com o filho e para estar com si própria. O tempo deixa de ter uma conotação puramente cronológica e passa a ter uma dimensão subjetiva. Esse sentimento apareceu muito ligado à solidão do período do puerpério, durante a licença maternidade, como uma imersão no tempo da maternidade.

Sentem essa percepção de “ter outro tempo” impactando nas suas relações, além da relação com os filhos, mas também na relação de escuta com seus pacientes e na relação com o trabalho em si.

[...]Eu estou mais calma, então eu examino melhor às vezes, mais tempo. Eu comecei a administrar o tempo melhor, até porque como mãe eu precisei agilizar o meu tempo. Hoje até durante as consultas eu percebo que eu melhorei meu tempo de consulta depois do [filho]. Até com relação a administração de tempo. (MFC 15)

O tempo também entrou na temática “desafios”, referindo-se a conciliá-lo entre o trabalho e os filhos. Lidar com a imprevisibilidade das questões do trabalho, como com as agendas dos pacientes e o horário de saída do trabalho é fator de angústia, que, antes da maternidade, não se configurava como penoso.

Antes eu não me importava de trabalhar depois do tempo, não me importava de chegar em casa e estudar, e continuar produzindo, eu achava até legal, porque...a gente faz porque gosta né. Mas depois começou a ficar um cabo de guerra entre o tempo que eu dedico ao trabalho, o tempo que eu fico longe do meu filho. (MFC 3)

Assim como a sensação de culpa de talvez faltar ao trabalho por motivo de doença dos filhos faz com que a sensação de obrigatoriedade de sempre necessitar dividir o tempo em (apenas) dois momentos primordiais - trabalho e filhos - deixa transparecer a sensação de trabalho infinito, em contrapartida com a finitude das horas.

E o mais difícil foi entender que eu não tinha mais 1 turno de trabalho, eu tenho 2 agora, eu tenho a jornada fora de casa, antes eu chegava, tomava banho, comia alguma coisa e dormia, ficava tranquila, ia ler. Agora eu não tenho mais esse tempo, então acaba me consumindo mais. Eu sinto que eu fico mais cansada, eu sinto que eu rendo menos no trabalho porque eu não tenho mais o mesmo pique de antes, eu não consigo manter uma atividade de leitura, é..., mais contínua. (MFC 6)

Estas percepções sobre a divisão do tempo entre o trabalho e a maternidade é um dos elementos que se realiza, por vezes, em sentimento de culpa

6.2.2 A Culpa Materna

O sentimento negativo mais nomeado foi o da culpa. Foi relatado um sentimento de culpa, principalmente relacionado ao retorno ao trabalho após a licença maternidade. “Nasce uma mãe, nasce uma culpa” (MFC 9). “O maior desafio é lidar com a culpa. Porque a culpa te acompanha em todos os lugares que você vai” (MFC 13).

Existe a dúvida do bem-estar dos seus filhos quando longe das mães, e o próprio sentimento de apego ao deixá-los para trabalhar. Em resposta a isso ocorre a tentativa de compensação desse tempo longe, quando ao estar em casa a mãe tenta se desligar de qualquer atividade relacionada ao trabalho, conforme proposto por Anderson (1980), que a qualidade do tempo passado junto com os filhos é mais importante do que o afastamento diário.

Outra coisa que me desafia bastante, é eu me desligar do trabalho. Porque às vezes eu chego do trabalho, já fico lá às vezes 11 ou 12 horas, quero estudar, ler alguma coisa que ficou pendente. E daí tu tem que falar: "Não, agora o tempo é [do filho]." "Agora é em casa que eu tenho que ficar e me concentrar". Estar 100% presente com ele, quando eu estou em casa. (MFC 16)

O sentimento de responsabilidade solitária aparece, não explicitamente, quando poucas citam o companheiro na responsabilidade do cuidado com os filhos, principalmente os bebês. Geralmente o cuidado é delegado a outra mulher, avós ou babás. Nesse sentido, pode-se pensar no conceito de *gatekeeping* materno - comportamento da mãe que sutilmente inibe as atitudes

e iniciativas do pai em cuidar do filho ou da casa, por entender que tradicionalmente são suas essas atribuições (GAUNT, 2008). Esse aspecto é algo a ser melhor estudado e analisado na população das mulheres médicas.

Penso se [o filho] ficar doente e quando minha mãe já não tiver mais aqui, tudo mais, dividir isso com [o marido], eu acho que...é...eu não sei o quanto que a gente vai conseguir dividir né, em geral e mulher é que acaba tendo que sair do trabalho né. Eu vejo poucos pais saindo do trabalho pra ir cuidar do filho doente, assim. Então eu já imagino que é uma realidade que também vai acontecer. (MFC 2)

Falaram, ao mesmo tempo, da culpa por deixar o filho para retornar ao trabalho e a culpa devido a querer voltar a trabalhar - nesse sentido também podemos discorrer sobre o papel social do trabalho, como reconhecimento de valor profissional e pessoal (SMEHA; CALVANO, 2017). Em relação ao período próximo ao retorno ao trabalho, ainda durante a licença maternidade, as entrevistadas relataram um sentimento misto de expectativas de retomada da vida profissional, com o receio e a culpa por deixarem o filho sob os cuidados de outra pessoa.

(...) Porque você passa o dia fora de casa, aí quando você chega a criança quer ficar com você né. E você também está com saudade, você também se sente culpada de não poder estar ali. (MFC 5)

A culpa materna tem origens sociais, principalmente ligadas aos papéis de gênero impostos na sociedade capitalista e patriarcal (BADINTER, 1985; GRADVOHL; OSIS; MAKUCH, 2014). Está ligada, portanto, à imposição do dispositivo materno pela sociedade patriarcal, o qual trata da naturalização da capacidade de cuidar das mulheres - cuidar dos filhos e da casa. Mesmo quando esse cuidado é terceirizado (geralmente a outra mulher), cabe ainda à mulher a administração da rotina da casa e dos filhos (ZANELLO, 2018). Como disse Elizabeth Badinter (1985, p 178), “o século XX transformou o conceito de responsabilidade materna no de culpa materna”. “Às vezes eu fico me sentindo culpada, porque eu não sou essa mãe que se sente culpada para sair para trabalhar” (MFC 14).

Alguns autores relatam que o sentimento de culpa aparece mais em mães que têm o poder de tomar a decisão de retornar ou não ao trabalho, do que para as mães que precisam trabalhar por necessidade financeira (WEBER et al., 2006). Percebe-se nesta afirmativa uma questão associada à classe social das mães, o tipo de inserção no mercado e nas relações de trabalho. O primeiro grupo (mulheres que podem escolher retornar ou não ao trabalho) se enquadra mais no perfil da amostra das entrevistadas. Por se tratar de grupo com relativo conforto financeiro familiar, algumas dessas mães puderam escolher deixar o trabalho no qual

estavam antes da maternidade quando lhes conveio, sem ter o receio do desemprego como fator determinante da permanência em um trabalho que julgassem não atender às suas necessidades de maternagem. Não podemos deixar de pensar nas mulheres que não tem essa escolha e se sujeitam a cargas de trabalho extenuantes somadas ao trabalho doméstico infinito por conta da necessidade de sustentar sua família.

6.3 As transformações na prática médica

Todas reconheceram que as mudanças pessoais trazidas pela maternidade, impactaram em todas as áreas da vida, principalmente na relação com o trabalho e com a medicina de família. A relação sentimental com a especialidade já havia, desde a escolha pela medicina de família e comunidade, agora os sentimentos aflorados com a maternidade, ora se reconhecem, ora se contrapõem com essa escolha (pela especialidade). “Muda tudo. É essa a impressão que eu tenho, é outra medicina porque eu sou outra pessoa” (MFC 15).

As entrevistadas acreditam que as mudanças na prática médica são decorrentes das mudanças pessoais que experimentaram com a maternidade. Se referem à maternidade como responsável por um olhar diferente sobre suas percepções e ações como novas atitudes incorporadas no trabalho como médica. Mudanças que seriam advindas a partir deste lugar da experiência como mãe, que é o novo local que ocupam agora em suas próprias vidas. “Eu sou outra pessoa depois de ter engravidado e tal, parido, amamentado, mãe! Aí eu acabo sendo outra pessoa e aí, conseqüentemente, outra médica né” (MFC 3).

As percepções das entrevistadas sobre os saberes advindos da maternidade podem ser agrupados em duas principais subcategorias: saberes e atitudes (que envolvem os sentimentos, percepções e a forma como se colocam nos encontros clínicos) e conhecimentos e habilidades teórico práticas (dispositivos e aspectos do cotidiano da mulher e da maternagem que são conhecidos a partir da própria vivência e não de um processo formativo) implicados na prática da medicina de família e comunidade.

6.3.1 Um outro olhar sobre o encontro clínico

Todas as entrevistadas colocam como a vivência da maternidade mudou a sua forma de ser e, conseqüentemente, a sua forma de ser médica.

6.3.1.1. Empatia, Escuta e Relações Transferenciais

O significado de empatia no dicionário é a capacidade de se colocar no lugar de outra pessoa, buscando agir ou pensar da forma como ela pensaria ou agiria. Na medicina, isso significa conectar-se com algum sentimento ou experiência pessoal prévia que auxilie a entender o sofrimento pelo qual a pessoa está passando. A resposta empática é um elemento particularmente efetivo na comunicação médico-paciente e uma competência adquirida na qual o profissional é treinado para compreender e aceitar o que o outro é. Dessa forma, é possível estabelecer uma relação profissional-paciente baseada na troca, promovendo o vínculo e a autonomia (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Conforme já exposto, o gênero é um componente importante do status social, e os pares médico-paciente serem do mesmo gênero pode influenciar a comunicação nesta relação, particularmente na APS (FRANKS; BERTAKIS, 2003).

Todas as entrevistadas relataram a percepção do aumento da empatia, principalmente em relação à atenção às mulheres, gestantes, puérperas e crianças, mas também com arranjos familiares em geral e em qualquer ciclo de vida. Comentaram sobre a facilidade de se colocar no lugar das suas pacientes que se encontram nesses ciclos de vida. Relataram que agora entendem esse lugar de forma muito mais natural.

Acho que eu consigo olhar pra a mãe, pra criança, pras famílias que chegam pra eu atender, de um modo mais respeitoso, no sentido de entender, de me conectar as questões que essas famílias trazem, do que eu tinha antes. (MFC 17)

E acho que [ser mãe] me capacitou para ser uma médica melhor, para me colocar mais nos lugares das pessoas que eu atendo. Quando passamos por esse ciclo, de ser mulher para ser mãe, as coisas mudam. E eu acho que isso me deixou um pouquinho mais humana, um pouquinho mais tranquila para saber orientar, mais experiente...“ (MFC 10)

A partir dessas falas, e de outras que foram semelhantes, pode se imaginar que o sentimento de amor, responsabilidade, respeito e cuidado com outro ser, trazidos pela maternidade nessas médicas, ampliaram, nessas mulheres, esse olhar para o outro também em diversas áreas da vida. Na medicina de família e comunidade, particularmente, esse olhar empático é fundamental para as relações com os pacientes de um modo geral.

Donna Haraway (1991, p 33) diz que “o único modo de encontrar uma visão mais ampla é estando em algum lugar em particular”. O estar nesse local particular de mulher, médica e mãe proporciona justamente uma ampliação da visão para os assuntos relacionados a essas personalidades e contextos. Essa reviravolta de pensamentos e sentimentos, ocorrida desde a descoberta da gestação, aparece como a percepção de uma quebra de paradigma: a variabilidade de sentimentos trazida pela maternidade supera o pensamento (clínico) mecanicista e centrado na doença, hegemônico na formação médica?

É de praxe na formação em MFC o estudo e aplicação do método clínico centrado na pessoa (MCCP). Esta é considerada uma competência essencial da especialidade que representa, segundo Stewart (2017, p 35), ir “além de avaliar o processo da doença por meio da anamnese e do exame físico, o médico procura ativamente entrar no mundo da pessoa para entender suas percepções sobre saúde (significado para a pessoa, aspirações e metas de vida) e sua experiência única da doença”. O médico de família e comunidade deve ser competente no MCCP ao receber aqueles que buscam ajuda, devendo investigar suas queixas de maneira integrada e “deveria ter – idealmente falando — além dos conhecimentos básicos, uma experiência de vida tão rica e variada quanto possível, que lhe permitisse reconhecer e ter empatia com diferentes constelações de experiências emocionais e vitais, da forma mais aberta possível” (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019, p 956).

Esse método não se aplica somente às doenças, mas para entender o paciente como um todo, dentro de seu contexto de vida. Mesmo tendo esse aprendizado na formação em MFC, essas médicas reconheceram que somente após passar pela experiência de maternar, conseguem realmente entender como um todo as mulheres que também passam pela mesma experiência. Outra mudança percebida foi na qualidade de escuta e comunicação. Uma capacidade maior de se dedicar ao outro, que está na sua frente, buscando cuidado. “Acho que eu tô julgando menos, avaliando menos, observando mais e me colocando mais empaticamente no lugar dos pacientes” (MFC 5).

Na verdade, acho que o que mudou principalmente, foi eu conseguir me comunicar, sabe? E falar na prática de coisas que acontecem, que sempre acontecem, consegui falar com experiência das coisas né, mais vivência. (MFC 3)

O médico de família e comunidade como pessoa, precisa desenvolver a capacidade de conhecer-se a si mesmo, identificar seus paradigmas através da introspecção, conhecer e manejar suas emoções, preconceitos e valores entre outros (ARIAS-CASTILLO et al., 2010). Existe, porém, uma linha tênue entre essas relações médicas-pacientes e a relação de transferência e contratransferência. A transferência e a contratransferência que ocorre entre o profissional e a pessoa por ele atendida estão muito ligadas às vivências passadas que podem ser revividas inconscientemente, gerando maior ou menor empatia entre os envolvidos no encontro clínico (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Ao mesmo tempo que as médicas se percebiam reconhecendo melhor as questões dessas mulheres, sentiam que as pacientes também as reconheciam e se vinculavam mais a elas, principalmente quando se trata de um assunto relacionado à maternidade ou a seus filhos. As médicas consideram que algumas pacientes, ao tratarem de problemas de seus filhos (principalmente crianças) confiavam mais nelas por serem mães do que em outros médicos ou médicas que não possuem filhos. As médicas que têm filhos sentem maior facilidade de criar vínculos terapêuticos com as pacientes que também são mães. Nesses casos, essas médicas entendem que essa relação transferencial em alguns casos deve ser contornada e que o fato de ter filhos não pode ser único determinante no estabelecimento da relação médico-paciente.

Eu atendi uma mulher que tinha sido...é... vítima de abuso né, e aí eu já tava bem barriguda, já sabia que era uma menina e aí ela falou para mim, é... “Ah, cuida da sua filha, toma cuidado porque... criança não pode ficar sozinha, principalmente mulher, porque pode acontecer as coisas e tal né, tipo...e já foi bem...assim... bem diferente ouvir aquilo estando grávida né, eu imagino que provavelmente eu vou tá bem mais sensível a qualquer maltrato de criança, né? (MFC 2)

Por outro lado, as profissionais entendiam que precisavam não deixar suas próprias experiências e sentimentos recaírem sobre suas pacientes. Uma médica deu o exemplo de atender uma criança, da mesma idade e nome da sua filha, e como percebeu-se muito mais preocupada com aquele atendimento em particular. Impacto semelhante foi relatado em consultas que envolviam morte fetal, abuso e violência.

E do outro lado, os desafios que eu tenho como médica é talvez não deixar todas essas implicações que eu tive, necessariamente atravessar o meu cuidado com o paciente (...) E aí quando eu for ouvir o outro, ou quando outro chegar em mim eu não tornar essa coisa minha a agenda dessa pessoa. Pode ser uma coisa minha, não precisa ser do outro. Acho que isso é um grande desafio para mim. (MFC 14)

Entender a teoria da transferência, de que trazemos nossa própria história para cada encontro interpessoal, e conseguir reconhecer a transferência desenvolvida pela outra pessoa,

possibilita o aprendizado de perceber em si mesmo, a contratransferência que ocorre no encontro clínico. A capacidade de reconhecer os sentimentos da pessoa, e de si próprio, possibilita saber dosar-se permitindo uma relação mais saudável e fortalecendo o vínculo terapêutico.

[...] Eu tive um caso de duas meninas que tinham sido abusadas pelo pai, a mãe já era falecida (...) enfim, foi um caso bem tenso, eu tive conversa com esse pai, esse pai indiferente. A menina confirmou pra mim, falou no meu ouvido, eu estava na frente do pai. Foi muito ruim! Foi muito impactante! (...) Não só mexeu comigo como médica, foi difícil, era realmente um caso difícil, como impactou na minha vida pessoal. (MFC 8)

6.3.1.2 A APS como cenário de cuidado de mulheres e famílias

Houve também uma mudança no olhar para as famílias. Essas médicas, que pela formação em MFC já possuíam conhecimento da abordagem centrada na pessoa e da abordagem familiar, perceberam um aprofundamento no entendimento das questões familiares. Identificavam que esta competência advinha pela atitude de colocarem-se no lugar das suas pacientes, muitas vezes as únicas responsáveis pela organização e cuidado do núcleo familiar.

Então, eu acho que eu consigo entender um pouco mais dessas relações familiares, de uma forma mais, mais objetiva. Apesar de que eu sou filha, óbvio, né, eu tenho a minha família, mas agora sendo mãe, tando num outro papel, eu acho que essas relações ficaram mais intensas, assim. Então eu acho que na medicina de família é isso, as relações familiares tão muito mais palpáveis pra mim. (MFC 1)

A APS tem como um dos seus atributos derivados, a orientação familiar (STARFIELD, 2004). Nesse cenário, a abordagem de famílias nas suas diversas composições parece estabelecer uma ponte com as médicas que agora constroem suas próprias famílias, e as gerenciam com o papel de mãe. Não à toa, uma percepção de maior compreensão, atenção e cuidado com as questões familiares de seus (principalmente suas) pacientes tomam um lugar de destaque na fala das entrevistadas.

Eu acho que dentro da família a gente acaba sendo meio gerente da família (risos). Então, quando a gente se depara com questões de outras famílias, eu acho que a gente consegue ter um olhar de alguém que olha pra própria família em geral como um todo. A gente não olha pra família pensando só no nosso lugar né, mas a partir do nosso lugar, pensando nas questões dos filhos, nas questões do companheiro e etcetera e tal, como é que a gente consegue fazer isso tudo funcionar. (...) E de pensar também

soluções com uma complexidade maior, entender esse problema com a complexidade maior que ele tem, e ter mais ferramentas mesmo, pra pensar soluções mais complexas do que eu tinha. (MFC 17)

Eu sabia muita coisa na teoria, mas nunca tinha vivenciado isso. Eu fui vivenciar essa coisa de ter a própria casa, sua própria família, os cuidados com a família efetivamente quando eu já estava saindo da residência. Eu casei na metade da residência e tive filho depois que já tinha acabado a residência. Muitas das coisas que eu aplicava no meu primeiro ano de médica de família sem ser residente eram da teoria. Quando você entra na prática é outra história. (MFC 13)

A localização da fase do ciclo de vida familiar que os pacientes se encontram permite ao MFC gerar hipóteses, prever possíveis situações de conflito e crises vitais. Ao utilizar seu conhecimento a respeito das transições do ciclo de vida, pode ajudar as famílias a prever e a se preparar para possíveis mudanças e, ao mesmo tempo, situar-se no entendimento do contexto em que ocorrem as experiências do processo saúde-doença (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Mudou muito a minha percepção desse novo olhar sobre a família, sabe? Sobre a família que nasce, sobre a família que renasce com uma nova criança ou sobre uma família que está tentando nascer. (MFC 14)

Então a preocupação que aquela mãe tem, aquela mãe de 70 anos tem com o filho jovem, que tá ali envolvido no movimento, ela só é...diferente, mas é uma preocupação super intensa, do mesmo jeito que eu tenho com meu filho que não tá ganhando peso. (MFC 1)

A etapa procriativa é um importante marcador do ciclo das famílias e possibilita discutir o papel de cada membro neste novo ciclo, sendo importante trazer à tona o papel dos pais. Neste caso, observou-se que poucas entrevistadas citaram, verbalmente, o companheiro como fonte de apoio no cuidado do filho neste momento da maternidade.

6.3.2. Experiências da maternidade - saber prático que influencia no cuidado

6.3.2.1 O Olhar para as mulheres, mães, gestantes e puérperas e crianças

As principais mudanças percebidas na prática da medicina de família e comunidade foram relacionadas ao atendimento de mulheres e crianças. Tanto no que se refere a aquisição de conhecimentos técnicos específicos de pré-natal, puerpério, amamentação e puericultura, quanto na forma de abordagem dessas mulheres nesse momento da vida.

As experiências pessoais serviram como exemplo para aprimorar a própria prática profissional. Essas médicas percebiam como os temas voltados para a maternidade tornaram-se mais próximos e mais palpáveis. Relacionaram essa competência com o fato de se sentirem mais experientes, possuem um saber prático que as ajuda a entender melhor os aspectos envolvidos nas situações de saúde e adoecimento das mulheres em geral, mas principalmente com as pacientes que são mães. Incorporaram ao seu universo interpretativo e ao cuidado elementos do cotidiano que são omissos durante o aprendizado formal.

Por mais que a gente aprenda, né, como fazer um bom pré-natal, se colocar no lugar do outro, eu com certeza nunca mais vou fazer uma consulta de pré-natal do jeito que eu fazia antes, porque você já vivenciou, né, você entende melhor o outro lado. (MFC 6)

Eu costumava brincar que eu passei a ser uma médica de família muito melhor depois que eu virei mãe, para conversar sobre as questões do pré-natal e preparar aquele momento para a mulher. Perguntar coisas que eu não perguntava, como quem te ajuda, como você faz, quem é sua rede de apoio, quem segura o bebê para você tomar banho. Eram coisas que antes eu não me preocupava tanto e passei a ter um olhar diferente quanto a isso. (MFC 13)

Por outro lado, talvez por haver essa identificação entre duas mães, as médicas também compartilham suas experiências pessoais mais naturalmente com as pacientes que possuem filhos. Percebem como esse compartilhamento de experiências forma vínculo, até em encontros pontuais quando não são as médicas de referência das mulheres em questão, como em relação à amamentação.

6.3.2.2 Os desafios de amamentar e de promover a amamentação

A amamentação foi outro tema recorrente entre as entrevistadas. Citaram como, a partir das suas próprias experiências, mudaram a forma de abordar esse assunto com suas pacientes, passando a fazê-lo de forma mais empática e solidária.

A amamentação bem-sucedida desperta na mulher um sentimento de ligação profunda com o filho e de realização como mulher e mãe. No entanto, além das boas experiências, a mulher vivencia momentos cansativos. Essas situações liberam sentimentos ambíguos em relação à amamentação, que ora prevalece o desejo de amamentar, ora reflete o padecimento em amamentar (BADINTER, 1985). Muitas das entrevistadas relataram uma experiência de dificuldade com a amamentação, em questões físicas e psicológicas. Contudo, o conhecimento

dos benefícios da amamentação parece ter sido determinante da capacidade de elas superarem os seus obstáculos.

Quanto ao aleitamento materno, pensava como assim você não amamenta? Eu amamentei durante um mês chorando e me sentindo uma péssima mãe por não conseguir amamentar, foi muito traumático na minha vida e passei a ser muito mais compreensiva com as mulheres, passei a dar um suporte melhor, tocar nessa questão da culpa. Antes para mim, tinha que amamentar seis meses e "se vira". Quando foi a minha vez, eu vi que não era bem assim. Quando você começa a viver, a empatia é mais fácil quando você entende pelo que a pessoa passou. (MFC 13)

Enfatizaram como a amamentação ainda é romantizada e, talvez por isso, o assunto acaba não sendo discutido sistematicamente durante o ciclo gravídico-puerperal. Havia, entre essas médicas, o entendimento de que este é um aspecto falho na formação. Consideraram que realmente só aprenderam sobre a amamentação e o amamentar quando se depararam pessoalmente com as dificuldades operacionais e emocionais.

E...não sei, assim, antes eu tinha muita política de...é...a mulher tem que amamentar se quiser, o quanto quiser assim né? E eu...eu não sabia orientar também a questão de amamentação, então eu acho que eu acabei desmamando algumas crianças, não desmamando, mas orientando sabe? (...)E hoje eu acho que eu não devia ter feito, assim. (MFC 20)

A confrontação com a complexidade da amamentação, trouxe o senso de ser ainda mais importante promovê-la. Justamente por saber das dificuldades que podem surgir, a orientação acolhedora se torna importante e fundamental, mas sem perder o foco na vínculo e na contextualização da mulher que amamenta.

Eu tive uma experiência horrível com a amamentação. Na verdade assim, eu sentia muita dor..., Mas nunca foi passado para mim que... no início doía. Pra mim só ia doer se eu tivesse em uma pega ruim, uma posição errada, tipo alguma coisa está errada para doer. Na verdade, não tinha nada errado, porque só precisava saber que doía, tipo parto. Todo mundo sabe que parto dói. Não está errado doer. Então eu acertei legal, porque dói. O trabalho de parto foi ótimo. Eu sabia que isso era possível. Agora para amamentação, sei lá. Se dói, alguma coisa está errada. Na verdade, não tinha nada errado. E isso me toca muito. (MFC 14)

Nossa, nós focamos muito na parte objetiva da gestação e acho que temos que focar na amamentação. Porque, assim, a dificuldade maior é a amamentação. Nós achamos que é fisiológico, lindo, maravilhoso e que todo mundo nasce sabendo e muito pelo contrário. Tem uma frase que diz que o bebê nasce sabendo sugar e não mamar, são coisas bem diferentes. Então acho que isso vai mudar completamente o meu foco. (MFC 11)

6.3.2.3 As Lacunas da formação médica

Algumas entrevistadas trouxeram à tona a questão de como, depois de viverem na prática a maternidade, perceberam como não haviam sido adequadamente preparadas durante sua formação - graduação e residência - para abordar questões relativas à gestação, parto, puerpério, amamentação, e a própria maternidade, na prática médica, no atendimento a suas pacientes.

Identificaram a forma como haviam “aprendido” esses assuntos como “objetiva”, “puramente fisiológica” e muito diferente da realidade do que de fato uma mulher passa nessas situações. Falaram de como, apesar da graduação e da residência, agora percebem como não foram preparadas para abordar estas pessoas e suas demandas na forma e na profundidade que passaram a perceber como adequadas. Referiram um estranhamento entre a forma como desempenhavam esse papel de médica antes e como passaram a desempenhá-lo. Observaram como sua a escuta e o cuidado ofertado, principalmente para as pacientes do sexo feminino, tornaram-se mais pessoais e qualificados.

Ao reconhecerem a maior facilidade de colocar-se no lugar do outro e a valorização da experiência pessoal, essas médicas fizeram um contraponto à formação, ainda tradicionalmente biomédica.

Eu sinto que tem lugares, como na universidade agora onde eu estou, que querem formatar, querem algo mais formatado. E eu rompi um pouco com essas formatações porque eu vi que elas não eram verdadeiras. Inclusive quando eu fui cuidada enquanto gestante, enquanto mãe, eu vi que parte do saber da ciência não consegue dar conta da complexidade da vida. (MFC 12)

Eu vejo o quanto de lacuna que tinha na minha formação prévia antes de ser mãe. Então essa experiência prática da maternidade me mostrou que tem muitas questões que o processo formativo da graduação e da residência não vê. (MFC 17)

Algumas literaturas trazem a mudança no perfil do estudante de medicina, trazendo uma “homogeneização” e “endurecimento ao longo da formação”. Um estudo recente de Neumann e colaboradores (2011) concluiu que a empatia dos estudantes de medicina declina ao longo dos anos de educação médica. Particularmente para as mulheres, parece que elas abrem mão de sua identidade de gênero para se encaixarem no meio médico (BEAGAN, 2000). A maternidade pode ser promotora de alguma ruptura neste estilo de pensamento, através de novos sentimentos, valores e práticas em relação ao cuidado na gestação e puericultura?

Uma das entrevistadas, preceptora de residência, identificou como achava importante poder passar essa vivência prática para seus residentes.

Acho que mudou um pouco meu olhar, porque agora tenho uma vivência mais pessoal. (...) Ainda continuo dando as mesmas orientações né, mas eu consigo me sensibilizar mais e inclusive dar minha experiência pessoal pra elas [pacientes]. E como eu sou preceptora, eu acho que consigo passar isso um pouco pros meus residentes também (...) Então eu acho que me sensibilizou um pouco mais como médica. (MFC 5)

6.3.2.4 O motor afetivo para a qualificação pessoal

Para essas médicas, o processo de maternagem trouxe também um estímulo para o estudo dos temas relacionados a esse ciclo. Sendo médicas, e agora mães, existiu uma mudança no foco dos estudos, voltando-os para curiosidades e necessidades próprias da fase gestação- puerpério e do desenvolvimento infantil. Esses conhecimentos continuam sendo aprimorados, mesmo naquelas que já são mães há mais tempo, como uma área de interesse pessoal, mas dentro de aspectos práticos da profissão da MFC.

[...] Muita coisa eu aprendi do cuidado, da assistência infantil, da assistência à gestante, porque eu queria que a minha assistência fosse a melhor, ou que a assistência das minhas filhas seja a melhor possível. Então é também um motor, né, pra tá se qualificando. Um motor afetivo, assim, pra tá se qualificando, além das necessidades de trabalho. (MFC 17)

O interesse em aprimorar-se nessas áreas, teve o impulso de uma necessidade pessoal, mas também do reconhecimento da importância desenvolver novas habilidades e conhecimentos para qualificar a atenção dispensada para suas pacientes. Existia o reconhecimento da falta do aprendizado prévio desses assuntos na formação tradicional. “No dia-a-dia, principalmente no desenvolvimento da criança, você acaba ficando mais atenta e gera mais curiosidade. Então foi algo que eu passei a ler mais, né” (MFC 16).

Até o que eu sei de conhecimento clínico de pediatria mudou muuuuito. Porque as coisas com seu filho você pesquisa muuuuito mais a fundo, e você pesquisa várias fontes, então, nossa, mudou demais! (MFC 1)

Às vezes, de verdade, não é uma coisa que as pessoas chegam se queixando. E se você não pergunta...Mas, e aí? Que horas você dorme? É uma pergunta que eu não fazia para as puérperas. - Mas que horas você dorme? E aí? Está tudo bem? Está amamentando? - Estou amamentando. - O bebê está dormindo? (...) Então quando você passa a perceber e fazer leituras que você não fazia antes que a teoria e a prática são bem diferentes. (MFC 13)

Existiu, por outro lado, o reconhecimento de uma dificuldade de manter o mesmo ritmo de estudo de antes de terem filhos, refletindo também uma mudança de prioridades na relação

com o trabalho. “Até pra estudar, antes de eu tê-las era a hora que eu queria e agora não é assim, é a hora que dá” (MFC 4).

Quando eu engravidei, eu tava terminando o mestrado e aí eu queria fazer 3 artigos da minha dissertação de mestrado, eu fiz um, e nunca mais voltei (risos), pra terminar os outros dois, ai ai. (MFC 3)

6.4 A relação com o trabalho e com a carreira

Como outros conceitos das ciências sociais, o de carreira possui uma ambiguidade ligada ao fato de colecionar uma ampla diversidade de definições. Para citar poucos exemplos, carreira pode significar, ao mesmo tempo, emprego assalariado ou atividade não remunerada; pertencimento a um grupo profissional (sindicalizado ou não); vocação (algo que alguém faz com alto nível de comprometimento afetivo) ou ocupação (algo que alguém faz por necessidade ou obrigação); ou então um roteiro pessoal para a realização dos próprios desejos (BENDASSOLLI, 2009).

O gênero por si pode ser um determinante da progressão acadêmica em mulheres na MFC. Apenas 12% das 166 médicas de família e comunidade que responderam ao formulário eletrônico tinham mestrado, apenas uma havia feito doutorado. Dados que vão ao encontro dos descritos recentemente por Fontenelle et al. (2020), no qual as médicas de família têm menos chance de obter o grau de mestrado e de doutorado em comparação com os colegas homens.

Eu to fazendo mestrado agora também, acabando minha dissertação, quando eu conseguir acabar, porque é bem mais complexo pra nós, a impressão que se tem, por mais que você ame muito a criança, e ter filho foi o maior presente da minha vida. Mas você fica...a impressão que você tem é que você fica trabalhando o tempo todo, faz um trabalho atrás do outro. (MFC 5)

Agora eu não tenho mais esse tempo, então acaba me consumindo mais. Eu sinto que eu fico mais cansada, eu sinto que eu rendo menos no trabalho porque eu não tenho mais o mesmo pique de antes, eu não consigo manter uma atividade de leitura, é../, mais contínua. Eu comecei a fazer um curso da tem uns 2-3 meses. Eu tentei entrar, aí esse mês aqui, pô tenho que dar um jeito de fazer. Até porque eu já fico tanto tempo fora, aí quando eu chego em casa, que ele tá demandando minha atenção, eu vou pegar o computador? vou pegar coisa pra ler? Não pega...(MFC 6)

6.4.1 Reinserção no mundo do trabalho

A visão que essas médicas percebem sobre a influência da maternidade nas suas carreiras é no sentido de "pausa". Algumas delas perceberam como uma pausa com consequências negativas, em termos de produtividade principalmente intelectual. Falam da ansiedade e do desejo de voltar para suas ocupações durante o período de licença-maternidade, como uma fonte satisfação pessoal, lugar de encontro com colegas e amigos, mas sobretudo sendo o trabalho um fator de reconhecimento pela sociedade.

É importante salientar que, apesar de algumas terem saído dos empregos que desempenhavam antes de terem filhos, nenhuma relatou dificuldades para encontrar outra ocupação e puderam escolher um trabalho que se encaixasse nos seus desejos pessoais no novo contexto da maternidade. Isso evidencia uma valorização da MFC no mercado de trabalho, tanto público como privado. Talvez essa falta de temor por perda de posição no mercado de trabalho não ocorra em outras profissões, mesmo as de nível superior.

(...) Eu acho que não mudou a questão da oportunidade de emprego, mas mudou um pouco a minha forma de ver essas prioridades, entendeu? Eu prefiro agora tá perto de casa, prefiro ganhar menos e ter o suficiente, do que trabalhar, trabalhar, trabalhar e ter muita coisa. O que mudou acho que foi a prioridade. (MFC 6)

6.4.2 **Mudança das prioridades em relação à carreira**

Um dos temas recorrentes em relação às mudanças percebidas por essas médicas, foi a transição de prioridades, principalmente em relação ao tempo de dedicação aos filhos em oposição à rotina de trabalho, em relação à dedicação ao estudo, parte importante e valorizada da prática médica, e em dedicação às suas aspirações prévias para suas carreiras.

Alguns autores discutem que a relação mãe-filho-trabalho implica que a mulher vivencie a ambiguidade de ser trabalhadora e mãe, e que isso não ocorre somente logo após seu retorno ao trabalho, mas a longo da sua vida de trabalhadora, enquanto tiver que conciliar os dois contextos tão diferenciados (SPINDOLA; SANTOS, 2004).

Ah, mudam as prioridades, muda tudo, né. A prioridade vira a criança (...) Porque pra mim, entre a medicina e [os filhos], a prioridade são [os filhos] (...) segue de acordo com os horários e as prioridades [deles]. (MFC 4)

Teve essa mudança e teve o que eu achei que tinha resolvido, mas eu gosto de trabalhar com povos indígenas. É uma experiência muito rica. E praticamente eu falava que eu não vou mais. Inviável trabalhar com povos indígenas agora. É isso. Foi essa experiência. (MFC 12)

Muitos estudos já mostraram a importância que tem na trajetória profissional das mulheres as noções de “boa profissional” e de “boa mãe”. Alguns trazem uma noção de “boa profissional” baseada na disponibilidade absoluta para a profissão, associada aos conceitos de vocação, motivação e ambição, e postula um modelo de sucesso baseado em uma grande dedicação e entrega para o trabalho (VALCOUR; LADGE, 2008). Apesar de ser uma noção de cunho neoliberal, que visa ao êxito e lucro, ainda parece ser representativa no mercado médico em geral.

O modelo de “boa mãe” se constrói como o um dos eixos principais e atua como um ideal comum às mulheres, que as obriga à maternidade e a amar e cuidar de seus filhos de maneira incondicional, inequívoca e permanente (BADINTER, 1985).

Os papéis associados a esses modelos acabam por parecer incompatíveis e contribuem para as desigualdades de gênero em qualquer âmbito laboral, pois constituem um obstáculo importante para as mulheres, que sofrem as imposições do dispositivo materno (ZANELLO, 2018). Essas que se vêem obrigadas a escolher entre duas opções - carreira e filhos - que se apresentam como socialmente irreconciliáveis.

Em estudo realizado com médicas de família na Andaluzia, as médicas de todos os perfis demonstraram haver renunciado, em algum momento, o modelo de "boa profissional" para dedicarem-se às tarefas de cuidado, sobretudo nos momentos de maior demanda da criança por atenção dos seus progenitores (SALETTI-CUESTA; DELGADO; ORTIZ-GOMEZ, 2014).

Eu me cobrava muito de não tá estudando também, me achava muito burra (...) e aí eu ficava me cobrando de chegar em casa e estudar, mas assim eu chegava em casa e era peito doendo, criança mamando, criança acordando de hora em hora de noite, e aí eu não conseguia estudar, e aí eu me cobrava mais no dia seguinte (...) isso é uma coisa que também mudou. Porque antes eu tinha mais confiança, assim, em mim...(MFC 3)

Nas entrevistas, essa dualidade de papéis se manifestou, principalmente, no momento do final da licença maternidade, na escolha de retornar ou não ao trabalho com a mesma carga horária que dedicavam antes, e em momentos de doença dos filhos, ao escolher ir ou não trabalhar ou invés de ficar cuidando do filho doente.

Outra questão que atravessa essa discussão, é o ponto de intersecção entre ser médica e mãe, e a necessidade de separá-las eventualmente. Situações em que a mulher precisa se

permitir ser “somente” mãe daquela criança e dividir a responsabilidade sobre as decisões terapêuticas com outro profissional.

O [desafio] de ser mãe médica de família é que eu sou mãe e não sou médica. Eu, dentro de casa, eu sou mãe(...). Não sou eu que decido(...). Conhecer é uma coisa. E existe esse desafio de sempre lembrar que eu sou a mãe dele. Tipo, eu não sou responsável pelo cuidado dele de saúde, enquanto profissional. (MFC 14)

6.4.3 Arranjos trabalhistas

A maternidade influenciou (e influenciará) a carreira dessas médicas em aspectos sentimentais que variaram entre aceitação e acomodamento da nova realidade de prioridade aos filhos, e um incômodo de precisar fazer uma mudança, ou pausa na carreira, muitas vezes por falta de alternativa. Muitas vezes o desejo foi de uma pausa temporária na intensidade e carga de trabalho, principalmente enquanto os filhos fossem pequenos, no entanto, no processo de trabalho estabelecido para a APS do SUS, isso não foi possível, levando algumas dessas médicas a saírem da prática assistencial no SUS, no regime de trabalho típico da ESF, de 40h semanais. Dentre as 17 entrevistadas, 6 ainda atuam na APS do SUS, 3 delas tiveram a possibilidade de reduzir a carga horária e permanecer no mesmo emprego depois da licença-maternidade. As outras 11 entrevistadas saíram da assistência na APS do SUS após terem filho ou porque já planejavam engravidar e sabiam que não voltariam a trabalhar 40h/semana - como trabalhavam - depois de terem filhos.

Então eu acho que esse foi o grande desafio: não encontrar uma carga horária pelo SUS que se adequasse a essa nossa realidade. E esse desafio de você conseguir equilibrar entre o tempo que você precisa se dedicar à criança nesses primeiros anos, que é tão fundamental. (MFC 1)

Eu acho que não poder estar, não poder ter vínculo na assistência que possibilitem as mães a estarem na assistência, assim, as mães que querem estar na assistência. (...)Na prática, com a forma que se tem de organização, a gente é que acaba abrindo mão dos nossos vínculos pensando em desenhos possíveis que possam conciliar com a maternidade. Então, eu acho que tinham que pensar outras formas de inserção do médico de família, da médica de família e dos profissionais de atenção primária nas equipes. (...) Tipo, mesmo que fossem 40h, mas que de repente fosse um carga horário com um desenho mais flexível. (MFC 17)

Dentre os fatores associados à saída da APS por desejo de redução de carga horária, podemos inferir nesse grupo um tempo curto de vínculo com a equipe, a experiência da 1ª maternidade e a falta de apoio familiar próximo.

As mães que optaram por reduzir a carga horária de trabalho após a licença maternidade relataram uma preocupação com o cuidado do filho, de estar presente nos marcos do desenvolvimento pelos primeiros 2 anos de vida do filho, como introdução alimentar, primeiros passos, fala e adocimentos da primeira infância. Outra razão para a redução da carga de trabalho foi a dificuldade ou ausência de rede de apoio familiar próxima. Bertolini (2002) observou que as mulheres que trabalhavam fora de casa em uma carga horária menor, sentiam-se mais realizadas, pois a autora acredita que esse grupo consiga conciliar melhor os diversos papéis que lhes são atribuídos.

Dentre aquelas que mantiveram a carga horária, suas falas apontaram para o apreço com o trabalho, o desejo de não se desfazer de um vínculo empregatício seguro e com benefícios (servidoras públicas), a necessidade financeira (em função do status empregatício e ocupação do marido) e a não preocupação com rede de apoio por terem familiares presentes no cuidado dos seus filhos (principalmente as avós maternas).

O concurso daqui é 40h, não tem jeito. E...é muito difícil trabalhar 40h. Então antes o que eu trabalhava 60h por semana, hoje em dia trabalhar 40 é sofrido, porque eu queria tá mais tempo em casa. E eu sinto que eu fico muito mais cansada então, acho que por dois motivos eu queria tá mais tempo em casa. (MFC 3)

Ainda que reconhecendo alguns privilégios da MFC (quando atuando na APS) sobre outras especialidades médicas, como não trabalhar à noite, nem em finais de semana e feriados, é perceptível nesses discursos a necessidade dos rearranjos no processo de trabalho, principalmente na APS do SUS, para que essas médicas com muitos potenciais de cuidado e comunicação não se afastem.

Esta é uma poderosa força de trabalho para a diversidade da APS, que está deixando a prática assistencial no Rio de Janeiro. A própria PNAB de 2017 estabelece 40 horas semanais para médico da ESF, mas flexibilizou a carga horária do médico nas UBS, gerando vários debates (MELO et al., 2018; PINTO, 2018).

Pensar que a flexibilização da carga horária na ESF se torna incompatível com as atribuições da MFC pode ser uma questão a longo prazo, no entanto não inviabiliza a formação de novos arranjos no processo de trabalho das equipes e da gestão por um tempo talvez pré-determinado, quando for uma opção das profissionais. Dentre aquelas que diminuíram a carga

horária, algumas entrevistadas não pensam em voltar a aumentá-la, enquanto outras supõem que conforme os filhos forem ficando mais velhos, poderão voltar a se dedicar mais ao trabalho.

Para mim essa função de carga horária é uma coisa que é muito problemática. Porque ao mesmo tempo que você quer estar disponível para a sua população, para as pessoas que você atende, você quer estar disponível na sua casa. E aí às vezes é difícil você conseguir equilibrar isso. Saber que horas é a hora de aumentar, que horas é a hora de diminuir para um lado e para o outro. (MFC 13)

E é isso, às vezes me dá uma sensação de que eu tô deixando de ser médica, sabe? Essa ideia de que eu tô...perdendo essa vivência da prática, que alimenta todos esses outros espaços né. Cada vez mais essa minha sensação de médica de família, das minhas experiências, de eu inserida numa equipe, ficam cada vez mais distantes, cada vez mais vagas. Sinto falta de voltar pra esse espaço, mas não me vejo hoje nele nas formas que se apresentam pra mim. (MFC 17)

A expansão da APS, particularmente no Rio de Janeiro, se deu via terceirização dos recursos humanos via Organizações Sociais (OSs). Essas organizações possuem autonomia para realizar a contratação dos profissionais por outras formas que não a CLT, fragilizando as relações trabalhistas. Uma das consequências desse tipo de vínculo é a rotatividade dos profissionais, devido à falta de estabilidade e de garantia dos direitos trabalhistas. Isso, particularmente para algumas dessas médicas com filhos, foi um fator determinante para a saída da atuação assistencial no sistema público, em busca de outras formas de atuação que lhes permitissem mais flexibilidade da carga horária de trabalho ou seguridade social.

Essa coisa de só poder fazer 40 ou 20 horas, sem ter um meio-termo, é ruim porque 20 horas não é o suficiente para pagar as contas, porém 40 horas é demais, não consegue equilibrar a balança. Eu consegui equilibrar fazendo isso, em um local que eu posso fazer 30 horas. (MFC 13)

Vale ressaltar que dentre as 17 entrevistadas, 6 permaneceram nos mesmos vínculos de trabalho após a maternidade do primeiro filho, atuando na assistência do SUS. Estas foram as que atuavam como servidoras públicas (4), opção justificada pela estabilidade do emprego, e as preceptoras (2), que relataram como fator decisivo para essa permanência o fato de o programa de residência no qual estão inseridas flexibilizar a redução da carga horária após o retorno da licença-maternidade, por um tempo determinado.

Eles deixaram eu fazer redução de carga horária, eu fui liberada pra trabalhar 20 horas durante 1 ano, pra poder me dedicar ao cuidado [do meu filho], então...pra mim tem sido ótimo, porque eu tô conseguindo conciliar, o tempo no trabalho e o tempo que eu passo com [ele]. Foi uma mão na roda! Eu não sei se fosse 40 horas como eu tava antes se eu teria condições de continuar. (MFC 5)

Segundo Saletti-Cuesta, há necessidade de mudanças nas relações de trabalho que garantam a segurança e o desenvolvimento profissional:

As raízes das desigualdades de gênero são profundas e complexas e não podem ser transformadas com medidas e políticas isoladas de curto prazo, nem com ações pontuais dirigidas preferencialmente ou exclusivamente para as médicas. Para isso, são necessárias mudanças estruturais que atravessem as diferentes instituições implicadas (profissionais e familiares) e que modifiquem a distribuição de recursos e de poder, a organização dos tempos e dos critérios de êxito e desenvolvimento profissional. (SALETTI-CUESTA; DELGADO; ORTIZ-GOMEZ, 2014, p 320)

Os discursos das médicas de família entrevistadas sugeriram a necessidade de uma mudança de valores na organização sanitária para avançar na integração das esferas laboral, pessoal e familiar de suas profissionais e até a incorporação de especificidades dessas profissionais na estrutura da organização. Para alcançar esse avanço, os gestores do SUS deveriam incorporar em seus modelos de gestão das pessoas outros casos de sucesso e implementar medidas organizativas e de corresponsabilidade que promovam o desenvolvimento profissional em condições de equidade de gênero.

Estratégias para enfrentar a desigualdade de gênero devem surgir da instituição: atitudes dos gestores, comprometimento visível, prestação de apoio durante e no retorno da licença-maternidade e, por fim, incentivo às mulheres a se candidatarem a nomeações e promoções. A feminização da medicina envolverá uma renovação contínua do sistema de saúde que deve se refletir nas políticas de recursos humanos (ARRIZABALAGA et al., 2014).

CONCLUSÕES

Dentre as limitações deste trabalho, é importante ressaltar que esse trabalho tratou apenas de casais heterossexuais com filhos biológicos, em sua maioria compondo o núcleo familiar primário na moradia. Bem como não foi feito um recorte racial das características demográficas das médicas em geral nem das entrevistadas.

A parte da coleta de dados e das entrevistas ocorreu durante o cenário da Pandemia COVID-19, o que trouxe à tona a questão de algumas limitações da maternidade em si, quando as mães deixaram de contar com a rede de apoio externa - escola, familiares, cuidadores. Elas se viram como as principais responsáveis pelo cuidado dos filhos e da casa, e com poucas possibilidades de trabalho remoto. Apesar de não terem sido perguntadas diretamente, poucas citaram o papel do pai nessa organização. As que citaram, tinham a peculiaridade de os pais das crianças estarem em trabalho remoto em casa.

As políticas sociais vigentes, de uma certa forma, excluem os pais do cuidado com os filhos pequenos, ao não considerarem importante o seu afastamento expressivo do trabalho em nenhum momento do puerpério imediato ou primeira infância, período esse em que o suporte para a mãe e o bebê é imprescindível. Muitos países desenvolvidos oferecem condições para as mães e pais atenderem a este momento do ciclo de vida familiar de modo mais igualitário. Nestes países há uma perspectiva de seguridade e de bem estar social onde a maternidade e a paternidade são valorizadas.

As questões relacionadas à percepção da carência da formação para qualificação da escuta e da empatia, fazem refletir sobre a necessidade de metodologias de ensino que desenvolvam e apoiem a empatia nos médicos, durante a graduação e a residência. Apesar de na MFC já haver a abordagem centrada na pessoa incluída no currículo da residência (SBMFC, 2015), as bases do ensino médico ainda são predominantemente biológicas e tecnicistas.

Na concepção original do trabalho, o esperado era explorar as mudanças em termos pessoais e técnicos que tivessem relação com a essência da medicina de família, mas além disso, o que apareceu foram questões estruturais tão importantes que inclusive podem não estar deixando transparecerem essas possíveis mudanças em razão da falta de possibilidades para exercer de fato e plenamente a MFC como ela é conceituada e, em alguns contextos, empurrando as médicas de família e comunidade para fora do cenário da prática assistencial no setor público.

Seriam interessantes políticas públicas de investimento na saúde e nas relações trabalhistas que fomentassem a permanência das mulheres no cenário da APS no sistema público de saúde, com regimes mais flexíveis de carga horária, sem que isso pesasse na qualidade e no acesso à assistência médica.

As mulheres médicas devem lutar por condições de trabalho e de desenvolvimento da sua carreira que se adaptem às suas necessidades. Quanto mais mulheres buscarem um equilíbrio entre a família e a carreira, mais as instituições médicas terão o desafio de desenvolver outros modelos para integrar as médicas e mães que desejem esse estilo de vida, para que, principalmente a medicina de família e comunidade, não perca essa importante força de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, C. W. Attachment in Daily Separations: Reconceptualizing Day Care and Maternal Employment Issues. **Child Development** Vol. 51, No. 1 (Mar., 1980), pp. 242-245. doi:[10.2307/1129613](https://doi.org/10.2307/1129613)
- ARIAS-CASTILLO, L.; et al, M. A. Perfil do médico de família e comunidade - Definição Ibero-americana. Santiago de Cali: Confederação Iberoamericana de Medicina de Família e Comunidade; 2010. Disponível em http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf
- ARRIZABALAGA, P.; et al. Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century?. **Gaceta Sanitaria**, [S.L.], v. 28, n. 5, p. 363-368, set. 2014. Elsevier BV. doi:[10.1016/j.gaceta.2014.03.014](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.014).
- BADINTER, Elisabeth. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. Tradução de: L'Amour en plus, tradução de Waltensir Dutra
- BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Trad Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BELTRAME, G. R.; DONELLI, T. M. S.. Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p. 206-217, dez. 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200017&lng=pt&nrm=iso
- BENDASSOLLI, P. F. Recomposição da Relação Sujeito-trabalho nos Modelos Emergentes de Carreira. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 49, n. 4, out-dez, p.387-400, 2009. doi:[10.1590/S0034-75902009000400003](https://doi.org/10.1590/S0034-75902009000400003)
- BERTOLINI, Lucia Benatti de Almeida. **Relações entre o trabalho da mulher e a dinâmica familiar**. 2a ed, São Paulo: Vetor, 2002
- BILAC, E. D. Trabalho e família: Articulações possíveis. **Tempo Social** [online]. 2014, v. 26, n. 1, pp. 129-145. Epub 30 Jul 2014. ISSN 1809-4554. doi:[10.1590/S0103-20702014000100010](https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100010).
- BRUSCHINI, C. O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 1994 179 -24. Nº especial/2º sem./94 - Colóquio Internacional Brasil, França e Quebec. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/issue/view/297>
- BRUSCHINI, C. e LOMBARDI, M. R. Instruídas e trabalhadeiras trabalho feminino no final do século XX. **Cadernos Pagu** [online]. 2002, n. 17-18, pp. 157-196. Epub 06 Mar 2009. ISSN 1809-4449. doi:[10.1590/S0104-83332002000100007](https://doi.org/10.1590/S0104-83332002000100007) .

BUDDEBERG-FISCHER, B.; 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. [doi:10.1186/1472-6963-10-40](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-40)

CAVALCANTI, N. C. S. B.; BAÍA, D. C. P. Ser mãe no mundo do trabalho: notas sobre os desafios da reinserção de mulheres no mercado de trabalho após a experiência de maternidade. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11., 2017, Florianópolis; WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 13.2017, Florianópolis. 2017. Anais eletrônicos. Florianópolis: UFSC, 2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499457316_ARQUIVO_Ser_mae_nomundodotrabalho.pdf .

CAETANO, I. F. O Feminismo Brasileiro: Uma Análise A Partir das Três Ondas do Movimento Feminista e a Perspectiva da Interseccionalidade. Rio de Janeiro: Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

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*: Vol. 1989 , Article 8. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>

DA PAZ, M. das G. T.; DE ALENCAR, E. M. L. S. Relações familiares e aspectos da socialização infantil em famílias de mães profissionais e não profissionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 69–81, 2012. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/17036>

DAHROUGE, S. et al. A Comprehensive Assessment of Family Physician Gender and Quality of Care: A Cross-Sectional Analysis in Ontario, **Canada. Med Care.** 2016 Mar;54(3):277-86. [doi:10.1097/MLR.0000000000000480](https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000480) .PMID: 26765146.

DAVIES, L., et al. Face-to-Face Compared With Online Collected Accounts of Health and Illness Experiences: A Scoping Review. **Qualitative Health Research.** 2020;30(13):2092-2102. [doi:10.1177/1049732320935835](https://doi.org/10.1177/1049732320935835)

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 [doi:10.1371/journal.pone.0133585](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133585)

DESSEN, M. A.; GUDEA, M. T. D. A ciência do desenvolvimento humano: ajustando o foco de análise. **Paidéia** (Ribeirão Preto) [online]. 2005, v. 15, n. 30. Epub 11 Fev 2009. ISSN 1982-4327. [doi:10.1590/S0103-863X2005000100004](https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000100004)

FONTENELLE, L.F.; ROSSI S.V., OLIVEIRA, M.H.M., et al. Postgraduate education among family and community physicians in Brazil: the Trajetórias MFC project. **Fam Med Com Health** 2020;8:e000321. [doi:10.1136/fmch-2020-000321](https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000321)

FRANKS, P.; BERTAKIS K.D. Physician gender, patient gender, and primary care. **J Womens Health** (Larchmt). 2003 Jan-Feb;12(1):73-80. [doi:10.1089/154099903321154167](https://doi.org/10.1089/154099903321154167). PMID: 12639371.

FREEMAN, T. R. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GARCIA, Carla Cristina. **Breve História do Feminismo** - São Paulo: Claridade, 2015 3a ed.

GARCIA, C. F.; VIECILI, J. Implicações do retorno ao trabalho após licença-maternidade na rotina e no trabalho da mulher. *Fractal, Rev. Psicol.* [online]. 2018, vol.30, n.2, pp.271-280. ISSN 1984-0292. doi:10.22409/1984-0292/v30i2/5541.

GAUNT R. Maternal Gatekeeping: Antecedents and Consequences. *Journal of Family Issues*. 2008;29(3):373-395. doi:10.1177/0192513X07307851

GOLD, K. J. Women's Work: Why Are Women Physicians More Burned Out? *The Journal of the American Board of Family Medicine* May 2020, 33 (3) 351-354; doi:10.3122/jabfm.2020.03.200109, Disponível em <https://www.jabfm.org/content/33/3/351>

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y.. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando fam.*, Porto Alegre , v. 18, n. 1, p. 55-62, jun. 2014 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100006&lng=pt&nrm=iso

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C., DIAS, Lêda C, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 5, p. 7–41, 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773> .

HOFFMAN, L. W. (1977). Changes in family roles, socialization, and sex differences. *American Psychologist*, 32(8), 644–657. doi:10.1037/0003-066X.32.8.644

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa - Sistema de Estatísticas Vitais, 2018. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html?=&t=destaques>. Acesso 12 janeiro 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa - Estatísticas de Gênero - Indicadores sociais das mulheres no Brasil, 2018. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/genero/20163-estatisticas-de-genero-indicadores-sociais-das-mulheres-no-brasil.html?=&t=publicacoes>. Acesso 12 janeiro 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa - Estatísticas de Gênero. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>

KANAN, L. A. Poder e Liderança de Mulheres nas Organizações de Trabalho. **Organizações e Sociedade**, [S. l.], v. 17, n. 53, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/11104> .

LANGER, Marie. **Maternidade e Sexo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981

LEVINSON, W.; LURIE, N. When most doctors are women: what lies ahead? **Ann of Inter Med**. 2004;141(6):471-4. doi:10.7326/0003-4819-141-6-200409210-00013. PMID: 15381521.

LOVETT, K. F.; ROSS, D. A. Discrimination against women in medicine: lessons from Tokyo. **BMJ** 2018;362:k3685, 3 Sept 2018. doi:10.1136/bmj.k3685

MACHADO, M. H., coord. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 38-51. Disponível em: doi:10.1590/0103-11042018S103

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n 7, p. 01-12, abril 2017. Disponível em <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>

MINELLA, L. S. Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções. **Estudos Feministas**, v. 25, n. 3, p. 1111–1128, 2017. doi:10.1590/18069584.2017v25n3p1111.

NASCIMENTO, G. A. F.; VILLAS BÔAS, R. V. Proteção da mulher: direito individual e social à igualdade de condições no mercado de trabalho e ao direito à maternidade. **Conpendi Law Review**, v. 1, n. 6 (III Encontro de Internacionalização do CONPENDI - Madrid), p. 156-172, 2015. doi:10.26668/2448-3931_conpedilawreview/2015.v1i6.3459 Acesso em: 05 janeiro 2020.

NEUMANN, M., et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. **Acad Med**. 2011 Aug;86(8):996-1009. doi:10.1097/ACM.0b013e318221e615. PMID: 21670661.

PAES, M. F. Mulheres gestoras e trabalhadoras no SUS: reflexões sobre seus lugares de fala e os desafios para a expressão de subjetividades. In **Cartografias na saúde: ensaios da multiplicidade no cuidado** [recurso eletrônico] / Hevelyn Rosa Machert da Conceição, Túlio Batista Franco, organizadores – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2018. doi:10.18310/9788554329112

PEDROSA M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev Bras Med Fam Comunidade** [Internet]. 17º de novembro de 2005 ;1(3):72-80. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/12>

PINTO, H.A. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. **Saúde em Redes**. 2018; 4(2):191-217 [doi:10.18310/2446-48132018v4n2.1796g292](https://doi.org/10.18310/2446-48132018v4n2.1796g292)

RICH, Adrienne. **Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution**. New York: Norton, 1976. Print.

ROBINSON G.E. STUDENTJAMA. Career satisfaction in female physicians. **JAMA**. 2004 Feb 4;291(5):635. [doi: 10.1001/jama.291.5.635](https://doi.org/10.1001/jama.291.5.635). PMID: 14762047.

ROTER, D.L.; HALL, J.A.; AOKI, Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. **JAMA**. 2002 Aug 14;288(6):756-64. [doi: 10.1001/jama.288.6.756](https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756) . PMID: 12169083.

SALETTI-CUESTA L.; DELGADO, A; ORTIZ-GOMEZ, T. Género y trayectorias profesionales de las médicas de familia en Andalucía, España, a comienzos del siglo XXI. **Salud colectiva**, Buenos Aires, 10(3):313-323, septiembre-diciembre, 2014. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/scol/2014.v10n3/313-323/es/#ModalArticles>

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade, 2015. Disponível em [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface, Comunic, Saúde, Educ**, v.5, n.8, p.47-60, 2001. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/NzTkJJrXYGPHDZ3sQRbR9tc/?format=pdf&lang=pt>

SCHEFFER, M. et al., Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8. Disponível em https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 268–277, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/bioet/a/XtCnKjggnr6gFR3bTRckCxs/?lang=pt#>

SCHRAIBER, L.B., BARROS, C.R. dos S., CASTILHO, E.A. de. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [Internet]. junho de 2010;13(2):237–45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2010000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

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. [doi:10.3122/jabfm.16.6.502](https://doi.org/10.3122/jabfm.16.6.502)

SILVEIRA, D. T.; GERHARDT, T. E. (eds.). Métodos de pesquisa. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS, 2009. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo

Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Disponível em:

<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em 09 jan 2020.

SMEHA, L.N; CALVANO L.O. O que completa uma mulher? Um estudo sobre a relação entre não-maternidade e vida profissional. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 27, n. 58, p. 207-217, nov. 2017. ISSN 1980-5942. Disponível em:

<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19849>

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1327-1338, 2016. doi:10.1590/1413-81232015215.01022016

SOUZA, H. R. “Tornar-se mãe: maternidades contemporâneas no País Basco”. Resenha de IMAZ MARTINEZ, Elixabete. Convertirse em madre: etnografia del tiempo de la gestación. Madrid: ediciones Cátedra, 2010. In: Dossiê Partos, maternidades e políticas do corpo. **Civitas**, Porto Alegre, v.15, n.2, p.342-349, abr-jun 2015. doi:10.15448/1984-7289.2015.2.17957. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/civitas/a/6byxjW8RVFN4jF37yvmpLfj/?lang=pt&format=pdf>

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. Trabalho versus vida em família: conflito e culpa no cotidiano das trabalhadoras de enfermagem. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 10, n. 2, p. 43-52, dez. 2004. Disponível em https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532004000200006&lng=es&nrm=iso

SPIZZIRRI, G.; PEREIRA, C.M.A.; ABDO, C.H.N. O termo gênero e suas contextualizações. **Diagn Tratamento**. 2014;19(1);42-4. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2014/v19n1/a3969.pdf>

STARFIELD, B. Is primary care essential? *The lancet*, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 1994. doi:10.1016/S0140-6736(94)90634-3

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

STEWART, Moira; et al. In: **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3 ed. Porto Alegre : Artmed, 2017.

THE LANCET. Feminism is for everybody. **Lancet**. 2019 Feb 9;393(10171):493. editorial. doi:10.1016/S0140-6736(19)30239-9. PMID: 30739666.

TSUGAWA, Y.; JENA, A.B.; FIGUEROA, J.F., et al. Comparison of hospital mortality and readmission rates for Medicare patients treated by male vs female physicians. **JAMA Intern Med** 2017; 177: 206–213. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7875. PMID: 27992617; PMCID: PMC5558155.

VALCOUR, M.; LADGE, J.; Family and career path characteristics as predictors of women`s objective and subjective career success: Integrating traditional and protean career explanations. **Journal of Vocational Behavior**. 2008;73(2):300-309. [doi:10.1016/j.jvb.2008.06.002](https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.06.002)

VOGEL, S. R. et al. Maternal employment and perception of sex roles among college students. **Developmental Psychology**, 1970, 3, 384-391. [doi: 10.1037/h0030057](https://doi.org/10.1037/h0030057)

WEBER, L.N.D. et al T.P. Filhos em creches no século XXI e os sentimentos das mães. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 24, n. 44 p. 45-54, jan./mar. 2006. [doi:10.7213/psicolargum.v24i44.20095](https://doi.org/10.7213/psicolargum.v24i44.20095).

WONCA Europa 2002 - A DEFINIÇÃO EUROPEIA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR (CLÍNICA GERAL / MEDICINA FAMILIAR) Disponível em <https://www.woncaeurope.org/file/b662cccc-6ad6-4d34-a9a2-fd02d29fae5b/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>

ZANELLO, V. **Saúde Mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. 1ed. Curitiba: Appris, 2018.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e questionário do formulário eletrônico

Você está sendo convidado(a) para participar com voluntário(a) da pesquisa intitulada “Mudanças percebidas pelas médicas de família e comunidade no trabalho e na atuação médica após a maternidade” desenvolvido pela pesquisadora Cássia Kirsch Lanes no escopo do Mestrado Profissional em Saúde da Família ProfSaúde, sob orientação de César Augusto Orazem Favoreto.

Este trabalho tem por objetivos descrever as características sociodemográficas das médicas de família em geral formadas desde 2014, além de em outra etapa, explorar as percepções das médicas de família e comunidade que têm filhos sobre a relação entre a maternidade e a atividade profissional.

Esse questionário leva em média 3 minutos para ser preenchido. Pode ser preenchido por qualquer mulher que tenha concluído a residência em medicina de família e comunidade no Rio de Janeiro desde 2014 até 2020.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo.

Pesquisadora responsável: Cassia Kirsch Lanes

E-mail: cassiakl@gmail.com

Cel.: (21) 999493763

Declaro estar ciente de inteiro deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

1. Aceito

sim

não - encerra formulário.

2. De acordo com as categorias do IBGE para raça/cor, você se declara:

branca

parda

- preta
- amarela
- indígena
- prefiro não declarar

3. Qual sua idade em anos completos?

- entre 20-25 anos
- entre 25 e 30 anos
- entre 30 e 35 anos
- mais do que 35 anos

4. Qual foi o ano da sua graduação em Medicina? (YYYY)

5. Qual foi o ano de término da sua residência em Medicina de Família e Comunidade (YYYY)?

Se você não terminou a residência, digite "não"

6. Em que cidade você mora atualmente? (Cidade / UF)

7. Você atualmente possui algum vínculo empregatício ou trabalho?

- sim
- não

8. Você possui quanto vínculos de trabalho

- 1
- 2
- 3 ou mais

9. Qual(is) o(s) tipo(s) do(s) vínculo(s) atual(is) de trabalho? (pode marcar mais de 1 resposta)

- CLT
- RPA / PJ
- Profissional Liberal

- Bolsa
- Funcionária Pública
- outro _____

10. Atualmente você exerce atividade docente e/ou assistencial? (pode marcar mais de 1 alternativa)

- não
- assistencial
- docente de graduação
- docente de pós graduação
- preceptoria de residência
- atividade de gestão

11. Qual é a sua carga horária semanal total de trabalho remunerado? (em horas - 2 dígitos)

12. Desde quando você atua nesses vínculos? Considerar o vínculo mais antigo.

- até 12 meses
- 13 a 24 meses
- 25 a 36 meses
- mais do que 37 meses

13. Você mora com quem?

- sozinha
- amigo(a)(s)
- companheiro(a)
- companheiro(a) + filho(a)(s)
- filho(a)(s)
- outros familiares

14. Se mora com familiares, quais os familiares que moram na mesma casa que você? (Pais, avós, tios)

15. Após o término da residência médica em Medicina de Família e Comunidade, você realizou alguma educação continuada? (pode marcar mais de 1 alternativa)

- não
- Curso de Pós Graduação
- Mestrado
- Doutorado
- Curso de Aperfeiçoamento
- Residência em outra área
- Pós Graduação em outra área

16. Após o término da residência, você participou de aproximadamente quantos eventos científicos - encontros, congressos, jornadas, cursos de atualização, ? (apenas o número)

17. Você possui filhos (biológicos, adotivos, enteados)? Se você possui filhos, prossiga para as próximas perguntas. Se não possui filhos, favor enviar o formulário. Obrigada pela participação!

- sim
- não

18. Você tem quantos filhos?

- 1
- 2
- 3 ou mais

19. Qual foi o mês e ano de nascimento do seu 1o filho? (MM/AAAA)

20. Você teve licença-maternidade remunerada após o nascimento de todos os seus filhos?

- sim
- não

21. Se teve licença-maternidade remunerada, foi de quanto tempo?

- 4 meses

- 6 meses
- mais do que 6 meses

22. Seu(s) filho(s) fica(m) com quem durante o dia quando você trabalha ? (pode marcar mais de 1 alternativa)

- creche/escola
- cuidador(a) remunerado(a)
- pai da(s) criança(s)
- seus familiares
- familiares do pai da(s) criança(s)

23. Você aceitaria ser entrevistada presencialmente ou por meio virtual para fins dessa dissertação de mestrado?

- sim
- não

24. Se você aceita ser entrevistada, por favor, deixe seu nome e telefone para um possível contato. Obrigada.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as entrevistas

Você está sendo convidada(o) para participar com voluntária(o) da pesquisa intitulada “Mudanças percebidas pelas médicas de família e comunidade no trabalho e na atuação médica após a maternidade” desenvolvido pela pesquisadora Cássia Kirsch Lanes no escopo do Mestrado Profissional em Saúde da Família ProfSaúde. Este trabalho tem por objetivos descrever as características sociodemográficas de médicas de família formadas nos últimos 5 anos e explorar as percepções destas médicas de família e comunidade sobre a relação entre a maternidade e a atividade profissional

Sua participação não é obrigatória e consistirá em participar de uma entrevista semi-estruturada realizada pela pesquisadora. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos potenciais desta pesquisa são considerados mínimos e estão atrelados aos riscos de constrangimento, desconforto, vergonha ou estresse ao responder as perguntas na entrevista. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa de tal forma a minimizar os riscos.

Os benefícios relacionados a sua participação nesta pesquisa será a possibilidade de contribuir o entendimento das características da atuação profissional de uma parcela importante dos médicos de família e comunidade: as médicas de família e comunidade que se tornaram mães, e seu impacto na especialidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer frase do estudo.

Os dados da pesquisa serão coletados por gravação em áudio durante a entrevista e mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Você receberá uma cópia digital deste termo onde constam os contatos do CEP e da pesquisadora responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assinale o aceite ao final deste documento.

CAAE: 33438920.6.0000.5259

Pesquisadora responsável

Cassia Kirsch Lanes

E-mail: cassiakl@gmail.com

Cel.: (21) 999493763

Orientador

César Augusto Orazem Favoreto

E-mail: cesarfavoreto@globo.com

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa do HUPE: Atendimento de segunda a sexta-feira das 09:00-12:00h e 13:00-17:00h. Térreo do HUPE - Tels.: 2868-8253 - E-mail.: cep-hupe@uerj.br

() Aceito