



Revista dos discentes do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar

## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Crossing the border: identity, power and gender in the Medical profession*

Arieli Januzzi Buttarello<sup>1</sup>

Jorge Leite Júnior<sup>2</sup>

**Resumo:** O texto a seguir emerge de uma revisão bibliográfica sobre estudos acerca da formação da identidade médica e da relação entre médico e paciente, que autoriza o profissional médico a ser o detentor de um conhecimento específico sobre os corpos com um diferencial perante outros profissionais: seu saber é socialmente reconhecido como o mais legítimo. Constantemente em ação para se distanciar do seu objeto (doença/paciente), o profissional médico enfrenta dificuldades quando se torna paciente, entendidas na literatura como problemáticas relativas à identidade médica enquanto desempenho profissional. O artigo propõe uma outra perspectiva para a análise dessa questão: o uso do conceito de masculinidade hegemônica para compreender as práticas de gênero entremeadas no lidar com o próprio adoecimento.

**Palavras-chave:** Sociologia Médica. Identidade Médica. Relação Médico-Paciente. Práticas de Gênero. Masculinidade Hegemônica

**Abstract:** The following text emerges from a bibliographic review of studies on the formation of medical identity and the relationship between doctor and patient, which authorizes the medical professional to be the holder of specific knowledge about bodies with a difference compared to other professionals: their knowledge is socially recognized as the most legitimate. Constantly in action to distance themselves from their object (illness/patient), the medical professional faces difficulties when he becomes a patient, understood in the literature as problems related to medical identity as a professional performance. The article proposes another perspective for the analysis of this issue: the use of the concept of hegemonic masculinity to understand the gender practices intertwined in dealing with one's own illness.

**Keywords:** Medical Sociology. Medical Identity. Doctor-Patient Relationship. Gender Practices. Hegemonic Masculinity.

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Sociologia pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. *ORCID:* [0000-0002-5269-5313](https://orcid.org/0000-0002-5269-5313) - *E-mail:* [ajbuttarello@gmail.com](mailto:ajbuttarello@gmail.com).

<sup>2</sup> Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP. Professor Associado do Departamento de Sociologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-6234-9169> - *E-mail:* [jorgeleite@ufscar.br](mailto:jorgeleite@ufscar.br).



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Aieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

### **Introdução**

O abrangente alcance das estratégias sociais que dão inteligibilidade ao gênero (Butler, 2004) possui uma de suas bases mais sólidas nos saberes da Medicina, tanto em seus modos de aplicação aos grupos externos (voltados à não médicos, ao classificar os corpos sob a normatividade cisgênero e heterossexual), quanto na ordem interna do próprio grupo médico, que organiza suas escolhas de especialidades profissionais apoiados não apenas em suas identidades de gênero, mas também na generificação das especialidades clínicas. Os estudos sociológicos sobre a ordem e o poder da Medicina colocam-na como um dos elementos centrais constitutivos de nossa sociedade moderna (Foucault, 1977; Clavreul, 1983), sendo esse saber-poder constantemente posto em discussão.

Esse artigo traz reflexões sobre a formação da identidade médica, a fim de questionar o modo de entender a si mesmo daqueles que constroem o conhecimento médico. Tal importância se dá porque a Medicina foi conformada, ao longo de seu desenvolvimento histórico e de legitimação científica, subjugando corpos, enfrentando resistências e criando determinados imaginários. Assim, serão delineados, neste texto, dados sobre práticas corporais generificadas e suas relações com a teoria da “identidade médica”.

Para isso, demonstraremos como o imbricamento entre poder e gênero na profissão médica se expressa no próprio reconhecimento do que é e como deve ser um profissional dessa área. Na introdução deste artigo, trazemos a apresentação da problemática que visamos debater. Na primeira parte, abordaremos como estudos sociológicos tem entendido a formação da identidade médica; na segunda, traremos um debate sobre a insuficiência da utilização de conceitos ultrapassados nos estudos sobre a profissão médica juntamente à proposta de uma outra abordagem analítica para esses estudos, a partir de considerações sobre gênero.

Os estudos sobre identidade médica baseiam-se na verticalização entre a afirmação do que é ser médico (sujeito da prática profissional) e sua negação (lidar com o objeto de sua profissão: o doente/paciente) (Filho, 2006). Porém, essas abordagens



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Aieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

guiam-se pela teoria do papel social, não mais cabível para explicar o atual descentramento do sujeito pós-moderno (Hall, 2019). A teoria do papel social afirma que o comportamento dos indivíduos é orientado por expectativas e normas de acordo com o papel que exercem em diferentes contextos e que as pessoas ajustam suas ações para cumprir essas expectativas, ou seja, traz noções que sugerem ausência de agência.

Por isso, questionamos as abordagens dadas à construção da identidade médica, propondo tensionar essas explicações através da adoção do debate sobre gênero como perspectiva principal. Para categorizar a identidade médica em um formato diferente do que foi encontrado na literatura, utilizamos o conceito de *masculinidade hegemônica* (Connell, 1987; 2003), que se alinha a críticas sobre a inteligibilidade do sistema sexo, gênero, desejo e prática, questionando a lógica da heteronormatividade e demonstrando o quanto o caráter normativo está na base da construção dos gêneros.

Contrapondo-se às explicações de papel social de gênero (masculino ou feminino), Connell (1987) expõe que os desempenhos de gênero masculino são modelos ideais que não correspondem ao *papel* e, no caso do desempenho da masculinidade hegemônica, nem corresponde à maioria dos homens. Ainda, afirma que hegemonia não significa domínio cultural total que resulta em eliminação de alternativas, mas que significa o poder alcançado por um grupo, um estado de situação que orienta a estrutura de poder como prática e condição (Connell, 2003); não sendo a masculinidade hegemônica, portanto, algo universal e fixo - e por isso é um conceito avançado comparado à ideia de um único “papel sexual masculino” normativo, que era o discurso dominante da Sociologia nas décadas de 1970 e 1980. Através dessas análises houve maior reconhecimento da complexa estrutura das relações de gênero ao trazer elementos que auxiliam na compreensão da diversidade e multiplicidade de masculinidades.

Por tal abordagem entendemos que masculinidades são práticas e atos de corpos e identificações não apenas masculinas e que a forma hegemônica de ser masculino em nossa sociedade não afeta apenas os corpos que se identificam com tais marcas, mas se estende a outros gêneros e sexualidades. O conceito, ainda, auxilia-nos a analisar que



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

Aieli Buttarello & Jorge Leite Júnior

apesar da diversidade de masculinidades que convivem, nossa sociedade privilegia um tipo de masculinidade.

O uso do conceito de *masculinidade hegemônica* emergiu na pesquisa que resultou nesse artigo, buscando compreender o porquê de a necessidade de representação da identidade médica ser arraigado a uma unicidade identitária, que entende a disciplina e docilização dos corpos (Foucault, 1999) como ações postas em *scripts*. Se *papel social* é um conceito que fixa os indivíduos em determinadas atuações, sob uma expectativa ficcional na coerência dos atos, distanciando o entendimento sociológico do sujeito pós-moderno que se cria por constante reconstrução de identificação, é preciso avançar nas análises. Nossa compreensão é de que a formação da identidade médica tem mais proximidade com os dispositivos de gênero; e tal demonstração será apresentada através do conflito existente nas abordagens sobre o *locus* do profissional médico e o do paciente, que nos estudos sobre relação médico-paciente e identidade médica se amalgamam para explicar a necessidade do primeiro se diferenciar e distanciar do segundo. Essa disputa se complexifica quando o médico adoece, pois instaura-se a possibilidade do mesmo se tornar um paciente.<sup>3</sup>

Como veremos a seguir, há disputas pelo controle do que é ser médico e a perspectiva que defendemos é que a manutenção da identidade médica como superior na relação médico *como* paciente, se dá porque a Medicina é uma prática formada através da masculinidade hegemônica, que dissemina ensinamentos visando o afastamento da demonstração de sofrimentos, sentimentos e emoções.

### **Estudos sociológicos sobre a Medicina**

Uma das preocupações dos estudos da Sociologia Médica é compreender o processo de formação da identidade médica. Inicialmente, através da Escola de Chicago, com foco em análises sobre a socialização de estudantes de Medicina, autores essenciais

---

<sup>3</sup> Há um jargão no meio médico para afirmar a resistência dos profissionais médicos em se entenderem como pacientes: "Síndrome de Esmeraldite". Tal conceito êmico é encontrado em artigos de opinião, escritos por médicos, e em livros em que relatam experiências de doenças. Tal termo não é encontrado em discussões acadêmicas e não será abordado neste artigo; no entanto, uma pesquisa sobre ele está em desenvolvimento na tese de doutorado da autora.



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Arieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

para a consolidação da área da Sociologia Médica registraram o processo de assimilação de valores e modos de pensar e agir desses sujeitos. Nas décadas de 1950 e 1960, Everett Hughes (1956); Howard Becker, Everett Hughes, Anselm Strauss & Blanche Geer (1961) e Samuel Bloom (1963) foram pesquisadores que influenciaram, as compreensões posteriores e iniciaram caminhos metodológicos para que se pudesse estudar sociológica, antropológica e politicamente os espaços de convívio médico. Da análise sociológica funcionalista, que se interessou pelos grupos médicos, temos os estudos de Parsons (1951), que definiu o “papel do doente”, e Merton e colaboradores (1957).

Posteriormente, na década de 1970, para além do meio educacional da graduação médica, Freidson (1970) levou o entendimento de moldagem da identidade dos médicos para as explicações sobre os processos pelos quais os indivíduos adquirem identidades e competências a partir do grupo profissional. Através de suas elaborações, nas pesquisas das práticas médicas são inseridos temas como a autonomia profissional, o controle do conhecimento, a assimetria de informações e poder na relação médico-paciente e os artifícios pela busca da manutenção do *status* conferido à profissão. A análise da conformação desses elementos tornou-se uma multiplicidade de questões que ainda levam a numerosas e constantes pesquisas em prol de compreender como os médicos moldam suas práticas, interagem com os pacientes e estabelecem prestígio e poder dentro da sociedade.

A literatura que lida com o conceito de identidade médica, que ora tende ao campo da Psicologia e ora à Sociologia, compreende majoritariamente o tema via identidade profissional, através de explicações sobre socialização e desempenho do papel social. Assim, uma das partes constituintes do ser médico (e manter tal imagem social) é a separação marcada na relação do agente identificado como profissional médico e o agente identificado como objeto de seu trabalho, o paciente/doente. Nesses estudos sobre a relação médico-paciente é evidente o consenso dos pesquisadores de que há um limbo que separa os dois *locus* dessa relação, devido à dominação do conhecimento por parte do médico e o assujeitamento do paciente (Caprara & Franco,



## Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica

Aieli Buttarello & Jorge Leite Júnior

1999; Russo, 2006). Assim, para a manutenção da identidade médica, o profissional constantemente reforça aquilo que ele não é.

Se ser médico é não ser paciente, quando um médico adoecer surgem tensões na percepção de si e rupturas nas expectativas sociais do “papel do médico”. Diversos foram os conceitos que buscaram explicar sobre a dificuldade do profissional médico ao se reconhecer enquanto paciente, como *role reverse* (Morishita, Lida & Nishigori, 2019), *role dilema* (Wistrand, 2017), *role ambiguity* (Jaye & Wilson, 2003), *wounded healers*<sup>4</sup>. Esses termos têm em comum a observação do fato de que médicos enfermos agem de modo a esconder seus adoecimentos (como não deixando de trabalhar e se automedicando) e que não aceitam ser pacientes porque sentem medo da perda de confiabilidade e privacidade no meio profissional (Schneck *et al.*, 1998 *apud* Steffen *et al.*, 2015; Tarkowski *et al.*, 2016).

Por tal lógica, ainda apresentada na literatura contemporânea, o médico põe-se diante de um conflito identitário, pois doente é aquele que se submete a tratamentos e médico é aquele que trata (Jaye & Wilson, 2003; Wistrand, 2017; Morishita, Lida & Nishigori, 2019). Por essa concepção de identidade médica percebemos a manutenção de uma rigidez através do reforço do uso de “papel social”, que se aproxima de perspectivas sociológicas ultrapassadas e se afasta de definições atuais de identidade, baseadas em noções que apontam para a fragmentação da identidade do sujeito pós-moderno, como apresentadas por Stuart Hall (2019), que explica a identidade como um processo em constante mudança, de caráter dinâmico.

---

<sup>4</sup> A noção de *wounded healer* baseia-se na ideia de arquétipos, criada pelo psiquiatra suíço Carl Gustav Jung. Essa noção do Curador Ferido, visa explicar que aqueles que são capazes de tratar suas feridas aprendem o caminho e podem guiar os demais, e é utilizada em alguns trabalhos para afirmar que os médicos (curadores) que passam por doenças conseguem lidar melhor com seus pacientes. É importante notar que “arquétipo” é um conceito da psicologia analítica, não sendo usado na Sociologia, além de ser uma noção embasada em mitos e tradições religiosas, extrapolando a explicação psicológica. Possui relação com o mito de Asclépio, pois na mitologia greco-romana, Asclépios/Esculápio é considerado o fundador da Medicina. Ele foi salvo do ventre da mãe, cujo corpo se queimou, e criado pelo centauro Quíron, com o qual aprendeu sobre ervas e a arte da cura (Groesbeck, 1975). Esse mito, segundo Neto (2013), é coerente com a crença de que o médico deve passar por algum tipo de sacrifício para que possa exercer plenamente seu ofício. “As dores teriam tornado Asclépios capaz de compreender todo o sofrimento dos doentes, encontrando remédio para todos os males” (Neto, 2013, p. 268).



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Aieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

Há um conflito, portanto, entre a noção de identidade estável, que é elemento constituinte dos trabalhos investigativos sobre a formação da identidade médica e o quadro teórico necessário para uma análise pós-moderna. Para avançar no debate, propomos o cruzamento da fronteira: pensar a formação da identidade médica através de práticas generificadas. O questionamento sobre a solidificação do conceito de identidade médica será guiado pela compreensão de que o distanciamento dos elementos de reconhecimento de ser paciente se dá menos pela manutenção da imagem social médica e mais por conta de que o *status* da Medicina, ao longo do tempo, foi firmada como uma profissão majoritariamente masculina.

### **Tornar-se médico**

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

Similarmente, em pesquisa com médicos em atuação em consultórios, sem especificação do local e ano de realização, Castelhana & Wahba (2020) afirmam que esses profissionais são pouco atentos às suas emoções e mesmo quando as reconhecem, encontram dificuldade para falar sobre elas e refletir sobre “como” e “o que” os afeta. É interessante atentarmos para a configuração desse meio profissional: os médicos são estimulados socialmente à crença e à sensação de invulnerabilidade (Jaye & Wilson, 2003; Klitzman, 2008), buscam ser “super-humanos” para seus pacientes e para os membros de sua própria comunidade (Tarkowski *et al.*, 2016), são os que experimentam



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Aieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

novos medicamentos em si mesmos para fins científicos (Wistrand, 2017) e apresentam formas de resistência quando confrontados com a exaustão (como, por exemplo, uso de medicamentos ou drogas ilícitas). Esses dados apontam para o entendimento de sensação de invulnerabilidade corporal e simbólica, que permeiam as percepções de médicos sobre o seu meio (a si mesmos e pares).

A dificuldade de alteridade nos ambientes de ensino e de trabalho dos médicos alerta para o entrelaçamento de inabilidades de comunicação emocional (reprimidas pelo próprio meio médico) e para a ausência de vínculo com pacientes, gerados por um dever profissional de não se reconhecer no Outro. Esses elementos de distanciamento amalgamam-se sob marcas de distinção social por *status* e privilégios concedidos a essa “profissão imperial” (Vargas, 2010). Convém, então, questionar: se a delimitação dos “de dentro e de fora” for eliminada, no caso da relação entre médicos e pacientes-médicos, a assimetria na relação médico-paciente seria anulada?

Sugerimos que não, pois apesar da tentativa de rigidez identitária, construída pela identidade profissional através da tarefa de ser médico o tempo todo<sup>5</sup>, reconhecemos a assimetria entre as classes sociais, etnias, cor de pele, origem, gênero, expressões sexuais e corpos, dentro do mesmo grupo profissional (Siqueira, 2017). Com foco na organização dos gêneros (que têm como pressupostos a cisgeneridade e a heteronorma), as identificações de gênero dos profissionais influenciam em suas interações e são elementos intrínsecos à composição da identidade médica, à relação médico-paciente e ao processo saúde-doença.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> A necessidade de ser médico em período integral circula no meio médico entrelaçada à noção de responsabilidade profissional e à simbologia de “heroísmo”. Filho (2006) comentando sobre essa situação de ser médico em tempo integral, mostra a noção de grandiosidade que isso elabora na imagem de si: “[...] nossos antigos mestres nos ensinavam que devíamos ser sempre médicos aonde quer que estivéssemos [...] Éramos heróis, aplaudidos pelos nossos pacientes, pela sociedade, enfim” (Filho, 2006, p. 217). Esse elemento heroico e a identidade que se visa íntegra ajuda a compreender porque um médico adoecido enfrenta uma crise de fundamental importância.

<sup>6</sup> O uso dos termos masculino e feminino neste texto não se pauta em reforçar ideias de binariedade ou heteronormatização. Porém, são essas as categorias majoritariamente encontradas nas descrições de outros pesquisadores sobre a identidade médica, que colocam os médicos em categorias binárias, cisgêneras e heterossexuais. Isso nos leva a compreender que há uma força social que organiza a vida das pessoas a depender de suas auto-categorizações no meio médico, e que se expressa, por exemplo, pelas evidências de concentração de homens e mulheres em especialidades com valorações generificadas.





## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Aieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

### **Tornar-se paciente**

Em estudo sobre quais os significados de saúde e doença para estudantes de Medicina ao longo do curso, Lerman, Fiore & Blay (2016) entrevistaram alunos da Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp), sem especificação do ano de realização, e trouxeram alguns aspectos relevantes para pensarmos acerca do entendimento da própria doença por agentes do meio médico – no caso, aprendizes de Medicina. Os autores observaram que para muitos participantes da pesquisa era impossível se imaginarem no lugar dos pacientes, seja pela necessidade de distanciamento para exercerem sua atividade de tratamento, seja pela falta de experiência própria de adoecimento. Citam, ainda, que mesmo que o curso de Medicina leve os alunos a se identificarem com os pacientes, o que ocorre é “[...] mais uma autorreferência do que uma autorreflexão a respeito do que acontece consigo mesmo” (Lerman, Fiore & Blay, 2016, p. 675).

Em sentido similar, há vários relatos divulgados por profissionais médicos sobre momentos em que eles mesmos foram pacientes, como Sacks (1991), Rosenbaum (1993), Kurland (2004), Varella (2007) e Sampaio (2021). Um ponto comum em todos os relatos, embora sejam bem diferentes uns dos outros, é a presença da dificuldade em aceitar a perda, mesmo que temporária, do *locus* social de quem trata, diagnostica, receita medicamentos e realiza cirurgias. Wistrand (2017) denominou tal dilema como paradoxo *sick doctor* (Wistrand, 2017), afirmando a apreensão do impacto na identidade, no papel do médico e na percepção de sua imagem social quando o profissional admite doença ou sofrimento e decide buscar auxílio.

Apesar da escassez de investigações científicas sobre experiências de adoecimento médico (Tarkowski *et al.*, 2016; Morishita, Iida & Nishigori, 2019) e do esvaziamento teórico das abordagens de estudos sobre a identidade médica (baseadas na teoria dos papéis sociais), é possível avançarmos na investigação considerando um outro modo de abordar a problemática, como será proposto a seguir.



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Arieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

Ao invés de considerarmos a disciplina e docilização dos corpos dos profissionais médicos próximas às ações postas em *scripts* e na representação do médico na sociedade, consideramos suas práticas próximas aos dispositivos de gênero. Isso porque é altamente defensável argumentar que por conta do desenrolar da Medicina ter se dado por um viés androcêntrico, os comportamentos de sensação de invulnerabilidade e exposição aos riscos estão entrelaçados ao estereótipo masculino hegemônico.

### **Identidade médica generificada**

A masculinidade hegemônica conecta-se aos vieses culturais por meio de simbologias que demonstram potência e que resultam em ações de anulação de signos que colocam em xeque a virilidade e levam ao afastamento de tudo o que possa parecer vulnerabilidade e fragilidade. Ao termos que a doença é compreendida em nossa sociedade através de aspectos de vulnerabilidade e fragilidade, podemos relacionar o fato de que profissionais médicos, de qualquer gênero, apresentam dificuldade em buscar auxílio quando adoecidos ao fato de que esse modo de agir é semelhante às atitudes condizentes aos atos dos homens em relação à própria saúde.

As barreiras do cuidado de si pelos homens, que são processos históricos e sociologicamente percebidos, acumulam consequências como o alto índice de adoecimento por doenças graves em comparação com o gênero feminino, e afirmações da dificuldade de expressar e assumir suas emoções e lidar com suas dores (Bento, 2015). Na sociedade brasileira, a masculinidade tem “[...] sinônimo de força, sucesso, capacidade, confiança, domínio, controle” (Bento, 2015, p. 89) e os referenciais masculinos elaborados culturalmente influenciam todo o espaço social, incluindo a ciência e a prática médica.

Junto a isso, a Medicina se construiu por uma racionalidade que é masculinizada e exige que uma determinada ordem, através do domínio masculino, seja seguida. A história da Medicina, feita por homens e para homens, vinculou a forma de pensar masculinizada à prática médica, que teve raízes criadas na submissão de corpos, experiências, vivências, práticas, sentimentos, pensamentos, e em apagamento de



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Arieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

subjetividades no geral. Mulheres foram rechaçadas pelo meio médico (Rezende, 2009), tanto em sua possibilidade de prática (Martins, 2020; Marinho & Nicolau, 2023) quanto pela subjugação de seus corpos sexualizados e generificados.<sup>7</sup>

A presença de mulheres na Medicina foi sendo dificultada enquanto a prática médica se tornava científica a partir das considerações da racionalidade moderna, e desde o início do desenvolvimento da razão científica houve imbricação entre os ideais dos postulados científicos com o ideal de masculinidade (Oliveira, 2004). Um exemplo, é a descrição óssea do corpo da mulher por anatomistas do século XVIII, que afirmavam essa ter a pélvis e o crânio menor que dos homens, e quando foi comprovada a inverdade dessa afirmação, logo trataram de justificar o tamanho maior do crânio feminino (em média) com a insuficiência cognitiva e a infância, afirmando isso porque os bebês possuem crânios maiores comparativamente a seus corpos (Oliveira, 2004).

Os produtos científicos dessa perspectiva médica repercutem em nossa atualidade porque seguem sendo influenciados pelo contexto cultural que ainda se apresenta desvalorizando identificações feminina/não-masculina, não-branca e não-heterossexual. Exemplos são trazidos por Bolonha (2022), que se atenta sobre discriminação às pessoas transgênero em fichas de cadastro de pacientes em consultórios médicos (que pressupõem gênero como correspondente a sexo biológico binarizado na identificação) e os dados discutidos por Leal *et al.* (2017) de que as mulheres negras, nas cirurgias de parto, ou recebem menos ou não recebem dose de anestesia (comparadas a mulheres brancas)<sup>8</sup>.

“A ciência e suas ‘descobertas’ - conspiraram - para legitimar a supremacia androcêntrica” (Oliveira, 2004, p. 54) e, ao encontro disso, temos as considerações de

---

<sup>7</sup> Corpos de mulheres são subjugados e apagados na Medicina. Exemplos são o que Diniz (2008) menciona sobre o período em que pesquisas sobre câncer de colo de útero eram feitas com homens (cisgêneros) e que apenas no ano 2023 começaram a ser realizadas pesquisas sobre absorventes para menstruação com sangue verdadeiro (Vidal, 2023).

<sup>8</sup> O início da Ginecologia se deu através de crueldades com mulheres negras. O denominado “pai da Ginecologia Moderna”, James Marion Sims, explorava os corpos de mulheres escravizadas para experiências cirúrgicas. Uma delas foi Anarcha Westcott, que em 1820, sofreu a primeira “cirurgia” sem anestesia, exposta a outros tantos médicos homens e brancos – tendo seu corpo explorado em mais três dezenas dessas dilacerações. Uma tentativa de reparação histórica foi a estátua em homenagem a esse homem no Central Park, em Nova York, ter sido removida e substituída por uma placa informativa sobre seus atos contra Anarcha e outras duas mulheres escravizadas, Lucy e Betsey - em 2018.



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Arieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

Connell (2003) sobre a ciência e a tecnologia serem vertentes da masculinidade hegemônica, que estabelece sua autoridade pela proximidade de tudo que se denomina racionalidade (em contraposição ao que se conecta com o emocional). No geral, a doença é vista como fraqueza, e sendo o profissional médico a figura representativa do afastamento dessa vulnerabilidade, podemos compreender que o controle das emoções e o silenciamento do sofrimento quando o corpo está adoecido, no meio médico, desenrola-se devido aos aspectos generificados (masculinizados) da prática médica, explicando os comportamentos de sensação de invulnerabilidade e exposição a perigos, que são entrelaçados ao estereótipo masculino hegemônico, permeado por símbolos de comportamento de risco e demonstração de força (física e emocional).

Karpinski (2020) e Joffe (2020) nos informam que são pelas perspectivas de invulnerabilidade de seu corpo que os médicos internalizam o presenteísmo (ato de trabalhar mesmo doente), pois médicos percebem o absenteísmo como uma falha, dado que a cultura médica traz forte expectativa de competência e competitividade (Fox *et al.*, 2011), sendo tal comportamento implicitamente requerido apesar dos riscos à saúde trazidos aos profissionais e aos pacientes (Tarkowski *et al.*, 2016). Entendemos que os valores normativos da ordem de gênero orientam as práticas de masculinidade hegemônica e estão presentes na formação da identidade médica, já que se assemelham aos dados das práticas de cuidado dos profissionais médicos (Klitzman, 2008; Karpinski, 2020).

As assimetrias de relações de gênero no meio médico são evidentes porque um médico não cumpre o seu “papel” de forma igual a depender do paciente, pois existem elementos que alteram as formas dos toques no corpo do paciente e a lógica de pensar o diagnóstico a depender da identificação de gênero da pessoa sob exame. Além disso, as assimetrias de relações de gênero influenciam na escolha, pelos pacientes, do sexo do médico: Himmelstein & Sanchez (2016) afirmam que homens têm preferência de serem consultados por médicos homens porque a masculinidade está amplamente associada ao preconceito de gênero, incluindo a ideia de que as mulheres são menos competentes do que os homens na Medicina. Outro dado trazido por essas pesquisadoras é que pacientes



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Aieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

homens relatam menos sintomas e menos dor do que as mulheres (em níveis equivalentes de patologia), demonstrando-nos que uma forma de legitimação da masculinidade é negar as necessidades relacionadas com a saúde.

Esse tipo de masculinidade, que endossa a dureza e o desdém aos signos da feminilidade, se expressa na dinâmica do campo profissional médico. Há duas décadas temos vivido o fenômeno da “Feminização da Medicina” (Scheffer, 2023), que consiste no aumento do número de mulheres estudantes de Medicina e registradas nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM), resultando em grande modificação no meio médico reconhecidamente de predominância masculina. Porém, esse movimento depende da especialidade médica analisada, sendo preciso considerar a ocorrência de “[...] evasão masculina de algumas especialidades que passaram a ser consideradas mais femininas” (Ávila, 2014, p. 144), e a desvalorização social ou econômica da profissão, por conta da desqualificação do que é feito por mulheres e o persistente imaginário de que ser médico está relacionado aos atos cirúrgicos (Ávila, 2014), especialidade majoritariamente ocupadas por homens.

As habilidades prestigiadas em nossa sociedade são correlacionadas ao gênero masculino e essas composições sociais levam as especialidades médicas a se generificarem, resultando no ideário de que ser médico condiz às práticas corporais ligadas às identidades masculinas (com simbologias ligadas à assertividade e racionalidade) (Ávila, 2014). Connell (2003) afirma que algumas práticas são significantes para a reputação masculina em contexto grupal de pares, sendo a competitividade e disputa por domínios uma delas. No meio médico, encontramos dados de comportamentos que demonstram um convívio permeado por modos de diminuição do Outro (Rios & Schraiber, 2012), evidenciando a demonstração de virilidade (potência



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Arieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

física e sexual)<sup>9</sup> e a presença de preconceitos de gênero (Ávila, 2014; Moretti-Pires, 2017; Raimondi, 2017; Bolonha 2022).

Alguns desses dados são os que Moretti-Pires (2017) analisou sobre atitudes misóginas, de violência contra a mulher e homofóbicas em competições esportivas e festas universitárias de alunos de Medicina, que levaram o autor a afirmar que as identidades médicas vão sendo formadas em meio à uma lógica de “ideário médico conservador, masculinista e heteronormativo” que “privilegia o homem heterossexual e os demais são abjetos” (Moretti-Pires, 2017), sendo tais atitudes comuns entre os alunos e repassadas de forma explícita ou implícita por profissionais e professores durante a formação médica.

O modo de praticar a masculinidade concede privilégios ou rechaços, e embora a prática masculina seja plural, “[...] a masculinidade não é uma entidade fixa encarnada no corpo ou nos traços da personalidade dos indivíduos. As masculinidades são configurações de práticas que são realizadas na ação social” (Connell & Messerschmidt, 2013, p. 250). Através disso, podemos entender um importante aspecto da prática de gênero: ela extrapola o gênero de identificação (indivíduos não-masculinos e não-masculinos hegemônicos podem ter atitudes e pensamentos machistas, que é “algo de homem”).<sup>10</sup> Portanto, mais importante que o gênero dos produtores da prática médica

---

<sup>9</sup> Dentre os atos de demonstração da potência masculina, citamos três casos recentes, ocorridos no meio médico, que circularam na mídia brasileira: em 2016, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) foi instaurada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo para investigar diversos casos de violência de gênero na formação médica através de uma série de denúncias de estupros que surgiram no curso de medicina da Universidade de São Paulo (USP). Em 2017, estudantes da Universidade de Vila Velha (Universidade Privada no Espírito Santo), postaram uma foto, em suas redes sociais, vestidos com jaleco branco e estetoscópio no pescoço (símbolos da identidade médica), calças abaixadas e fazendo, com as mãos, um símbolo que se remete ao órgão sexual feminino. Entre as postagens, um deles publicou a foto com a descrição “pintos nervosos”. Em 2023, em uma competição esportiva entre alunos de Medicina, durante um jogo de vôlei feminino, alunos da Universidade de Santo Amaro (Universidade privada no Estado de São Paulo) deixaram seus pênis expostos e simularam (?) ato de masturbação, invadindo a quadra após o final do jogo – posteriormente noticiado que esse ato faz parte de uma “cartilha de obrigações” elaborada por veteranos que coagem e ameaçam aqueles que não cumprem os atos. A violência nesses espaços tem muitas camadas.

<sup>10</sup> Para Connel (2003), hegemonia é um estado de situação que orienta a estrutura de poder de um grupo como prática e condição. Em uma primeira abordagem, a autora considerava a masculinidade hegemônica caracterizada por categorias de força física, agressividade, controle de emoções, virilidade, heterossexualidade e domínio sobre mulheres e demais formas de expressão masculina que não a hegemônica (Connel, 2003). Posteriormente, apontou a flexibilidade das normas de masculinidade e



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Arieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

são os esquemas de pensamento sobre gênero que percorrem esse meio. A Medicina é uma prática que generifica os próprios médicos.

Uma definição importante, no sentido de generificação das práticas profissionais, é pensar que a Medicina ocidental moderna não é prática de cuidado, mas sim prática de tratamento. O cuidado é conferido como algo praticado somente pelas mulheres na sociedade, perspectiva que é criticada por diferentes frentes da Sociologia. Isso explica porque a Medicina é dada como soberana dentro da área da saúde, distanciando-se de práticas horizontalizadas do saber (pela hierarquia dos conhecimentos) e nos indica sobre a construção da base para a materialidade das práticas sociais (e corporais) de gênero.

As formações médicas se conformam por uma cultura misógina, transfóbica, machista (Moretti-Pires, 2017; Raimondi, 2017; Bolonha 2022), que reforça, através de aprendizados curriculares oficiais ou ocultos, a cisgeneridade, heterossexualidade e o apagamento do feminino e das identificações de gênero não- inteligíveis, apostando em uma única via de coerência das identidades de gênero e relegando como abjetas outras tantas que divergem desse padrão.

Esse descarte de vivências pela prática médica, guiada pela prática de gênero, quando voltada para si resulta nos relatos dos profissionais médicos sobre a dificuldade de lidar com a doença em seu próprio corpo, como exposto por Jaye & Wilson (2003), Klitzman (2008), Tarkowsky *et al.* (2016), Wistrand (2017) e Morishita, Iida & Nishigori (2020). Os relatos da ocultação da vulnerabilidade e às disputas entre os próprios médicos (dada pelo imaginário de que médico doente é “menos médico”), está diretamente relacionada à masculinidade hegemônica. E como a masculinidade hegemônica não é prática que influencia apenas um nicho de homens, esse comportamento pode atingir todo o meio médico, independentemente da identificação de gênero do profissional. Perguntas para essa reflexão são: as mulheres médicas agem de forma diferenciada ou similar aos homens médicos ao lidar com os próprios adoecimentos? E os profissionais não-heterossexuais? E as médicas *trans*? Ou seja, se há

---

afirmou que as experiências masculinas são diversas e variam de acordo com raça, classe e orientação sexual (Connell & Messerschmidt, 2013).



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Arieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

presunção de cisgeneridade e heterossexualidade no meio médico, convém pensarmos sobre as imitações ou rechaços da prática da masculinidade hegemônica entre as diferentes identidades de gênero e orientações sexuais.

Os relatos consultados sobre a situação do médico enfermo não apresentam diferenciações entre as experiências de médicos e médicas, exatamente porque há ausência de questionamento de comportamentos através do gênero, já que o “ser médico” preestabelece-se como profissão masculina nos imaginários. Porém, Hoirisch (1976), traz considerações sobre o desempenho da médica, enquanto paciente, entendendo que é “mais fácil de lidar”, já que devido à “[...] adaptação à cultura patriarcal [a médica] consegue exercer com mais facilidade os papéis de esposa, mãe, dona de casa [e] é provável ser esta a razão de portar-se menos exclusivamente médica” (Hoirisch, 1976, p. 89). Essa prática de gênero conformada pela subjugação coloca a mulher como ou acostumada ao sofrimento ou em sofrimento porque não se acostuma com o meio, tal como Ross (1973), em um estudo da mesma década, afirma sobre os fatores que contribuem ao suicídio de médicas: são competitivas, ambiciosas, individualistas, compulsivas e inteligentes. São notórias as considerações misóginas dessas afirmações, pois a primeira reafirma o lugar de subalternidade da mulher e a segunda traz qualidades como exclusivas de um gênero dentro do meio médico.

Como Connell & Messerschmidt (2013, p. 264) expõem, não há como desconsiderar elementos como classe social e cor de pele, afirmando que “[...] mulheres burguesas podem se apropriar de aspectos da masculinidade hegemônica ao construir carreiras profissionais ou corporativas”, pois as práticas de masculinidades (e feminilidades ou outras) são negociadas e podem tanto legitimar opressões quanto aspectos mais democráticos. Junto a isso, temos o ponto comum nos relatos dos médicos como pacientes: a percepção de “frieza” dos médicos consultados e a impessoalidade dos profissionais para com os pacientes, priorizando o corpo-objeto sobre o corpo-pessoa (Russo, 2006). Isso nos leva a relacionar o embrutecimento da prática médica à questão de generificação do meio, a partir de um tipo de masculinidade.





## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Arieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

Afinal, se a própria ciência e tecnologia são masculinizadas e a prática médica atual traz uma homogeneização técnica que tem como consequência marcar a representação identitária do meio médico, o embrutecimento de si é uma característica da masculinidade hegemônica exigida no fazer médico. Ou seja, o fazer da Medicina é uma prática configurada por características que são legitimamente masculinizadas, dado o histórico dessa área ser majoritariamente masculino e refletido até nossa atualidade. Tal prática perpassa os corpos e a fictícia coerência entre sexo e gênero, levando pessoas que não se reconhecem no gênero masculino ou na masculinidade hegemônica a exercerem o ordenamento masculinizado. Não é simples e nem fácil perceber essa configuração, já que atos de “identidade médica” são justificados por outros vieses, como o tecnicista, e não pelo viés de gênero.

Se então a masculinidade hegemônica com que lidamos no meio médico condiz com opressões de corpos e comportamentos femininos e de masculinidades subordinadas, e os elementos condizentes a esses relacionam-se com emotividade e cuidado, a prática médica objetiva manter-se distante disso, criando sua identidade numa configuração mais tecnicizada, seguindo a epistemologia que afirma a separação entre racionalidade e outras lógicas de percepções do mundo (como emoções e sentimentos). Por isso, é válido questionar como são as estratégias para manutenção de uma masculinidade hegemônica na Medicina e quais são as estratégias de fuga dessa relação de poder.

### **Considerações finais**

Buscamos, através de um esforço analítico, categorizar a identidade médica em um formato diferente do que é encontrado na literatura até então. O que temos nas produções sobre tal formação identitária corresponde aos aspectos de manutenção da posição de tal representação a partir de elementos que exaltam o enrijecimento de identidade, de forma descompassada com possibilidades de existir do sujeito pós-moderno, dotado de identidades múltiplas.



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Arieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

Ao buscar diminuir o distanciamento entre as teorias da identidade médica e da sociologia atual, desenvolvemos uma percepção que trouxe os debates sobre o gênero em primeiro plano para falar sobre a formação da identidade médica. Vimos que o meio médico, em sua legitimação científico-tecnológica, desenvolveu-se sob considerações androcêntricas, resultando no arraigamento de uma normatividade masculina, nos mostrando a possibilidade de compreender que o fazer da Medicina é uma prática configurada por características que são legitimamente masculinizadas.

As vantagens em reinterpretarmos o amplo conceito da identidade médica através das relações de gênero e críticas às assimetrias de papel (médico *versus* paciente) nos traz um debate mais aprofundado sobre as interseccionalidades na configuração das relações de poder em nossa sociedade. A insuficiência dos debates sobre o adoecimento dentro do próprio meio médico levou-nos à defesa da noção de que os médicos entendem seus corpos como diferentes não apenas por conta da assimetria criada na relação médico-paciente, mas principalmente porque ao praticarem a masculinidade hegemônica (que prescreve o controle e ocultação dos sentimentos) os profissionais médicos são ensinados socialmente a se afastar de comportamentos que os levem a reconhecer e compartilhar suas vulnerabilidades.

O movimento de reinterpretação emerge pela necessidade de atualizarmos nossos olhares sobre uma profissão que centraliza o discurso sobre corpos, mentes, experiências - e que pode ou não legitimar dissidências. A Medicina está na vanguarda do biopoder que cria diferenças nos corpos (Moretti-Pires, 2017) e produz formas próprias de entender o gênero, podendo reforçar representações que resultam em hierarquia entre os corpos, reiterando antigas ideias de antagonismo entre masculino e o feminino com suas crenças sobre domínio e subalternidade.

### **Referências**

Ávila, Rebeca Contrera. Formação das Mulheres nas Escolas de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 142-149, 2014.

Becker, Howard Saul; Blanche, Geer; Hughes, Everett C. & Strauss, Anselm. **Boys in white**: student culture in medical school. Chicago: The University of Chicago Press, 1961.



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Arieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

Bento, Berenice. **Homem não tece a dor**: queixas e perplexidades masculinas. 2. Ed. - Natal: EdUFRN, 2015.

Bloom, Samuel W. The process of becoming a physician. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. **Medicine and Society**, v. 346, n. 1, p.77-87, 1963.

Bolonha, Fabíola Jundurian. **Dimensões de corpo, gênero e sexualidade na formação médica**: disputas e silenciamentos na composição curricular da UACV/CFP/UFCGs. Tese (Doutorado em Educação), Fortaleza: Universidade Federal de Sergipe, 2022.

Butler, Judith. **Undoing gender**. New York: Routledge, 2004.

Buttarello, Arieli Januzzi. O cientista social como educador na prática médica. *In: XV Semana de Pós-Graduação da Unesp/FCLAr*. Araraquara: **Anais do XV SPGUNESP**, p. 1398, 2016.

Caprara, Andrea & Franco, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

Castelhano, Laura Marques & Wahba, Liliana Liviano. As emoções do médico e as implicações para a prática clínica. **Psicologia USP**, v. 31, 2020.

Clavreul, Jean. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. Trad. Noujaim, Jorge Gabriel; Jorge, Marco Antonio Coutinho & Silveira Jr., Potiguara Mendes da. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

Connell, Raewyn W. **Gender and power**. Society, the person and sexual politics. Cambridge/Oxford: Polity Press, 1987.

Connell, Raewyn W. **Masculinidades**. Trad. Irene M. Artigas. Cidade do México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.

Connell, Robert W. & Messerschmidt, James W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. Trad. Felipe Bruno Martins Fernandes. **Estudos Feministas**, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013.

Diniz, Débora. Bioética e gênero. **Revista Bioética**, v. 16, n. 2, p. 207-216, 2008.

Filho, Júlio de Mello. Identidade médica: o normal e o patológico. *In: Filho, Júlio de Mello (Org.)*. **Identidade Médica**: implicações históricas e antropológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.



**Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Aieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

Foucault, Michel. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

Foucault, Michel. **Vigiar e punir**. Nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramallete. 20 Ed. - Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

Fox, Fiona E.; Doran, Natasha J.; Rodham, Karen J.; Taylor, Gordon J.; Harris, Michael F. & O'Connor, Michael. Junior doctors' experiences of personal illness: a qualitative study. **Med Educ.**, v. 12, n. 45, p. 1251-61, 2011.

Freidson, Eliot. **Profession of Medicine**: a study of sociology of applied knowledge. Dodd, Mead & Company, 1970.

Groesbeck, C. J. The archetypal image of the wounded healer. **The Journal of Analytical Psychology**, v. 20, n. 2, p. 122-145, 1975.

Hall, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Trad. Tomaz Tadeu da Silva & Guacira Lopes Louro. 12. Ed. - Rio de Janeiro: Lamparina, 2019.

Himmelstein, Mary S. & Sanchez, Diana T. Masculinity in the doctor's office: Masculinity, gendered doctor preference and doctor-patient communication. **Preventive Medicine**, v. 84, p. 34-40, 2016.

Hoirisch, Adolpho. **O problema da identidade médica**. Tese de Livre Docência (Concurso para Professor Titular de Psicologia Médica), Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1976.

Hughes, Everett C. The making of a physician: general statement of ideas and problems. **Human Organization**, v. 14, n. 4, p. 21-25, 1956.

Jaye, Chrystal & Wilson, Hamish. When general practitioners become patients. **Health**, v. 7, n. 2, p. 201-225, 2003.

Joffe, Steven. Doctors working while sick is bad enough in ordinary times. During the Covid-19 outbreak it could be catastrophic. **Stat**, 2020.

Karpinski, Juliana. Médico que trabalha doente já é algo ruim em tempos normais, mas e durante a pandemia de Covid-19? **Global Health League**, 2020.

Klitzman, Robert. **When doctors become patient**. Oxford: Oxford University Press, 2008.

Kurland, Geoffrey. **Meu próprio remédio**: a vida de um médico como paciente. Trad. S. Lopes. Porto Alegre: Lugano, 2004.



## **Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Aieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

Leal, Maria do Carmo; Gama, Silvana Granado Nogueira da; Pereira, Ana Paula Esteves; Pacheco, Vanessa Eufrauzino; Carmo, Cleber Nascimento do & Santos, Ricardo Ventura. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, 2017.

Lerman, Tatiana Gottlieb; Fiore, Maria Luiza de Mattos; Blay, Sérgio Luís. O significado de saúde e doença para o aluno de Medicina ao longo da graduação: estudo exploratório entre alunos da Unifesp – EPM. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 669-677, out./dez. 2016.

Marinho, Ana Lúcia Torres; Nicolau, Jairo Cesar Marconi. Poderosas mulheres pretas, indígenas e transexuais: novos atores (ou atrizes) na formação da elite médica? **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v. 01, p. 157-174, jan. 2023.

Martins, Ana Paula Vosne. A mulher, o médico e as historiadoras: um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 241-264, jan./mar. 2020, p. 241-264.

Merton, Robert K.; Reader, George C. & Kendall, Patrícia L. **The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education**. Cambridge: Harvard University Press, 1957.

Moretti-Pires, Rodrigo Otávio. **Domesticando corpos, construindo médicos: das relações de gênero a uma sociologia da profissão**. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política), Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

Morishita Mariko; Iida, Junko & Nishigori, Hiroshi. Doctors' experience of becoming patients and its influence on their medical practice: A literature review. **Explore**, v. 16, n. 3, p. 145-151, 2020.

Neto, Alfredo Demétrio Jorge. Identidade profissional e as Humanidades na Famed/UFU. **Revista de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 266-274, 2013.

Oliveira, Pedro Paulo de. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

Parsons, Talcott. **The social system**. New York: Free Press, 1951.

Raimondi, Gustavo Antonio. **Corpos que (não) importam na prática médica: uma autoetnografia performática sobre o corpo gay na Escola Médica**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2019.



**Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Arieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

Rezende, Joffre Marcondes de. O Machismo na História do Ensino Médico. *In*: Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 131-136.

Rios, Izabel Cristina & Schraiber, Lilia Blima. **Humanização e Humanidades em Medicina: a formação médica na cultura contemporânea**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

Rosenbaum, Edward E. **O gosto do meu próprio remédio**. Trad. Vilma Toledo Moraes Martins. São Paulo: Globo, 1993.

Ross, Mathew. Suicide among physicians: a psychological study. **Dis.Nerv. Cyst.** v. 34, n. 3, p. 145-150, 1973.

Russo, Jane. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. *In*: Souza, Alicia Navarro de & Pitanguy, Jacqueline (Orgs.). **Saúde, Corpo e Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. X-X.

Sacks, Oliver. **A Leg to Stand on**. London: Picador, MacMillan Publishers Ltda., 1991.

Sampaio, José Jackson Coelho. Crise, explicações alucinatórias e perspectivas de vivência como doente grave de Covid-19: um relato pessoal. **Interface**, Botucatu, v. 25, 2021.

Santos, Victor Hugo dos; Ferreira, Julia Helena; Alves, Gabriel Cassiano Afonso; Naves, Natália Moraes; Oliveira, Suzenkelly Lúcia de; Raimondi, Gustavo Antonio & Paulino, Danilo Borges. Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. **Interface**, v. 24, p. 1-17, 2020.

Scheffer, Mário. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP/AMB.

Siqueira, Wellington Luiz. Para além do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina: A (re)construção dos discursos de profissionalismo de médicos brasileiros e cubanos a partir do contexto do Programa Mais Médicos. Dissertação (Mestrado em Sociologia), São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2017.

Steffen, Mark W.; Hagen, Philip T.; Benkhadra, Khalid; Molella, Robin G.; Newcomb, Robert; Murad, Hassam. A survey of physicians' perceptions of their health care needs. **Occupational Medicine**, v. 65, n. 1, p. 49-53, jan. 2015.

Tarkowski, Zbigniew; Piątkowski, Włodzimierz; Bogusz, Renata; Majchrowska, Anita; Nowakowski, Michał; Sadowska, Anna & Humeniuk, Ewa. When a doctor becomes a patient, the unique expectations and behaviours in a disease: preliminary report. **Progress in Health Science**, v. 6, n. 2, p. 160-164, 2016.



**Cruzando a fronteira: identidade, poder e gênero na profissão médica**

*Aieli Buttarello & Jorge Leite Júnior*

Varella, Drauzio. **O médico doente**. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.

Vargas, Hustana Maria. “Sem Perder a Majestade”: Profissões Imperiais no Brasil. **Estudos de Sociologia**, v. 15, n. 28.

Vidal, Luiza. Absorventes para menstruação são testados sem sangue - e isso é um problema. **Universa Uol**, São Paulo, 2023.

Wistrand, Jonatan. When doctors are patients: a narrative study of help-seeking behaviour among addicted physicians. **Medical Humanities**, n. 43, p. 19-23, 2017.