

A feminização da medicina

A proporção de estudantes de Medicina do sexo feminino aumentou significativamente nas últimas décadas. Este cenário, que é universal e se estende a muitos outros cursos universitários, é motivo de reflexão de sociólogos, psicólogos e entre os próprios pares.

Nos anos 60, segundo a Association of American Medical Colleges (AAMC), 90% das candidaturas a Medicina eram do sexo masculino (AAMC, 1999). Em 1961, o perfil do médico americano era descrito como sendo homem, branco, protestante, da classe média-alta e filho de médico. Nos anos 70 e 80 verifica-se uma queda das candidaturas masculinas e um aumento progressivo das femininas e das minorias étnicas (Reed e Buddeberg-Fischer, 2001; Relman, 1989).

Em 2001, metade dos estudantes de Medicina são mulheres tanto nos EUA (Hojat, Gonnella, Erdmann, Rattne, Veloski, Glaser e Xu; Jonasson, 2002) como no Canadá (Beagan, 2000) e nalguns países europeus, como a Noruega (Kvaerner, Aasland e Botten, 1999), a Irlanda (McDonough, Horgan, Codd e Casey, 2000) e a Inglaterra (McManus e Sproston, 2000), esta proporção foi atingida nos anos 90.

Não é fácil perceber as causas da tendência para esta progressiva feminização. Poderá ser consequência, por um lado, de algum desinteresse masculino, pois o homem parece preferir uma profissão com mais visibilidade e autonomia e melhores oportunidades financeiras, como as que encontra no mundo empresarial. Assim, o *boom* feminino seria uma espécie de ocupação *ex vacuo!* Por outro lado, a mulher moderna tem ainda necessidade de afirmação e um diploma universitário legitima a vida profissional e a carreira, permitindo, com mais facilidade, o trabalho fora de casa.

*Hospital Fernando Fonseca e Faculdade de Medicina de Lisboa.

Jorge Gaspar (2001) defende a teoria da mobilidade. É cíclico o papel preponderante das mulheres em situações em que há grandes movimentações masculinas, como em tempo de guerra. A mulher toma então a seu cuidado a propriedade, as tarefas e o poder local. Actualmente, com a «aldeia global» e a enorme mobilização masculina, viver-se-á uma situação semelhante. Mais uma vez, a afirmação pela negativa.

O ensino e a forma de admissão nas faculdades parecem ter também alguma influência. A educação é a área há mais tempo dominada pelo sexo feminino, constituindo as professoras mais de 90% do corpo docente nas escolas e liceus. Esta situação poderá reflectir-se no ensino e no modo de avaliação, mais dirigidos e melhor captados pelo mesmo sexo.

Em alguns países, como os Estados Unidos da América, as comissões de admissão às escolas médicas desempenham um papel fundamental na selecção dos candidatos. A representação das mulheres e das minorias étnicas passou de 8% em 1972 para 44% nos anos 90, mas é ainda motivo de preocupação para os americanos que o *ratio* homem/mulher nestes comités seja de 1,77 para 1 (Kondo e Judd, 2000).

Portugal é o país da União Europeia com maior percentagem de alunas de Direito, Informática, Matemática, Engenharia e Arquitectura e está entre os que têm mais raparigas em Ciências Naturais, segundo o relatório de informação sobre educação *Eurydice*, 1998. Como os resultados dos exames do 12.º ano são mais favoráveis ao sexo feminino, nalgumas faculdades, como a de Medicina, em que o número de vagas é muito inferior ao número de candidatos, a maioria dos admitidos são raparigas (jornal *Público*, 2000).

Qual é o perfil dos futuros médicos portugueses? Cerca de metade são da área da Grande Lisboa e da classe social média-alta e 69% são do sexo feminino. Quanto a aspirações e objectivos futuros, 43,3% gostariam muito de se dedicar à investigação, 50,7% aceitariam trabalhar em organizações humanitárias; a maioria gostaria de exercer actividade médica simultaneamente nos sectores público e privado. Um quarto pratica desporto regularmente, e o hábito de leitura, cinema, interesse pela arte ou viagens variam de 8% a 60%, conforme a classe de proveniência. Estes foram os resultados de um inquérito efectuado em 1999-2000 aos 310 alunos do 3.º e 4.º anos do universo dos 1278 alunos da Faculdade de Medicina de Lisboa. Com excepção da percentagem feminina, as restantes características parecem representar uma estratégia de reprodução social (Lopes, Branco e Brandão, 1999).

Apesar de a tendência ser, ao que parece, universal, na maioria dos países a percentagem de mulheres no curso de Medicina é de 55% (McDonough, Horgan, Codd e Casey, 2000) e em Portugal de 69% (Lopes, Branco e Brandão, 1999), o que levaria a reflectir, com urgência, nas provas de admissão às faculdades portuguesas, que apenas exigem boa memorização.

A «feminização» das faculdades não significa que se tenha modificado a natureza da mulher, mas que, ao longo dos anos, esta foi encorajada a progredir e as barreiras foram caindo lenta e irreversivelmente (Eisenberg, 1999).

As histórias das escolas de medicina europeias demonstram a notável persistência da vontade feminina (Miller, 1994):

[...] uma licença especial permitia a graduação a mulheres; também podiam dar aulas mas não podiam observar doentes nem fazer prescrições [Itália, século xv].

[...] permitidas as inscrições em associações cirúrgicas e a prática de sangrias ou amputações desde que viúvas de maridos com esse mister [...] [França, século XIII a século XVII].

[...] a Apothecary Guild aparentemente permitia candidaturas femininas [...] o regulamento foi rapidamente alterado quando a primeira mulher pediu a admissão, pois a cláusula de exclusão tinha sido esquecida [Inglaterra, século XVII].

[...] mais tarde era permitida a entrada na faculdade de medicina, mas negada a frequência do internato; a actividade médica apenas podia ser exercida em mulheres, crianças e pobres [Inglaterra, século XIX].

[...] a primeira licenciada em Medicina foi a inglesa Elizabeth Blackwell, com diplomas franceses e americanos. A British Medical Association imediatamente tornou público que os diplomas estrangeiros não permitiam a actividade em Inglaterra [Londres, 1859].

[...] a single woman could not attend classes [...] Sophie Jax-Blake organized a group of seven women [...] their male classmates placed a sheep in the anatomy room explaining that now «inferior animals» were no longer to be excluded from the classroom [Edimburgo, 1869].

[...] a faculdade de medicina admitiu 90 mulheres em condições tão rigorosas e difíceis que apenas terminaram o curso 25 e, destas, 12 morreram, 2 por suicídio e 7 de tuberculose [Rússia, 1872].

Mesmo no final do século XX há ainda títulos como estes em revistas científicas: «Women want opportunity in macho medical world» (BMA, *News Review*, 1994); «Women in medicine: still a long way to go, baby» (*Tennessee Medicine*, 1999).

Constituindo actualmente as mulheres uma massa crítica importante entre os licenciados em Medicina, seria de esperar uma distribuição mais ou menos homogénea pelas diferentes especialidades, assim como uma progressão paralela à masculina nas carreiras hospitalar e académica e um número proporcional nos lugares de liderança. Não parece ser ainda essa a tendência.

No início da década, a radiologia, a radioterapia e a psiquiatria eram consideradas as especialidades «cinderella» e a ortopedia, a cirurgia torácica, a urologia e a neurocirurgia as tradicionalmente dominadas pelo sexo masculino.

Nos últimos anos, e fazendo uma meta-análise quanto à escolha da especialidade em Inglaterra e na Finlândia, verifica-se uma distribuição igual pelos dois sexos quanto à medicina interna, medicina familiar, pediatria e anestesiologia e uma tendência ainda francamente masculina para as especialidades cirúrgicas e medicina de emergência (Baker, 1996; Janbu, 2000; Jonasson, 2002).

Assim, a percentagem de mulheres em especialidades cirúrgicas tem subido de forma muito mais lenta do que seria de esperar. Nos EUA, dos anos 70 para os anos 90, o número global de residentes do sexo feminino passou de 13,5% para 34%, mas houve apenas uma subida de 2,5% para 9% nas especialidades cirúrgicas (Neumayer, Freischleg e Levinson, 1994) e de 1,2% para 7,1% em ortopedia (Biermann, 1998).

Quanto aos factores que determinam a escolha, encontram-se na literatura inúmeros estudos, utilizando inquéritos a alunos de Medicina ou a internos no início da especialidade (Baxter, Cohen e McLeod, 1996; Buckley, Sanders e Hampton, 2000; Janbu, 2000; Richardson e Redfern, 2000). Para os 245 estudantes do 4.º ano da Universidade de Toronto, as futuras médicas valorizam essencialmente as condições do internato, a possibilidade de trabalho em *part-time*, a flexibilidade de horários e a licença parental, enquanto para os médicos importa o desafio técnico, o prestígio e os potenciais ganhos (quadro n.º 1). Outros factores, como o desafio intelectual, o contacto com os doentes, as oportunidades académicas ou de investigação, não mostraram diferenças estatisticamente significativas neste estudo (Baxter, Cohen e McLeod, 1996), mas são considerados importantes por outros autores (Jonasson, 2002; Mizgala, Ferris, McNeil e Knighton, 1993; Neumayer, Freischleg e Levinson, 1994).

Factores determinantes na escolha da especialidade

[QUADRO N.º 1]

	Sexo feminino	Sexo masculino	P
Condições do internato	94%	70%	0,002
Prestígio	12%	29%	0,009
Ganho potencial	20%	38%	0,009
Trabalho em <i>part-time</i>	36%	15%	0,0001
Facilidade de licença parental	39%	9%	0,0001

Adaptado de Baxter, *Am. J. Surg.*, 1996.

Para as mulheres há ainda falta de modelos sociais e profissionais e menos oportunidades de se iniciarem em técnicas cirúrgicas durante o curso; é-lhes inculcida a ideia da necessidade de maior força e resistência física e de uma carreira mais lenta e desmotivadora (Baxter, Cohen e McLeod, 1996).

São menos cumprimentadas pelo trabalho e resultados, o que McManus chama «efeito Salieri» (McManus e Sproston, 2000). Um terço dos inquiridos refere ter sentido discriminação na cirurgia relacionada com o facto de ser mulher, o que corresponde a 3 vezes o número que refere discriminação quanto à raça (Baxter, Cohen e McLeod, 1996).

As mulheres que escolhem especialidades cirúrgicas fazem-no precocemente durante o curso e são, geralmente, filhas de médicos ou cirurgiões (Biermann, 1998; Edwards, Lambert, Goldacre e Parkhouse, 1997). No entanto, feita a opção pela cirurgia, o grau de satisfação é semelhante para os dois sexos (Capek, Edwards e Mackinnon 1997; Mizgala, Ferris, McNeil e Knighton, 1993) e até é maior do que noutras profissões, como a advocacia (Baxter, Cohen e McLeod, 1996). Contudo, dois terços das especialistas em cirurgia trabalham em obstetrícia, ginecologia ou oftalmologia, talvez as especialidades mais femininas (Mizgala, Ferris, McNeil e Knighton, 1993).

Todos os estudos referem a dificuldade de coordenar a vida familiar com a vida profissional como um dos factores mais importantes na escolha. Como escreveu Neumayer e cols. (Neumayer, Freischleg e Levinson, 1994), «happy home and happy career in surgery are mutually exclusive». A percentagem de médicos casados e com filhos nos EUA é de 90%-92%, enquanto a das médicas varia entre 51% e 74%. Field mostra que as estudantes de Medicina decidem as suas opções de carreira com base na vontade de serem mães de família (Field e Lennox, 1996) Talvez por isso, as internas de cirurgia têm os filhos mais tarde e voltam ao trabalho seis semanas após o parto, não gozando a licença a que têm direito para não prejudicarem o internato. Perdem, no entanto, oportunidades na progressão na carreira e na obtenção de um lugar no quadro (Neumayer, Freischleg e Levinson, 1994).

Em Portugal, segundo a Ordem dos Médicos, em Janeiro de 2001 estavam inscritos 34 460 médicos, dos quais 15 117 (43%) do sexo feminino e 19 343 (57%) do sexo masculino. Todavia, esta percentagem altera-se para uma tendência francamente feminina no grupo etário inferior a 45 anos (quadro n.º 2).

Inscritos na Ordem dos Médicos em Janeiro de 2001
(percentagem por grupo etário; n = 34 460)

[QUADRO N.º 2]

	Sexo feminino	Sexo masculino
Global (percentagem)	43	57
Idade < 45 anos (percentagem) . . .	56	45
Idade < 35 anos (percentagem) . . .	62	38

Quanto à distribuição por especialidade, verifica-se, globalmente, o domínio masculino nas especialidades cirúrgicas, embora no grupo de menos de 35 anos haja já igual número de internos dos dois sexos em cirurgia geral, cirurgia vascular ou neurocirurgia (quadro n.º 3)

Inscritos na Ordem dos Médicos em Janeiro de 2001

[QUADRO N.º 3]

100% homens	100%-75% homens	50% homens
Farmacologia . .	Cirurgia torácica, neurocirurgia*, ortopedia, neurologia, medicina desportiva, cirurgia geral*, ORL, cardiologia, cirurgia vascular*.	Hematologia, cardiologia, pediatria, imuno-hematologia, medicina física, endocrinologia, medicina nuclear, genética, radioterapia.

* No grupo dos menos de 35 anos observa-se um valor de 50% de homens.

Quanto à progressão na carreira académica ou hospitalar, percentagem de lugares no quadro e de chefia não faltam exemplos e estatísticas (Buckley, Sanders e Hampton, 2000; Capek, Edwards e Mackinnon, 1997; Kaplan, Sullivan, Dukes, Phillips, Kelch e Schaller, 1996). Em 567 docentes das faculdades de medicina da Virgínia, a percentagem de professores do sexo feminino é ainda muito inferior à do sexo masculino (5% *versus* 39%), assim como a dos lugares do quadro (13% *versus* 48%) e é estatisticamente significativa. Estas percentagens são semelhantes noutras instituições americanas e europeias (Buckley, Sanders e Hampton, 2000; Reed e Buddeberg-Fischer, 2001).

Em Portugal, o número de mestrados em 1998 foi francamente favorável às mulheres, mas os doutoramentos continuam a pender para o sexo masculino (1544 doutorados para 1061 doutoradas), embora seja um dos países europeus com taxa mais alta de professoras no ensino superior (jornal *Público*, 2000). A diferença acentua-se nas instituições do Norte. Na Faculdade de Medicina do Porto havia, em 1999, 231 docentes, dos quais 47 (20%) do sexo feminino. Destas, 29 são assistentes, 15 professoras auxiliares ou associadas e apenas 3 catedráticas (Faculdade de Medicina do Porto).

A situação é semelhante na carreira hospitalar. O estereótipo do chefe de serviço inglês ou escocês é descrito num artigo publicado em 2000 como: «White male who enters the Medical School at 18, qualifies at 23, becomes a senior registrar at 31, a consultant at 36 and retires at about age 62» (McManus e Sproston, 2000).

Num hospital da Grande Lisboa, o Hospital Fernando Fonseca, verifica-se que, num total de 355 médicos, 52% são mulheres, mas 83% dos 34 directores de serviço são do sexo masculino. As mulheres representam 64% de todos os internos e, quanto aos administradores principais, a relação M/F é 3/1.

O efeito coorte deveria traduzir-se em percentagens maiores de liderança em especialidades em que há maior número de mulheres. Foi até sugerido que um mínimo de 15% de especialistas do sexo feminino facilitaria a progressão (McManus e Sproston, 2000). Tal não acontece mesmo na pediatria, que é um exemplo de uma especialidade de tendência feminina.

Um estudo americano publicado no *New England Journal of Medicine* (Kaplan, Sullivan, Dukes, Phillips, Kelch e Schaller, 1996) mostra predomínio masculino em cuidados intensivos, neonatologia e cardiologia, além de maiores ordenados, mais chefes de serviço e de departamento e mais investigadores. É curioso notar que os homens consideram as suas aspirações mais fáceis de concretizar, mas são os que mais se queixam de atraso na carreira por razões familiares.

Em conclusão, o sucesso feminino na faculdade será um factor preditivo positivo de conclusão de licenciatura que não se reflecte na probabilidade de exercer determinada especialidade ou de atingir o cargo de chefe de serviço (McDonough, Horgan, Codd e Casey, 2000). Parece haver forças externas, verdadeiros obstáculos à progressão/liderança, e forças internas inerentes às próprias especificidades do feminino/masculino. Quanto às primeiras, as mais significativas nos estudos efectuados são a falta de modelos, tutores e orientação inadequados, desconhecimento dos critérios de promoção, discriminação por assédio, maior número de horas de actividade assistencial e menor de investigação, menos publicações e diferenças na distribuição dos recursos. Muitos destes factores estão aliados ou são consequência de maiores responsabilidades familiares (Barnett, Carr, Boisnier, Ash, Friedman, Moskowitz e Szalacha, 1998; Kvaerner, Aasland e Botten, 1999; Potee, Gerber e Ickovics, 1999; Reed e Buddeberg-Fischer, 2001).

Estas têm também sido alvo de inquéritos e avaliações. Cujec analisa um grupo canadiano de estudantes, internos e especialistas, concluindo que a percentagem de homens casados ou com filhos é maior. O número de horas semanais no trabalho profissional é semelhante (58 horas e 52 horas), mas as mulheres gastam 2,5 vezes mais tempo com o marido, os filhos e o trabalho em casa (36 horas *versus* 14 horas; $p < 0,01$). O grau de satisfação quanto à carreira é semelhante nos dois grupos, mas muito menor nas mulheres, quando se compara vida pessoal com vida profissional (Cujec, Oancia, Bohm e Johnson, 2000).

Quanto a forças internas, a motivação intrínseca, a atitude quanto ao sucesso na carreira e ao reconhecimento profissional, parecem ser igualmente

ou ainda mais importantes (Buckley, Sanders e Hampton, 2000). Os valores relacionados com o sucesso acadêmico e reconhecimento são semelhantes para os dois sexos se considerarmos a competência e qualidade de cuidados ou o relacionamento com os doentes e com os colegas. No entanto, os homens dão muito maior importância à visibilidade, às funções académicas e de liderança. As mulheres têm uma ambição menor e menor motivação para lugares de destaque, parecendo ficar satisfeitas com o reconhecimento local pelos doentes, tutores ou colegas, enquanto os homens aspiram a um reconhecimento nacional ou internacional (Buckley, Sanders e Hampton, 2000).

Em 1990, na Noruega, houve uma tentativa de ajustar o mercado de trabalho ao aumento da população médica feminina. Foram criadas condições especiais: facilidades nas licenças de parto para a mãe e para o pai sem interrupção de carreira, jardins-de-infância e estímulo positivo à progressão feminina nas carreiras (Janbu, 2000; Showalter, 1999). Anos após estas medidas governamentais, Kvaerner e cols. verificaram que, num universo de 13 844 médicos dos quais 3939 mulheres, a percentagem de chefias era ainda favorável aos homens, mesmo no grupo etário de menos de 45 anos. Por outro lado, a probabilidade de liderança no feminino era maior nas instituições públicas, em que as horas de trabalho são regulamentadas (Kvaerner, Aasland e Botten, 1999). O que parece ser também importante noutras profissões, como o direito, com um enorme aumento do número de juízas em relação às advogadas praticantes em escritórios privados.

Considerando que os obstáculos não são facilmente perceptíveis, nem mesmo pelas organizações, têm sido propostas outras estratégias na prática empresarial. A AAMC fez-se eco das recomendações, defendendo vários tutores, programas formais e envolvimento das mulheres nas políticas e funcionamento das instituições (Reed e Buddeberg-Fischer, 2001). É de notar o departamento médico da Johns Hopkins University conseguiu, com um programa de cinco anos, um aumento das professoras associadas em 550%.

E o que pensam as mulheres? Perante a perspectiva de enfrentarem com êxito as exigências competitivas da família e profissão, optam ainda pelas responsabilidades emocionais e familiares, em detrimento do poder e influência. As mulheres conseguem maior contenção da frustração, têm consciência da grande fragilidade da família e projectam à medida das suas possibilidades o que acham exequível.

No início da década de 90, a população médica feminina mostrava alguma impaciência para obter oportunidades e cargos semelhantes aos masculinos, mas esse cenário parece ter perdido importância, com uma diminuição do interesse feminino em prosseguir determinadas carreiras (De Angelis, 2000; Nonnemaker, 2000), talvez porque deixou de ser necessário provar que têm qualidades semelhantes aos homens.

Sob o título «Women physicians in academic medicine», Nancy Lawless, Leslie Safer, Julia Gates, Lynn Nonnemaker e Catherine De Angelis trocam uma correspondência agressiva nas páginas do *New England Journal of Medicine* de Junho de 2000, rejeitando as estratégias de promoção académica das mulheres. Assim, afirmam que as oportunidades devem ser iguais, mas são os candidatos mais qualificados que devem ser promovidos.

Mas não é assim tão simples. Sendo um dos factores de progressão o número de publicações, prémios e bolsas para investigação, a verdade é que as mulheres parecem habituadas a desempenhar simultaneamente múltiplas tarefas, pelo que se dispersam mais e produzem muito menos (De Angelis, 2000). Continuam também a fazer um maior investimento na educação dos filhos, o que, provavelmente, nada tem a ver com factores biológicos, mas sim com a maneira como os rapazes e raparigas são eles próprios educados, o que permite aos primeiros ter um papel parental muito inferior (Eisenberg, 1989; Windebank, 1999).

Ainda se confundem conceitos como materno e feminino, paterno e masculino. Até há poucos anos, a única forma de a mulher ter alguma preponderância social era ter um filho. A importância da função reprodutora transcende largamente a razão individual e a mulher, enquanto hospedeira, perde os seus direitos em função dos direitos da criança que está para nascer (Leal, 2000). Pediatras como Winnicot defendiam que a criança, ser indefeso que percebe os estímulos de forma desorganizada, apenas pela acção da mãe pode ter um desenvolvimento saudável (Winnicott, 1975).

Por outro lado, estando bem definida a identidade masculina como própria de seres agressivos, obstinados, poderosos e auto-suficientes, não havia adjectivos aplicáveis à função paterna. Nos últimos vinte anos percebeu-se a importância do pai, o papel complementar do pai e mãe cada vez mais real e a qualificação de materno e paterno, baseada e centrada no filho. Feminino e masculino são identidades; materno e paterno são funções.

Eduardo Sá, a propósito das urgências de 24 horas das mães médicas, considera uma enorme vantagem para os filhos e para o pai serem obrigados a sobreviver naquele dia, estabelecendo-se entre eles cumplicidades e até actos proibidos (jogar à bola na sala ou comer *pizza* ao jantar) que não se realizariam se a mãe estivesse presente.

Em conclusão, o que se verifica nas novas gerações é que há menos diferenças, maior prática de grupo, maior visibilidade pública da igualdade e do papel da mulher no trabalho, mudanças na educação, melhor equilíbrio família/carreira.

Pode dizer-se que os factores externos estão inevitavelmente a desaparecer e que se alteraram os estereótipos, havendo hoje a percepção de que a habilidade para certas especialidades ou cargos é semelhante (Baker, 1998). O êxito é cada vez mais resultado do desempenho e independente do género.

A prática da medicina requer inteligência, qualidades humanas e trabalho continuado; como em muitas outras profissões, o equilíbrio entre profissio-

nais dos dois sexos é seguramente positivo, pelo que os esforços devem ser no sentido de atrair estudantes qualificados, sejam homens ou mulheres, que possam perceber o desafio único e a recompensa desta profissão.

Mas a visibilidade feminina gera ainda problemas difíceis de resolver, como ilustrava a revista *Pública* numa das edições de Julho de 2000, chamando a atenção para o facto de que «os protocolos nas cimeiras internacionais não sabem como lidar com o marido da presidente, que, aliás, nem sequer é casado com ela. Que fazer com o ‘primeiro cavalheiro’ finlandês enquanto Tarla discute com os líderes mundiais? Incluí-lo nas tradicionais visitas a creches e associações de caridade? [...]» (*Pública*, 2000).

Parece, pois, ainda adequada a inscrição de um anónimo num azulejo achado num mercado de sábado em Cambridge:

To be a chief, a woman has to:
Think like a man
Work like a horse
Behave like a lady
And take care of herself like a teen.

BIBLIOGRAFIA

- AAMC (Association of American Medical Colleges) (1999), *Reporter*, 9 (3), 1.
- BAKER, L. (1996), «Differences in earnings between male and female physicians», in *N. Eng. J. Med.*, 334 (15), pp. 960-964.
- BARNETT, R. C., CARR, P., BOISNIER, A. D., ASH, A. A., FRIEDMAN, R. H., MOSKOWITZ, M. A., e SZALACHA, L. (1998), «Relationships of gender and career motivation to medical faculty members' production of academic publications», in *Academic Medicine*, 73 (2), pp. 180-186.
- BAXTER, N., COHEN, R., e MCLEOD, R. (1996), «The impact of gender on the choice of surgery as a career», in *Am. J. Surg.*, 172, pp. 373-376.
- BEAGAN, B. L. (2000), «Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients», in *Soc. Sci. Med.*, 51 (8), pp. 1253-1265.
- BIERMANN, J. S. (1998), «Women in Orthopedic surgery in the United States», in *Academic Medicine*, 73 (6), pp. 708-709.
- BUCKLEY, L., SANDERS, K., e HAMPTON, C. (2000), «Obstacles to promotion? Values of women faculty about career success and recognition», in *Academic Medicine*, 75 (3), pp. 283-288.
- CAPEK, L., EDWARDS, D. E., e MACKINNON, S. E. (1997), «Plastic surgeons: a gender comparison», in *Plast. Reconstr. Surg.*, 99 (2), pp. 289-299.
- CUJEC, B., OANCIA, T., BOHM, C., e JOHNSON, D. (2000), «Career and parenting satisfaction among medical students, residents and physician teachers at a Canadian medical school», in *CMAJ*, 162 (5), pp. 637-640.
- DE ANGELIS, C. D. (2000), «Women in academic medicine: new insights, same bad news», in *N. Engl. J. Med.*, 342, pp. 426-427.
- EDWARDS, C., LAMBERT, T. W., GOLDACRE, M. J., e PARKHOUSE, J. (1997), «Early medical career choices and eventual careers», in *Med. Educ.*, 31, pp. 237-242.
- EISENBERG, C. (1989), «Medicine is no longer a man's profession», in *N. Eng. J. Med.*, 321 (22), pp. 1542-1544.

- FIELD, D., e LENNOX, A. (1996), «Gender in medicine: the views of first and fifth year medical students», in *Med. Educ.*, 30, pp. 246-252.
- GASPAR, J. (2001), *A Feminização da Medicina*, conferência, Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa.
- HOJAT, M., GONNELLA, J. S., ERDMANN, J. B., RATTNER, S. L., VELOSKI, J. J., GLASER, K., e XU, G., *Gender Comparisons of Income Expectations in the USA at the Beginning of Medical School during the Past 28 Years*.
- JANBU, T. (2000), «More women in the medical profession – a benefit?», in *Tidsskr Nor. Laegeforen*, 120 (1), pp. 85-87 (abstract).
- JONASSON, O. (2002), «Leaders in American surgery: where are the women?», in *Surgery*, 131 (6), pp. 672-675.
- JORNAL PÚBLICO (2000), «Mulheres portuguesas ganham cada vez mais peso no ensino superior», 24 de Agosto.
- KAPLAN, S. H., SULLIVAN, L. M., DUKES, K. A., PHILLIPS, C. F., KELCH, R. P., e SCHALLER, J. G. (1996), «Sex differences in academic advancement», in *N. Eng. J. Med.*, 335 (17), pp. 1282-1289.
- KONDO, D. G., e JUDD, V. E. (2000), «Demographic characteristics of US medical school admission committees», in *JAMA*, 284 (9), pp. 1111-1113.
- KVAERNER, K. J., AASLAND, O. G., e BOTTEN, G. S. (1999), «Female medical leadership: cross sectional study», in *BMJ*, 318, pp. 91-94.
- LEAL, I. (2000), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, Quarteto Editora in Cristina Canavaro Editora, Coimbra (no prelo).
- LOPES, A. C., BRANCO, A. P., e BRANDÃO, M. F. (1999), *Origem Social, Diversidade Cultural dos Estudantes de Medicina*, trabalho realizado por estudantes do 3.º ano de Sociologia.
- MCDONOUGH, C. M., HORGAN, A., CODD, M. B., e CASEY, P. R. (2000), «Gender differences in the results of the final medical examination at University College Dublin», in *Med. Educ.*, 34, pp. 30-34.
- MCMANUS, I. C., e SPROSTON, K. A. (2000), «Women in hospital medicine in the United Kingdom: glass ceiling, preference, prejudice or cohort effect?», in *J. Epidemiol. Community Health*, 54, pp. 10-16.
- MILLER, C. A. (1994), «What's a woman doing in a place like this?», in *Surg. Neurol.*, 42, pp. 171-176.
- MIZGALA, C., FERRIS, L. E., MCNEIL, I. Y., e KNIGHTON, T. (1993), «Women surgeons: results of the Canadian population study», in *Ann Surg.*, 218, pp. 27-46.
- NEUMAYER, L., FREISCHLEG, J., e LEVINSON, W. (1994), «Demographics of today's surgeon», in *Bull. Am. Coll. Surg.*, 79 (2), pp. 28-33.
- NONNEMAKER, L. (2000), «Women physicians in academic medicine: new insights from cohort studies», in *N. Engl. J. Med.*, 342, pp. 399-405.
- POTEE, R., GERBER, A., e ICKOVICS, J. (1999), «Medicine and motherhood: shifting trends among female physicians from 1922 to 1999», in *Academic Medicine*, 74 (8), pp. 911-919.
- Pública (2000), «Europa do Norte. O poder das mulheres», 217, 23 de Julho.
- REED, V., e BUDBERG-FISCHER, B. (2001), «Caree obstacles for women in medicine: an overview», in *Med. Educ.*, 35, pp. 139-147.
- RELMAN, A. S. (1989), «The changing demography of the medical profession», in *N. Eng. J. Med.*, 321 (22), pp. 1540-1542.
- RICHARDSON, H. C., e REDFERN, N. (2000), «Why do women reject surgical careers?», in *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, 82 (9), pp. 290-293.
- SHOWALTER, E. (1999), «Improving the position of women in medicine», in *BMJ*, 318, pp. 71-72.
- WINDEBANK, J. (1999), «Political motherhood and the everyday experience of mothering: a comparison of the child care strategies of French and British working mothers», in *J. Soc. Policy*, 28 (1), pp. 1-25.
- WINNICOTT, D. W. (1975), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.