

Violência e abuso de gênero na formação médica no México antes, durante e depois da pandemia de COVID-19: sinais de histerese na área médica?

Gender-based violence and abuse in medical training in Mexico before, during, and after the COVID-19 pandemic: Signs of hysteresis in the medical field?

Roberto Castro^a

 <https://orcid.org/0000-0002-1440-2460>

E-mail: rcastro@crim.unam.mx

Marcia Villanueva^b

 <https://orcid.org/0000-0001-9408-6308>

E-mail: marcia.villanueva@filosoficas.unam.mx

^a Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - UNAM.

^b Instituto de Investigaciones Filosóficas - UNAM.

Resumo

Este artigo descreve os protestos que abalaram o campo médico nos anos que antecederam a epidemia de COVID-19 no México. Por um lado, houve protestos da classe médica contra diferentes formas de violência relacionadas ao crime organizado no contexto da chamada guerra às drogas. Por outro lado, houve protestos do movimento feminista contra a violência de gênero no campo médico. Apontamos a necessidade de investigar mais sistematicamente o curso diferencial dessas lutas, com apenas o movimento feminista parecendo avançar em direção à produção de um possível estado de histerese do habitus patriarcal no campo. O artigo começa com uma breve nota conceitual e metodológica. Depois mostramos o impulso que os dois tipos de protestos contra a violência no campo médico estavam ganhando. Em seguida, buscamos ilustrar como as estruturas básicas do campo, relacionadas à formação médica (precariado e autoritarismo), operaram em detrimento desses protestos, mas aparentemente com efeitos distintos. Concluimos o artigo com uma reflexão sobre o curso que essas lutas tomaram desde então, questionando se é possível falar de um estado atual de histerese parcial no campo médico.

Palavras-chave: Campo Médico; México; Lutas Feministas; Violência; Histerese.

Correspondência

Roberto Castro

E-mail: rcastro@crim.unam.mx

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - UNAM.

Abstract

In this article, we describe the protests that shook the medical field in the years leading up to the COVID-19 epidemic in Mexico. On the one hand, there were protests by the medical profession against different forms of violence related to organized crime in the context of the so-called war on drugs. On the other hand, there were protests by the feminist movement against gender-based violence within the medical field. We point out the need to more systematically investigate the differential course of these struggles, with only the feminist movement appearing to advance toward producing a possible state of hysteresis of the patriarchal habitus within the field. The article begins with a brief conceptual and methodological note. Next, we show the momentum that the two types of protests against violence in the medical field were gaining. We then seek to illustrate how the basic structures of the field, related to medical training (precariat and authoritarianism), operated to the detriment of these protests, but apparently with different effects. We conclude the article with a reflection on the course these struggles have taken since then, asking whether it is possible to speak of a current state of partial hysteresis within the medical field.

Keywords: Medical Field; Mexico; Feminist Struggles; Violence; Hysteresis.

Introdução

Este artigo parte da ideia de que é impossível estudar o abuso na formação médica durante a pandemia de COVID-19 sem abordar a história da área médica – ou seja, as lutas, os reajustes e as mudanças nela ocorridas, bem como o contexto histórico mais imediato da emergência sanitária. No México, a pandemia de COVID-19 não interrompeu o funcionamento de uma área médica estável, mas, em vez disso, se viu em um campo turbulento. Nos anos que antecederam a pandemia, dois movimentos de protesto se desenvolveram nesse espaço social. Por um lado, a partir da segunda década do século XXI, a classe médica começou a protestar contra diversas formas de violência que afetavam os profissionais de saúde. Essas manifestações estavam, em sua maioria, relacionadas ao aumento da violência gerada pelo crime organizado no contexto da chamada guerra às drogas (Castro y Villanueva, 2018). Por outro lado, o movimento feminista, que ganhou muita força em nosso país devido ao aumento dos feminicídios, também incluiu estudantes de medicina que, no contexto do #MeToo, começaram a protestar contra a violência de gênero dentro da área médica (Villanueva, 2025). A evolução de ambos os movimentos parecia estar abalando algumas estruturas do campo médico mexicano até que surgiu a pandemia da COVID-19, quando os protestos pareceram ser neutralizados pelos efeitos da dinâmica imposta pela emergência sanitária.

Cinco anos após o início da pandemia, neste artigo, pretendemos, primeiramente, descrever os protestos que abalaram o campo médico nos anos que antecederam a emergência sanitária. Em seguida, sugerimos a necessidade de investigar de forma mais sistemática o curso diferencial dessas lutas, com apenas uma, a do movimento feminista, parecendo avançar em direção à produção de um possível estado de histerese do habitus patriarcal nesse campo.

O artigo inicia com uma breve nota conceitual e metodológica na qual revisitamos o conceito de “histerese” de Bourdieu e descrevemos a origem dos depoimentos que servem como evidência empírica. Em seguida, mostramos o impulso que os dois tipos

de protestos contra a violência no campo médico que destacamos estavam ganhando: a violência em geral e a violência de gênero. Buscamos, então, ilustrar como as estruturas básicas do campo, relacionadas à formação médica (precariado e autoritarismo), operaram em detrimento desses protestos, mas aparentemente com efeitos distintos. Concluímos o artigo com uma reflexão sobre o curso que essas lutas seguiram desde então, questionando se é possível falar de um estado atual de histerese parcial no campo médico.

1. Uma nota conceitual e metodológica

Bourdieu define o conceito de “histerese” como o descompasso entre o habitus de um indivíduo ou grupo e as condições objetivas do campo em que operam: “acontece, em particular, quando um campo passa por uma crise profunda e suas regularidades (até mesmo suas regras) são profundamente rompidas” (Bourdieu, 1999, p. 210). Talvez este tenha sido o caso no campo médico, no contexto das lutas feministas contra a violência de gênero e, particularmente, no contexto da pandemia de COVID-19. Neste último caso, ademais, a precariedade, juntamente com a distribuição desigual de riscos, tornou-se uma característica central da emergência sanitária (Graham, 2020).

A análise apresentada aqui baseia-se no trabalho que ambos os autores vêm realizando nos últimos anos na área médica. Por um lado, um dos autores deste trabalho conduziu quatro grupos focais entre 2021 e 2022 com estudantes de medicina e profissionais de saúde mexicanas (Tabela 1).

Os tópicos discutidos nesses grupos focais incluíram, entre outros, a violência de gênero durante a formação médica e a prática profissional, bem como os protestos feministas na área médica nos meses que antecederam a pandemia de COVID-19. Além disso, entre 2021 e 2022, o outro autor deste trabalho realizou 19 entrevistas em profundidade com residentes médicos que buscavam aconselhamento jurídico para o abuso extremo que sofriam como residentes. Para este trabalho, concentramos a análise dessas entrevistas principalmente nos meses da pandemia de COVID-19.

2. Abuso na formação médica: um fenômeno com história na área médica

O abuso médico durante a formação médica tem sido documentado desde meados do século passado (Cook et al., 1996; Li et al., 2010). A edição de 2014 do *Virtual Mentor*, periódico acadêmico da Associação Médica Americana, dedicado a esse tema, é particularmente notável. No mesmo ano, uma meta-análise de 51 estudos internacionais publicados entre 1987 e 2011 revelou que essa era uma situação generalizada, não se limitando a determinados países ou programas acadêmicos (Fnais et al., 2014). Essa publicação estimou que 59,4% dos estudantes de medicina e 63,4% dos residentes sofreram algum tipo de abuso durante sua formação. A violência de gênero foi a forma mais comum de abuso, com 49,8% dos estudantes e 66,6% dos residentes sofrendo discriminação de gênero, e 33,3% e 36,2% sofrendo assédio sexual, respectivamente. Outras publicações indicaram que os estudantes de medicina mais vulneráveis eram mulheres e outros membros de grupos minoritários (Ogden et al., 2005), especialmente em especialidades tradicionalmente dominadas por homens, como a cirurgia (Cassell, 1997; Witte; Stratton; Nora, 2006).

No México, um dos autores deste artigo explorou as diferentes formas de abuso e disciplina sofridas por estudantes de medicina e que estão na base de práticas médicas autoritárias e de violência obstétrica (Castro, 2014). Esta pesquisa identificou um sistema disciplinar baseado em gênero operando dentro do currículo oculto da educação médica no México, que sistematicamente constrói as mulheres como objetos sexualizados em vez de estudantes, atribuindo-lhes, assim, uma posição subordinada na Medicina. Por sua vez, a outra autora deste trabalho documentou o tratamento diferenciado por gênero que os estudantes de medicina recebem sistematicamente, baseado em uma competição masculina normalizada e aberta para “conquistá-las”, o que acaba se traduzindo em experiências de assédio sexual contra as estudantes por professores e médicos de alto escalão. (Villanueva, 2019).

Em publicação posterior, ambos os autores relataram que os médicos mexicanos desenvolvem

Tabela 1 - Grupos focais.

Grupo	População	Participantes
1	Estudantes do sexo feminino com idade de 20 a 24 anos	6
2	Médicas com idade de 25 a 31 anos	4
3	Médicas com idade de 33 a 41 anos	9
4	Médicas com idade de 47 a 51 anos	4

um entorpecimento de consciência diante dessas formas de violência dentro de seu campo profissional. (Castro y Villanueva, 2018). Argumentamos que esse tipo de violência se origina dos próprios atores da área médica e se baseia nas hierarquias que a estruturam. Portanto, goza de ampla legitimidade tanto por parte daqueles que a praticam (por exemplo, médicos de nível superior) quanto pelas mesmas partes interessadas que são submetidas a ela (por exemplo, estudantes de nível inferior). Consequentemente, os protestos contra os abusos na formação médica foram quase inexistentes: os estudantes aceitaram passivamente o problema, reconhecendo que “as coisas são assim mesmo”.

Os autores observaram que, após o aumento da insegurança que eclodiu em 2007 com a chamada guerra às drogas no México, os profissionais de saúde começaram a protestar contra outras formas de violência fora do seu campo profissional. (Castro y Villanueva, 2018), ou seja, é praticada por partes interessadas externas à área médica. Essas formas de violência externa incluem o sequestro, o assassinato e a extorsão de médicos pelo crime organizado, bem como outras ações que não podem ser adequadamente classificadas como violência, mas são percebidas como tal pela profissão médica, por exemplo, a instauração de processos judiciais por negligência médica.

Esses protestos levaram ao surgimento de hashtags como #NiUnPasanteMás, em 2013, relacionada ao assassinato de residentes médicos que prestavam serviços sociais em comunidades rurais, e #YoSoy17, em 2014, relacionada à detenção judicial de 16 médicos acusados de negligência médica em Guadalajara. Em 2015, surgiu a hashtag #YoTambiénMeDormí, na qual estudantes

e residentes mexicanos manifestaram apoio a uma médica criticada por um usuário por dormir durante seu plantão, sem questionar as condições de trabalho subjacentes.

Esses protestos culminaram em uma greve nacional em 22 de junho de 2016, exigindo condições de trabalho mais seguras e a descriminalização da prática médica, mas sem qualquer menção à violência interna perpetrada por atores no âmbito da área médica. Nessa publicação, os autores identificaram uma “ambivalência sociológica” na forma como os médicos enfrentam diferentes formas de violência: eles normalizam a violência interna enquanto protestam contra a violência externa. No entanto, logo após a publicação desses resultados, começaram a surgir protestos feministas que quebrariam esse silêncio histórico.

3. Protestos na área médica durante a quarta onda feminista

A quarta onda feminista difere das ondas anteriores porque utiliza uma nova linguagem para suas demandas e se apoia em ações digitais, especialmente nas mídias sociais, com tendências marcadas por hashtags feministas ou “femitags” que surgem e podem rapidamente sofrer mutações, sobreposições ou retrocessos. Rovira (2018) afirma que a quarta onda é constituída por um feminismo pragmático, vinculado ao modo hacker “faça você mesmo”, ou como declaram as hackfeministas, “vamos fazer juntas”. Essa onda de alcance internacional tem particularidades locais. No México, as primeiras mobilizações feministas da quarta onda surgiram no contexto mais amplo da guerra às drogas, paralelamente, mas não naquela

época, vinculadas aos protestos sindicais médicos descritos acima.

O aumento dos feminicídios e a impunidade que os acompanha serviram de ponta de lança para o feminismo mexicano contemporâneo. Em 2015, os protestos de mulheres começaram a se multiplicar, importando da Argentina a hashtag #NiUnaMenos. Um ano depois, foi organizada a chamada “Mobilização Nacional Contra a Violência Machista”, identificada com a hashtag #VivasNosQueremos. Nesse contexto, o “agenciamento de gênero” (García-Guevara, 2021) de estudantes femininas em diversas universidades mexicanas foi acionado: feminicídios ocorridos dentro de estabelecimentos educacionais, como o assassinato de Lesvy em 2017 pelas mãos de seu namorado no campus da UNAM, levaram estudantes a denunciar abertamente diferentes formas de violência de gênero no ambiente educacional, gerando mobilizações que se intensificaram nos anos seguintes (Álvarez Enríquez, 2020).

À medida que o movimento feminista crescia no México, os protestos públicos da classe médica contra a violência externa diminuía. No entanto, ao mesmo tempo, em nível internacional, médicas começaram a usar as redes sociais para compartilhar suas experiências como mulheres em um campo profissional altamente masculinizado. Elas criaram hashtags como #MulheresNaMedicina e sua contraparte espanhola #MujeresEnMedicina. Cirurgiãs criaram a hashtag #MeVeoComoCirujana e formaram grupos de apoio como @WomenSurgeons. No México, foi lançado o grupo do Facebook “Médicas Apoiando Médicas”, com a participação de 48.300 médicas mexicanas. Todas essas ações virtuais permitiram que as médicas compartilhassem experiências, o que reduziu seu isolamento social e os sentimentos de solidão que vivenciavam anteriormente (Espinoza-Portilla; Linares-Cabrera, 2020; Shillcutt; Silver, 2018). O protesto feminista na área médica foi claramente um fenômeno com origem externa à área, que a permeou. No âmbito da área, aquelas que promoveram esses protestos foram estudantes ou residentes que ocupavam estruturalmente uma posição marginal ou periférica dentro da área.

Em outubro de 2017, a hashtag #MeToo viralizou nos Estados Unidos depois que a atriz Alyssa Milano

usou a hashtag em resposta a uma reportagem do New York Times que documentava o assédio sexual e o abuso de muitas mulheres em Hollywood por Harvey Weinstein. Esse fenômeno desencadeou um movimento social e cultural para abordar os problemas de assédio sexual e discriminação de gênero na medicina (Lu et al., 2020). A hashtag #MeToo empoderou muitas mulheres a identificar e denunciar assédio, produzindo mudanças maiores na consciência coletiva e em normas específicas do que as políticas corporativas anteriores haviam alcançado ao longo de décadas (Mainiero, 2020; Williamson et al., 2020). Durante a viralização dessa hashtag, a hashtag #MeTooMedicine surgiu nos Estados Unidos, e o movimento “*Time’s Up Healthcare*” foi criado para unir esforços entre profissionais de saúde (Choo et al., 2019).

Embora o início do movimento mexicano #MeToo não tenha tido o mesmo alcance de seu equivalente americano, ele ressurgiu alguns meses depois, marcando o início do que Rovira e Morales (2023) chamaram de “Idos de Março”, um período entre março de 2019 e março de 2020, ou seja, imediatamente antes do início da pandemia de COVID-19. Os “Idos” começaram com a escalada do #MeToo no México e o direcionamento direto da hashtag #MeTooMedicina contra escritores, músicos, jornalistas, acadêmicos e médicos. Essas mobilizações virtuais criaram um crescente conflito transgressivo, culminando em março de 2020 com a marcha 8M e a greve 9M, “No dia 9, ninguém se move”.

As estudantes universitárias desempenharam um papel central nos “Idos de Março”. Durante esse período, elas organizaram passeatas, ocuparam instalações acadêmicas e montaram varais de roupas denunciando as diversas formas de violência de gênero que vivenciavam no ambiente educacional. Médicas não foram exceção, como relata uma clínica geral de Sinaloa:

“Quando o varal foi montado, muitos alunos aqui da minha escola se manifestaram. [...] Nomes de médicos vieram à tona; um era vice-diretor acadêmico, outro dava aulas, outro trabalhava em ambientes clínicos.” (GF2).¹

¹ Nesta seção, identificaremos os depoimentos pela sigla “GF” (Grupo Focal) e o número correspondente conforme Tabela 1 apresentada acima.

O uso de hashtags feministas ou “femitags” durante a quarta onda encorajou muitas jovens sem ativismo feminista prévio a se sentirem desafiadas e atraídas a falar e agir, tornando-se protagonistas dessa nova onda global de mobilizações feministas (Rovira Sancho, 2024). Isso também ocorreu na área médica, como explicado por uma estagiária médica em serviço social no Estado do México:

“Existiram diferentes movimentos na minha geração, especialmente o #MeToo. Eles nos ajudaram a falar sobre diferentes situações que estávamos vivenciando, a nos apoiarmos muito mais e a nos manifestarmos. Não se tratava apenas de dizer ao seu melhor amigo: “Isso aconteceu comigo”. Tratava-se de saber que você tem o apoio de toda a sua geração. Mesmo que você não se dê muito bem com um colega, você sabe que eles estarão lá para te apoiar. [...] Entramos em greve e nos movimentamos.” (GF1)

Para muitas, o feminismo contemporâneo representou um ponto de inflexão, rompendo com a normalização da violência de gênero que elas defendiam anteriormente. Uma epidemiologista de Morelos descreve isso: “[O movimento feminista] me ajudou a entender o que aconteceu comigo, mesmo depois de muitos anos. [...] É como se a venda tivesse sido removida dos meus olhos.” (GF3).

As estratégias online do feminismo contemporâneo têm sido fundamentais para romper a normalização da violência interna na área médica. Uma endocrinologista pediátrica da Cidade do México explica:

“Acredito que as mídias sociais representam um grande ponto de virada, não apenas em termos de gênero, mas também no abuso de estagiários, trainees e residentes no local de trabalho. [...] As mídias sociais nos ajudaram a perceber que, se uma pessoa sofre, muitas sofrem.” (GF3).

O movimento feminista denunciou mecanismos que anteriormente normalizavam a violência interna na área médica. Por exemplo, não havia consenso entre os atores sobre quais atos poderiam ser considerados violentos (Ogden et al., 2005). Atualmente, porém, tem-se observado uma sensibilidade exagerada em relação ao que constitui assédio sexual (Lamas, 2021). Costumava-se considerar a depreciação, a intimidação e o bullying como ferramentas motivacionais na educação médica (Rees; Monrouxe, 2011) que serviam para “moldar o caráter” (Castro y Erviti, 2015), mas agora essas práticas estão sendo questionadas. Também foi identificado que a violência doméstica foi normalizada por meio de narrativas que distorciam os fatos e lançavam dúvidas sobre a credibilidade e a integridade das vítimas (Witte et al., 2006); agora, em contraste, hashtags como #YoSíTeCreo conseguiram redistribuir a credibilidade em favor de quem a denuncia (Guerrero MacManus, 2023). Da mesma forma, foi apontado que outro mecanismo de normalização foi a falta de resposta das autoridades às poucas denúncias existentes (Castro y Villanueva, 2018), e agora temos novos mecanismos institucionais para proceder em casos de violência de gênero (Fernández Altuna et al., 2024).

No entanto, não é que o protesto dentro da área tenha se enraizado como parte de um questionamento interno de suas estruturas patriarcais. Em vez disso, faz parte de um questionamento mais amplo das estruturas patriarcais da sociedade mexicana (e das sociedades atuais), por meio do qual médicas (principalmente jovens estudantes) identificam, em sua área específica (Medicina), padrões que também denunciam em outras áreas de suas vidas.

Portanto, o mesmo não ocorreu com outras formas de violência interna na área médica, especificamente aquela relacionada aos maus-tratos durante a formação dos residentes médicos. Como veremos a seguir, parece que a conjunção de algumas características centrais da formação dos residentes, como a precariedade de suas condições profissionais e de trabalho e as medidas impostas pela emergência sanitária, facilitou a reprodução desse fenômeno.

4. Condições precárias e abuso contra os residentes durante a pandemia da COVID-19

Em países como o México, as graves falhas estruturais do sistema de saúde (Frenk; Gómez-Dantés, 2022) devem ser consideradas ao estudar como a violência interna na área médica e a dinâmica imposta pela pandemia de COVID-19 se correlacionam. Uma dessas características estruturais está relacionada às formas precárias que caracterizam o sistema de saúde mexicano. Este tema, no entanto, tem sido abordado apenas indiretamente na literatura existente. Alguns estudos abordam a precariedade da estrutura geral do sistema de saúde (Benhumea-González, 2019) ou a precariedade do emprego dos profissionais de saúde (Serván-Mori; Nigenda-López, 2024). No entanto, surpreendentemente, não encontramos estudos que analisem a precariedade dos residentes médicos com base na proposta conceitual de Standing (2011). Sustentamos que a “precariedade” é uma condição que facilita os abusos laborais e de gênero perpetrados contra esses profissionais em formação e que, portanto, é necessário considerar seus principais atributos para buscar direções até então ignoradas.

Em uma investigação recente, documentamos a alta proporção de residentes médicos que veem seus direitos trabalhistas violados ou mesmo sofrem violência durante seus anos de formação (Castro et al., 2024). No entanto, precisamos ir mais longe. Os médicos residentes não possuem as sete formas de segurança no emprego que Standing (2011) define como típicas da precariedade: não têm garantia de emprego pleno no governo, não têm proteção contra demissões arbitrárias, sofrem com a desqualificação e a humilhação rotineira, não têm limites de jornada de trabalho, incluindo vigias punitivas e plantões noturnos não remunerados, estão imersos em um sistema de aprendizagem baseado em punições, recebem um salário-bolsa sem benefícios de emprego pleno e não têm sindicatos independentes com direito à greve. Essa situação afeta particularmente os residentes do primeiro ano e, embora melhore gradualmente, persiste ao longo de sua formação.

A pandemia de COVID-19 agravou as condições precárias dos residentes médicos. A incerteza sobre como lidar com a epidemia foi agravada por múltiplas situações emergenciais, como a reestruturação hospitalar, a necessidade de muitos especialistas se concentrarem no atendimento de pacientes com COVID, o medo da doença e a autodesqualificação de muitos especialistas devido a fatores de risco.

Com a imposição da quarentena, os movimentos sociais emergentes de protesto (feministas e médicas) foram desmobilizados e, consequentemente, os mecanismos emergentes de vigilância e responsabilização foram desmantelados. Isso criou um clima ainda mais favorável à continuidade do autoritarismo e dos maus-tratos aos quais os residentes têm sido historicamente submetidos.

A literatura relata inúmeros estudos sobre o estresse e o burnout vivenciados pela equipe médica durante a pandemia (Shanafelt; Ripp; Trockel, 2020; Spiers et al., 2021), mas sem mencionar o autoritarismo e a violência interna que caracterizam a formação em residência médica. Poucos estudos se concentraram em como a pandemia de COVID-19 influenciou o aumento de diversas formas de abuso contra residentes médicos. O tema é apenas superficialmente abordado, mencionando-se, por exemplo, que “relacionamentos tensos” entre médicos contribuíram significativamente para o desenvolvimento de ansiedade e outras doenças mentais (Dunning et al., 2022). Um estudo em particular mostra que a discriminação contra aqueles que contraíram a doença foi relatada entre residentes de neurocirurgia, bem como abuso sexual e assédio contra residentes do sexo feminino (De la Cerda-Vargas et al., 2022).

Nas entrevistas que realizamos, ficou claro que, ao ingressarem nas residências, os médicos tinham consciência parcial da posição frágil em que se encontravam ao ingressar na área, o que tendiam a compensar com a excitação e o entusiasmo que essa nova etapa da formação gerava. Por exemplo, nos dois depoimentos a seguir, podemos ver claras alusões a vários dos atributos que definem a precariedade, nos termos de Standing, que mencionamos acima: salários insuficientes, jornada excessiva de trabalho, tratamento degradante, ausência de representação

sindical ou profissional e um ambiente desfavorável aos direitos mais gerais dos trabalhadores:

“Entrei em um hospital altamente especializado, administrado pela Secretaria de Saúde. Você entra e eles te tratam como se estivessem te fazendo um favor. Você, como residente, é quem realmente trabalha e apoia o sistema de saúde. No México, 60% do atendimento público é prestado por algum tipo de estagiário: interno, trainee ou residente. Nós sobrecarregamos o sistema de saúde. Eles nos dão uma bolsa de estudos muito baixa pelo número de horas trabalhadas.” (E4M)².

“O médico em formação... nunca é considerado e só obtém representação por meio do residente-chefe, que geralmente é o indivíduo que detém todo o poder e a glória. Não é uma questão democrática; não é algo que os médicos em formação escolhem, mas sim algo que os diretores colocam lá. Portanto, não há capacidade real de representação, mas sim um braço repressivo dentro do mundo do médico em formação.” (E2M).

Como mencionamos acima, os residentes do primeiro ano chegaram às suas instalações ao mesmo tempo em que a emergência de saúde pública foi declarada. É bastante revelador que, desde o primeiro dia, a pandemia tenha atuado como uma “lente de aumento”; ou seja, como uma situação que facilitou a reprodução dos mecanismos autoritários pelos quais as residências operam. Um residente relata que, em seu primeiro dia como R1, ele e outro colega foram designados para escrever anotações sobre pacientes com COVID:

“Lembro-me da primeira nota que eu e meu colega escrevemos: começamos a ser repreendidos por causa das nossas notas. Eles nunca nos disseram como escrevê-las... víamos que as notas que os médicos assistentes escreviam tinham três linhas (apenas coisas como) sinais vitais, se ele

urinou, se ele defecou, se ele comeu, se ele estava bem, se ele estava indisposto... Eles nos disseram: ‘Vocês têm isso como exemplo.’ Eles não nos disseram como, então perguntamos como (e eles nos disseram): ‘Bem, usem as notas como exemplo.’ Escrevemos notas muito melhores do que as que estávamos vendo, vale ressaltar. Além disso, eles começaram a gritar conosco: ‘Vocês não sabem escrever notas, por que diabos estão entregando isso? Isso está errado, vamos ver, calcule, me diga o que é isso, como diabos vocês não sabem se já são residentes? Vocês deveriam ter lido!’ Bem, era meu primeiro dia, (eu estava pensando): Desculpem-me por não saber nada sobre uma doença totalmente nova no meu primeiro dia, sobre o qual absolutamente tudo está apenas sendo descoberto.” (E4M)

Essa coincidência entre o início da pandemia e o início do ano letivo para os residentes também serviu como veículo para o autoritarismo com que os estágios iniciais da especialização médica normalmente se desenrolam. Uma dimensão adicional de incerteza devido à pandemia da COVID-19 foi adicionada à incerteza com que os residentes do primeiro ano normalmente vivenciam seu processo de “ensino-aprendizagem”, o que resultou em uma precariedade agravada com a qual frequentemente vivenciam essa fase:

“Chegamos às seis da manhã, eles nos obrigam a dar instruções e basicamente nos dizem que, como somos tão estúpidos, não podemos dar instruções para pacientes com COVID. Eles não nos deram uma única aula nem nos ensinaram nada. O que sabemos sobre COVID, nós lemos por conta própria. Ainda estávamos em um ponto em que havia pouquíssimos estudos e poucas evidências científicas... No entanto, não temos como saber se eles não nos informam. Além disso, somos punidos por isso. Um dia, eles dizem: ‘Eles não vão te dar instruções porque você é estúpido’; o mesmo residente no dia seguinte (muda de ideia) e diz: “Bem, eles vão te dar

² Nesta seção, identificaremos os depoimentos pelo número da entrevista a que correspondem e pela letra M (masculino) ou F (feminino).

instruções. Você vai aprová-las com sua punição correspondente.” Essa frase foi repetida várias vezes. Eles já presumem que você vai cometer erros desde o início. Então, eles acreditam, por que te ensinar quando é melhor te punir?” (E4M).

Com a reconversão hospitalar implementada como política oficial para lidar com a pandemia, também houve a necessidade de dedicar o maior número possível de profissionais médicos ao cuidado de pacientes com COVID-19. No entanto, vários depoimentos de residentes do primeiro ano indicam que o ônus do cuidado recaiu principalmente sobre eles. Ao mesmo tempo, médicos experientes encontraram maneiras de se esquivar da responsabilidade de cuidar desses pacientes:

“Quando a pandemia estourou, eles obviamente nos chamaram, neurocirurgiões. No entanto, fomos apenas nós, os R1, que fomos para a ala de COVID; os residentes de nível mais alto não foram. Tive o azar de pegar COVID duas vezes...” (E1M).

Essa estrutura hierárquica, baseada na precariedade dos residentes, era a base para decisões que, por sua vez, reproduziam essa desigualdade. Por exemplo, a tendência era gerenciar o risco em detrimento dos residentes e em favor de médicos de nível superior, os quais:

“...era um caos e, obviamente, os únicos que entravam (para tratar pacientes com COVID) eram os residentes do primeiro ano, porque eu nunca vi aqueles designados de outras especialidades dentro da área de COVID... os médicos que, em teoria, eram responsáveis por entrar, não, eles nunca passavam por lá.” (E1M).

Nesse contexto, a obrigação de cuidar de pessoas com COVID também foi usada como uma oportunidade para punir os residentes. Um de nossos entrevistados descreve como ter que entrar nas áreas onde esses pacientes eram mantidos também era uma forma de punição. Temida por todos, a ala

da COVID ainda trazia riscos de infecção e possível morte para quem estava lá dentro:

“Virou um hospital para COVID. O primeiro a ser internado com COVID não foi um residente de clínica médica: fui eu. Fui punido e tive que ficar lá por oito horas. Era uma época em que não sabíamos nada sobre a doença. Fui o primeiro residente internado com COVID, como punição (por não ter feito algumas coisas direito)” (E17M).

O espírito punitivo também foi expresso em relação aos residentes que foram infectados e tiveram que ficar afastados enquanto se recuperavam:

“Tive COVID em dezembro. Me deram licença médica por cinco semanas, e disseram que era só preguiça minha... Voltei um dia e me colocaram de plantão quando eu estava saindo da convalescença. No dia seguinte, me internaram até meia-noite, e acabei hospitalizado novamente. Comecei a ter dificuldade para respirar novamente, *trialgia*, e então me deram mais uma semana (de licença médica). Acabei hospitalizado lá e no Instituto de Cardiologia, e tiveram que me dar anti-hipertensivos, antiarrítmicos e coisas do tipo.” (E14M).

Os depoimentos recolhidos incluem também exemplos em que a aplicação de penas é implementada juntamente com condições para dificultar o cumprimento ou tornar impossível o cumprimento dessas punições:

“...então ele me repreende porque eu não fiz nada ao paciente, e (como punição ele me diz isso) eu tenho que escrever dois artigos sobre fenótipos genéticos do câncer e, em duas horas, tenho que mostrar aos meus colegas como fazer. Então, eu começo a procurar referências, e ele fica chateado e me diz para coletar amostras de todos os pacientes do andar. Eles só te enrolam, não importa o que aconteça, eles apenas te enrolam, nada mais que isso. Como você não conseguiu, ele aumenta a punição: “Bem,

agora vou acrescentar tal e tal artigo”, ao que eu respondo: “Doutor, estarei de plantão”. Então, ele diz: “Bem, amanhã veremos como você faz”, e enquanto você está lá, ele te impede de trabalhar nisso...” (E4M).

Por fim, nessa espécie de “estado de guerra” que foi a emergência pandêmica, até mesmo casos extremos de abuso contra residentes médicos perderam visibilidade e deixaram de interessar à imprensa porque a única informação relevante era relacionada à COVID:

“Inicialmente, pedi aos meus colegas que me apoiassem e que todos nós fôssemos juntos registrar a queixa, ou que apoiassem minha queixa de direitos humanos. Como isso era dirigido a mim (mas também à) minha colega, por causa de todo o assédio sexual que ela sofreu, eu disse a ela: “Você é uma carta na manga, porque com o assédio sexual, agora, e a violência contra as mulheres, com o seu testemunho, todos nós vamos vencer aqui.” Ela não queria; estava com medo. No entanto, naquela época, meu psiquiatra me ajudou a contatar um jornal para contar minha história, mas o problema era que os jornais estavam mais interessados na situação da COVID-19. A COVID-19 é o que importa agora, e (eles me disseram) que, se não estivesse relacionado à COVID-19, eles realmente não estavam tão interessados em publicá-la.” (E4M).

O fato de a residente entrevistada ter convidado uma colega a denunciar o assédio sexual sofrido como estratégia para angariar apoio para sua causa demonstra que, nos meses que antecederam o início da pandemia, a luta feminista conseguiu abalar a área médica ao desnormalizar esse tipo específico de violência interna. Este último depoimento também demonstra que esse ímpeto desacelerou com o advento da emergência sanitária: nesse novo contexto, apenas as questões relacionadas à COVID-19 eram relevantes; os protestos contra a violência de gênero e outras formas de violência doméstica ficaram em segundo plano. No entanto, cinco anos após o início da pandemia, ainda

observamos um descompasso entre os hábitos dos profissionais de saúde e as estruturas da área médica, como explicaremos a seguir.

5. Reflexão final: Histerese do habitus patriarcal no campo médico e protesto inserido na luta dos residentes

Os dados que apresentamos podem ser indicativos da emergência de um evento de histerese, que, como observado acima, expressa a discrepância entre o habitus do grupo e as condições materiais do campo ao qual originalmente pertencia. A histerese se expressa principalmente no caso das lutas feministas dentro do campo, mas não no caso da reorganização geral dos serviços de saúde durante a emergência sanitária.

Por um lado, muitos médicos e gestores continuam a operar sob estruturas que os levam a considerar algumas práticas (de piadas sexistas a assédio) como “normais”, o que os coloca em uma posição de resistência ou descrença diante das demandas feministas. Médicas e profissionais de saúde, por outro lado, tendo sido socializadas nesse mesmo campo, podem ter tido um habitus que as levou a normalizar ou tolerar situações de violência; no entanto, com as mudanças sociais e o surgimento do feminismo, muitas estão começando a redefinir essas experiências como violência estrutural e inaceitável, o que causa uma ruptura com suas disposições anteriores.

Em outras palavras, a área médica está mostrando sinais de uma histerese do habitus patriarcal. Alguns indicadores desse evento são o surgimento de conflitos intergeracionais, nos quais médicos formados em décadas anteriores podem considerar essas queixas “exageradas”. Ao mesmo tempo, as novas gerações as percebem como inegociáveis. Outros dados estão mais relacionados ao descompasso entre as demandas feministas e as mudanças nas estruturas da área médica. Embora as universidades tenham implementado políticas de relatórios e sanções, as instituições hospitalares não foram reformadas tão rapidamente. Além disso, a própria estrutura hierárquica da área médica impede que mudanças culturais se traduzam imediatamente em novas práticas dentro de hospitais e universidades. Isso levou ao surgimento

de tensões entre as novas regulamentações e as práticas atuais, decorrentes da inércia da área.

Em vez disso, os residentes tradicionalmente ocupavam um papel subordinado e de aprendizagem progressiva no ambiente de residência. No entanto, durante a pandemia, muitos foram colocados na linha de frente sem o apoio habitual, criando uma crise baseada na falta de socialização profissional, na qual os residentes tiveram que se adaptar a uma situação sem precedentes, gerando tensões sobre quem deveria tomar decisões e como.

As evidências empíricas demonstram a existência de indicadores de desequilíbrios relacionados à emergência sanitária, mas cuja durabilidade não temos certeza, por exemplo: o conflito entre as autoridades hospitalares e os médicos residentes (por exemplo, alguns médicos experientes podem ter percebido os residentes como mal preparados, enquanto os residentes podem ter se sentido abandonados e exigidos em um contexto para o qual não foram treinados); formas sem precedentes de exaustão emocional e burnout (a dessincronização entre expectativas e realidade pode ter contribuído para um maior sentimento de exaustão e frustração entre os residentes); e graves deficiências na formação dos residentes (por exemplo, durante a pandemia de COVID-19, um grande número de residentes teve que assumir a obrigação de se concentrar no tratamento desta doença, independentemente da especialidade que estivessem cursando). No entanto, tudo indica que a área médica pode processar todas essas manifestações dentro da estrutura do que Tarrow (1998) chamou de “protestos contidos”.

Mais pesquisas serão necessárias para determinar se estamos diante de um evento de histerese temporário (com um retorno gradual à “normalidade”) ou se essas mudanças são permanentes. Por um lado, cinco anos depois, observamos uma resistência persistente entre jovens médicos em continuar normalizando a violência de gênero interna que vivenciam. Uma vez que o movimento feminista origina-se de fora da área médica, é compreensível que mulheres nessa área continuem a denunciar essa violência e a questionar os padrões patriarcais, resultando no evento de histerese que mencionamos. Em

contraste, os protestos dos residentes carecem de uma contrapartida externa, como é o caso dos protestos feministas, o que explica por que a pandemia serviu como veículo para exacerbar os abusos e maus-tratos que frequentemente ocorrem contra os residentes, especialmente os residentes do primeiro ano. Estaríamos então diante de dois caminhos diferentes nos quais as lutas feministas poderiam propor mudanças duradouras. Ao mesmo tempo, as lutas contra outras formas de violência na formação médica poderiam seguir o caminho tradicional da normalização.

Referências

- Álvarez Enríquez, L. El movimiento feminista en México en el siglo XXI: juventud, radicalidad y violencia. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, v. 65, n. 240, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2020.240.76388>.
- BENHUMEA-GONZÁLEZ, L. E. El pacto por México: una reflexión sobre sistema precario de salud mexicano. *SAPIENTIAE: Revista de Ciências Sociais, Humanas e Engenharias*, v. 5, n. 1, p. 5-30, 2019. DOI: <https://doi.org/10.37293/sapientiae51.02>.
- BOURDIEU, P. *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama, 1999.
- CASELL, J. Doing Gender, doing surgery: Women surgeons in a Man's Profession. *Human Organization*, v. 56, n. 1, p. 47-52, 1997.
- Castro, R. (2014) Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2):167-197
- Castro R. y Erviti J. (2015) *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: CRIM-UNAM.
- Castro, R. et al. (2024). Exploración sobre el grado de cumplimiento de los derechos de los médicos residentes en México. *Revista de Investigación en Educación Médica* 13(50): 56-67

- Castro R y Villanueva M. (2018) “Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica”. *Estudios Sociológicos De El Colegio de México*. XXXVI(108): 539-69. <https://doi.org/10.24201/es.2018v36n108.1648>
- CHOO, E. K. et al. From #MeToo to #TimesUp in health care: can a culture of accountability end inequity and harassment? *The Lancet*, London, v. 393, n. 10171, p. 499-502. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30251-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30251-X).
- COOK, D. J. et al. Residents’ experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. McMaster University Residency Training Programs. *Canadian Medical Association journal*, Ottawa, v. 154, n. 11, p. 1657-1665, 1996.
- DE LA CERDA-VARGAS, M. F. et al. Burnout, discrimination, abuse, and mistreatment in Latin America Neurosurgical Training during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *World Neurosurgery*, v. 158, p. e393-e415, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.10.188>.
- DUNNING, A. et al. Relationship between working conditions and psychological distress experienced by junior doctors in the UK during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey study. *BMJ Open*, v. 12, n. 8, p. e061331, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061331>.
- ESPINOZA-PORTILLA, E.; LINARES-CABRERA, V. J. El rol de las redes sociales y el empoderamiento de las mujeres en medicina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, v. 37, p. 136-141, 2020. DOI: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000100136&nrm=iso.
- FNAIS, N. et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, Philadelphia, v. 89, n. 5, p. 817-827, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.000000000000200>.
- FRENK, J.; GÓMEZ-DANTÉS, O. Fracturas de la Salud Pública. *Nexos*, 1 marzo 2022. Disponível em: <https://www.nexos.com.mx/?p=66329>. Acesso em: 15 fevereiro 2025.
- GARCÍA-GUEVARA, P. De la desigualdad a la inclusión universitaria: La agencia de género. *Revista de la educación superior*, Ciudad de México, v. 50, n. 200, p. 1-23, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36857/resu.2021.200.1887>.
- GRAHAM, H. Hysteresis and the sociological perspective in a time of crisis. *Acta Sociologica*, v. 63, n. 4, p. 450-452, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/0001699320961814>.
- GUERRERO MACMANUS, S. Prejuicios que silencian: Injusticia Testimonial y Muerte Hermenéutica. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, v. 9, n. 1, p. 1-37, 2023. DOI: <https://doi.org/10.24201/reg.v9i1.1026>.
- LAMAS, M. *Dolor y política: Sentir, pensar y hablar desde el feminismo*. México: Océano, 2021.
- LI, S. F. et al. Resident experience of abuse and harassment in emergency medicine: ten years later. *J Emerg Med*, v. 38, n. 2, p. 248-252, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.05.005>.
- LU, D. W. et al. #MeToo in EM: A Multicenter Survey of Academic Emergency Medicine Faculty on Their Experiences with Gender Discrimination and Sexual Harassment. *West J Emerg Med*, v. 21, n. 2, p. 252-260, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.11.44592>.
- MAINIERO, L. Workplace romance versus sexual harassment: a call to action regarding sexual hubris and sexploitation in the #MeToo era. *Gender in Management: An International Journal*, v. 35, n. 4, p. 329-347, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1108/GM-11-2019-0198>.
- OGDEN, P. E. et al. Do Attending Physicians, Nurses, Residents, and Medical Students Agree on What Constitutes Medical Student Abuse? *Academic*

Medicine, v. 80, n. 10, p. S80-3, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-200510001-00022>.

REES, C. E.; MONROUXE, L. V. “A morning since eight of just pure grill”: a multischool qualitative study of student abuse. *Academic Medicine*, v. 86, n. 11, p. 1374-1382, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182303c4c>.

ROVIRA SANCHO, G. El devenir feminista de la acción colectiva. Las multitudes conectadas y la nueva ola transnacional contra las violencias machistas en red. *Teknokultura. Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales*, v. 15, n. 2, p. 223-240, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5209/TEKN.59367>

ROVIRA SANCHO, G. *#MeToo. La ola de multitudes conectadas feministas*. Manresa: Balletera Edicions, 2024.

ROVIRA SANCHO, G.; MORALES I GRAS, J. Idus de marzo en México. La acción directa en las redes y en las calles de las multitudes conectadas feministas. *Teknokultura: Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales*, v. 20, n. 1, p. 11-24, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5209/tekn.81013>.

SERVÁN-MORI, E.; NIGENDA-LÓPEZ, G. La precariedad laboral: el elefante no visibilizado en el Sistema de Salud Mexicano. *Nexos, Blog de la redacción*, 16 ago. 2024. Disponible en: <https://redaccion.nexos.com.mx/author/gustavo-nigenda/>. Acesso em: 15 fevereiro 2025.

SHANAFELT, T.; RIPP, J.; TROCKEL, M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, Chicago, v. 323, n. 21, p. 2133-2134, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>.

SHILLCUTT, S. K.; SILVER, J. K. Social Media and Advancement of Women Physicians. *New England Journal of Medicine*, v. 378, n. 24, p. 2342-2345, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMms1801980>.

SPIERS, J. et al. What challenges did junior doctors face while working during the COVID-19 pandemic? A qualitative study. *BMJ Open*, London, v. 11, n.

12, p. e056122, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056122>.

TARROW, S. *Power in Movement: Social movements and contentious politics*. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

Villanueva M. (2019) “Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela”. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 5, 1 julio 2019, e366, <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>.

Villanueva M (2025) “De la feminización a la feministización de la medicina en México”, *Revista La Ventana*, no. 62, p. 12-49. <https://doi.org/10.32870/lv.v7i62.8079>.

WILLIAMSON, L. E. et al. “It’s just one step in the right direction”: A qualitative exploration of undergraduate student perceptions of #MeToo. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, v. 29, n. 1, p. 11-24, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3138/cjhs.2019-0036>.

WITTE, F. M.; STRATTON, T. D.; NORA, L. M. Stories from the field: students’ descriptions of gender discrimination and sexual harassment during medical school. *Academic Medicine*, v. 81, n. 7, p. 648-654, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000232421.04170.d2>.

Contribuição dos autores

Ambos autores ideamos el argumento del artículo, contribuimos a la redacción y edición del manuscrito. El trabajo empírico y teórico de Castro sirvió para desarrollar las secciones 4 y 5; mientras que el trabajo empírico y teórico de Villanueva sirvió para la secciones 2 y 3.

Agradecimentos

Agradecemos às pessoas que concordaram em participar dos grupos focais e das entrevistas que realizamos em diversos momentos da nossa pesquisa. Agradecemos também os comentários de Gerardo Damián, que enriqueceram muito este trabalho.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.

Editores: Carinne Magnago, Aurea Ianni

Recebido: 14/04/2025

Aprovado: 28/05/2025