

## O PIONEIRISMO FEMININO NA MEDICINA BRASILEIRA: CLARICE FERREIRA E AS ESTRATÉGIAS PARA SE IMPOR

Bárbara Araújo Machado\*

André de Faria Pereira Neto\*\*

**RESUMO:** A presença feminina no mercado de trabalho brasileiro aumentou consideravelmente a partir de meados do último século. A prática médica acompanhou esse crescimento, sendo a ginecologia uma especialidade que tem atraído particularmente as profissionais médicas. Todavia, a inserção das mulheres nesse mercado de trabalho não se deu sem o enfrentamento de obstáculos. A ginecologia brasileira, em seus primórdios, era uma especialidade hegemonicamente masculina. O presente trabalho procura perceber até que ponto a condição feminina interferiu no ingresso e na conquista desse espaço profissional. Para verificar isso, foi realizada uma entrevista com a doutora Clarice Amaral Ferreira, que obteve uma série de conquistas profissionais que a caracterizam como uma pioneira no mercado de trabalho médico, especificamente na ginecologia. Através da metodologia de história oral de vida, procurou-se recuperar as dificuldades vividas por ela e as estratégias que utilizou para enfrentá-las.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gênero; Ginecologia; História da Profissão Médica; Trabalho.

## THE BRAZILIAN WOMEN PIONEER IN MEDICINE: CLARICE FERREIRA AND STRATEGIES TO IMPOSE HERSELF

**ABSTRACT:** The female presence in the Brazilian labor market has increased considerably from middle of the last century. The medical practice followed this growth, with a gynecology specialty that has attracted mainly medical professionals. However, the inclusion of women in the labor market has not been easy without facing obstacles. The Brazilian gynecology, in its beginning, was a specialty male hegemony. This paper aims at realizing the extent which the female condition interfered in the conquering entrance and occupation of that space. To verify this, an interview was conducted with Dr. Clarice Amaral Ferreira, who won a series of professionals' conquests that characterize her as a pioneering physician in the labor market, specifically in gynecology. Through the methodology of oral history of life, tried to recover the difficulties experienced by that and the strategies she used to face them.

**KEYWORDS:** Gender; Gynecology; History of Medical Profession; Labor.

### INTRODUÇÃO

A participação da mulher no mercado de trabalho brasileiro cresceu consideravelmente desde meados do século XX. Em 1950 o contingente feminino totalizava 14% do total da força de trabalho (MACHADO, 1986), ao passo que em fevereiro de 2008 as mulheres constituíam 44,1% da população ocupada (IBGE, 2008). No setor de saúde este crescimento foi ainda mais evidente, tendo elas chegado a atingir a maioria absoluta no conjunto da força de trabalho em meados da década de 1980 (MACHADO, 1986). A prática médica acompanhou essa tendência de crescimento. Na década de 1940, apenas 1% dos concluintes da faculdade de medicina

no Brasil se constituía de mulheres. Na década de 1950, este número subiu para 15%, nos anos 1960 para 19% e na década seguinte para 34% (MACHADO, 1997). Atualmente, cerca de metade – e muitas vezes a maior parte – dos ingressantes no curso de medicina nas universidades brasileiras é composta por mulheres.

A ginecologia, que pode ser definida como “ciência ou estudo da mulher” (ROHDEN, 2001, p. 36), tem sido uma das especialidades médicas que mais atraem as profissionais médicas. Em 1995, por exemplo, cerca de 15% do total de mulheres médicas exerciam a ginecologia. Este percentual só era superado pela pediatria, exercida por cerca de 25% delas (MACHADO, 1997). Machado (1986) afirma

\* Discente de História do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense ICHF / UFF. E-mail: bepontoaraujo@gmail.com

\*\* Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz, unidade da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. E-mail: apereira@fiocruz.br

que, por conta das restrições às mulheres no mercado de trabalho médico, elas acabam por escolher a ginecologia e a pediatria, que, segundo a autora, não provocam “um rompimento radical com suas atividades no âmbito doméstico” (MACHADO, 1986, p. 450). Esta motivação também foi assinalada por Rohden (2001) quando analisou a entrada das mulheres na medicina; no entanto essa autora ressalta que, no momento de sua consolidação e institucionalização como especialidade no Brasil, no fim do século XIX e início do XX, a ginecologia era dominada pelos homens. Ela demonstra que o ingresso das mulheres nessa especialidade ocorreu em meio a resistências, pois os médicos não estavam dispostos a ter sua hegemonia ameaçada.

No presente artigo procuramos trabalhar a questão do pioneirismo feminino na ginecologia brasileira. Isso foi feito através do resgate da história de vida e da trajetória profissional da doutora Clarice Amaral Ferreira, uma das três mulheres a ingressar na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1934, a qual se tornou docente daquela instituição (1946), além de uma profissional reconhecida internacionalmente em sua área. Utilizando a metodologia de história oral, buscamos investigar as dificuldades sofridas e as estratégias adotadas por ela no ingresso e na conquista desse espaço profissional.

## 2 O SURGIMENTO DA GINECOLOGIA E O INGRESSO FEMININO NA ESPECIALIDADE

A ginecologia ganhou corpo como especialidade médica ao longo do século XIX, num momento em que as diferenças biológicas entre o sexo masculino e o feminino foram diagnosticadas pela ciência (ROHDEN, 2003). Rohden (2001) aponta que a especialidade ginecológica delineou os parâmetros dessa distinção sexual, além de atuar junto aos problemas relativos à reprodução e à mulher, constituindo-se assim em uma verdadeira “ciência da diferença”. Acreditava-se que o sexo e a reprodução eram mais fundamentais à natureza feminina do que à masculina e que, por isto mesmo, a normalidade da mulher era potencialmente patológica, exigindo um cuidado constante. Assim,

é a crença de que a singularidade do corpo feminino como determinado à reprodução que possibilita a formação dessa especialidade que define a mulher como um grupo particular de pacientes e um tipo distinto na espécie humana (ROHDEN, 2001, p. 39).

Essa diferenciação de papéis na reprodução teria dado base para a prescrição de papéis sociais distintos para homens e mulheres (MOSCUCCI, 1996 apud ROHDEN, 2001, p. 38) e a ginecologia, em seu processo de elaboração enquanto disciplina, teria legitimado essa visão.

No caso brasileiro, Rohden (2001) aponta que a história da ginecologia e da obstetrícia foi marcada por dificuldades durante o período colonial e

por um crescente processo de institucionalização após a chegada da família real ao Brasil. Em 1809 a obstetrícia passou a ser lecionada na Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, mas de modo geral as parteiras leigas, que não tinham conhecimento formal, ainda dominavam o mercado. Em 1832 foi criado e ministrado por médicos um curso de partos cujos certificados eram concedidos pela Faculdade de Medicina. Progressivamente, eles foram “tomando a frente no gerenciamento da saúde feminina e da reprodução” (ROHDEN, 2001, p. 62). Isso teria se dado em um contexto mais geral de desenvolvimento de uma medicina intervencionista no século XIX, articulada aos interesses do Estado recém-chegado ao Brasil de controlar a população desordenada, que não temia ou mesmo desconhecia suas leis (COSTA, 1983 apud ROHDEN, 2001, p. 67).

Dessa forma, a ginecologia passou a figurar no cenário médico como uma especialidade cada vez mais importante. Contudo, Rohden (2001) assinala que ela se apresentava ao mesmo tempo tanto como “guardiã da honra feminina” e do bom encaminhamento da maternidade quanto como uma “grande ameaça”. Ao lidarem com a reprodução e a sexualidade feminina, os médicos estavam sujeitos a questionamentos morais. Foi em função disso que a questão da entrada da mulher no mercado de trabalho de ginecologia ganhou ênfase. As feministas inglesas da segunda metade do século XIX consideravam que as ginecologistas livrariam as pacientes dos abusos cometidos pelos médicos, dando a elas mais conforto e segurança. Mais importante ainda seria o papel que estas médicas desempenhariam no debate da diferença sexual e na reconstrução dos conceitos de feminilidade e masculinidade. No Brasil, o ingresso feminino na medicina e na ginecologia ocorreu mais tarde, no início do século XX. Segundo Rohden (2001, p. 80), “pelo pouco que se conhece das trajetórias das primeiras médicas brasileiras, não há indícios de que se tenham dedicado a elaborar argumentos a respeito da diferença sexual e da ‘natureza feminina’”, o que constituía uma diferença em relação ao caso europeu. Aqui se considerou que seria adequado as mulheres atenderem outras mulheres e as crianças, e que elas deveriam ficar restritas a esse meio, sendo sempre controladas por instituições dirigidas por homens (ROHDEN, 2001).

## 3 O PIONEIRISMO DE CLARICE AMARAL FERREIRA

Clarice Amaral Ferreira nasceu em 1918 e residiu durante toda a vida na cidade do Rio de Janeiro, capital da República até 1960. Dessa forma, viveu em um ambiente de intensa agitação política, que incluiu a Revolução de 1930, através da qual subiu ao poder o presidente Getúlio Vargas. Em 1932 foi aprovado o Novo Código Eleitoral, que institucionalizou o sufrágio feminino no Brasil. Nomes como Berta Lutz e Carlota Pereira de Queirós marcaram a luta pelos direitos civis femininos no país, tendo elas colocado em pauta na Assembleia Constituinte de 1934 questões como a regulamentação do trabalho feminino, a igualdade salarial e a proibição de

demissão em razão de gravidez (CALDEIRA, 2002). Nesse mesmo ano Clarice Amaral iniciou o curso de medicina na atual Universidade Federal do Rio de Janeiro, uma das poucas e das mais conceituadas faculdades de medicina do país, que atraía estudantes de diversos estados. Ela graduou-se em 1940, tendo ingressado na especialidade ginecológica desde o internato, iniciado em 1937. Trabalhou no Instituto de Ginecologia da UFRJ até o fim dos anos 1980 e em seu consultório particular até 2006.

Para desenvolver a pesquisa que resultou neste artigo, foi realizada uma entrevista com a doutora Clarice Ferreira que durou cerca de quatro horas. Estruturamos o roteiro de entrevista tomando como referência Pereira Neto (1997), segundo o qual a trajetória de um profissional pode ser dividida em três momentos básicos. O primeiro refere-se às razões que o levam a *optar* por determinada carreira profissional. Este momento tem início com o nascimento e perpassa as influências sociais, econômicas e culturais sofridas até o momento do ingresso na universidade. Em seguida, inicia-se o período em que o sujeito *toma-se* profissional. Nele são enfatizadas as influências sofridas durante seu período universitário, seu ingresso no mercado de trabalho e sua escolha por uma especialidade. Quando ele está plenamente inserido no mercado de trabalho, este sujeito é um profissional. A partir dessa referência, portanto, realizou-se a entrevista, da qual constam a seguir alguns resultados.

Quando questionada sobre os motivos que a levaram a *optar* pela medicina, doutora Clarice se remeteu à sua infância, lembrando-se de um médico de família chamado doutor Joreli, que despertou seu interesse pela prática médica. Disse ainda: “Eu sentia que era aquilo que eu queria. /.../ desde criança com aquela orientação, não via outro caminho”. Segundo ela, a origem socioeconômica de sua família era “modesta”, e seu pai, que era sapateiro, e a mãe, dona de casa, “lutaram para dar educação aos filhos”. Ela contou que os pais tinham apenas a escolaridade primária, mas o aspecto econômico não interferiu diretamente na sua decisão pela profissão, embora na época essa profissão oferecesse retorno financeiro significativo. Pelo contrário, ela “queria fazer medicina pelo prazer de ser médica”. afirmou ainda que não lhe importava ganhar dinheiro ou não: “queria ter esse privilégio de poder tratar, de poder curar, de poder salvar”. No seu entender, a profissão médica seria desinteressada financeiramente e dedicada apenas ao ideal de servir ao próximo. Esse tipo de visão, corrente entre os médicos da primeira metade do século XX (PEREIRA NETO, 2001), evidencia ainda a necessidade da doutora Clarice de construir uma imagem sobre si mesma e sobre a prática médica.

*Tomou-se* ginecologista “por acaso”, graças a uma oportunidade de internato remunerado na faculdade. Com o decorrer do internato, ela teria gostado da especialidade e nela permanecido. Apesar de atribuir sua aproximação à ginecologia ao acaso, revelou que a considera “uma boa especialidade para mulher”. Como resposta à nossa pergunta se a ginecologia, como ciência da mulher, deveria ser exercida por mulheres, disse:

“Justamente, isso facilitou minha profissão /.../ no começo da minha clínica havia mais pudor das senhoras e elas procuravam mais a médica. Outras não; havia as que não confiavam nas médicas /.../ achavam talvez que fossem inferiores aos médicos. Mas a maior parte não, se sentia justamente melhor, mais respeitada com a médica que com o médico”.

Um ponto-chave no desenvolvimento da entrevista foi a alegação firme da entrevistada de que, enquanto médica e ginecologista, não sofreu nenhuma espécie de dificuldade por ser mulher, declaração que aparentemente é contrária à hipótese proposta neste artigo. Não obstante, ainda que brevemente, ela admitiu que, em certos momentos de sua carreira, a sociedade em geral viu sua situação “com certa desconfiança”, duvidando que ela pudesse vir a ter sucesso, embora em outros momentos tenha voltado a afirmar não haver sofrido dificuldades, o que ocorreu devido ao fato de ter sabido “se impor”.

Esta expressão parece a chave para o entendimento das estratégias adotadas para a conquista do seu espaço profissional em um meio hegemonicamente masculino. Identificamos quatro estratégias diferentes através das quais ela conseguiu *se impor*.

A primeira estratégia adotada parece estar relacionada com a preeminência acadêmica conquistada. Suas palavras neste sentido são reveladoras: “Acho que eu me impus sempre /.../ cumprindo as minhas obrigações, /.../ sempre passando de ano sem problemas, /.../ isso dá aos colegas um certo respeito. Eu estudava, eu sabia, sabia mais que muitos. Isso é uma das coisas que dá o respeito”. Esta idéia baseia-se no que afirmou Ridgeway (2001). Segundo ela, “para ser considerada altamente capaz no local de trabalho, a mulher deve demonstrar um nível mais alto de competência reconhecida do que um homem similar” (RIDGWAY, 2001, p. 639, tradução nossa). Ao longo de toda a entrevista, Clarice procurou assinalar seu bom desempenho acadêmico e o gosto pelo estudo, relatando logo na primeira pergunta ter-se alfabetizado mais cedo do que a maioria das crianças por conta própria, observando sua irmã mais velha lecionar. Sobre isso, afirmou: “Eu estudava sozinha, em véspera de prova ficava até de madrugada estudando. Nunca me obrigaram a estudar, eu sempre estudei por gosto”.

Uma segunda estratégia identificada foi que Clarice teve de assumir desafios incomuns para uma mulher de sua geração. Isso se observa claramente no relato sobre a viagem que realizou a Buenos Aires, Argentina, para fazer um estágio após a conclusão de sua graduação. Ela aceitou o convite feito por seu professor e chefe de clínica Amaldo de Moraes depois que todos os médicos homens da equipe o haviam recusado. Em 1941 Clarice viajou sozinha para um país estrangeiro, onde morou por alguns meses. Ela voltou novamente sozinha para o Brasil. Esta iniciativa era extremamente incomum para uma moça solteira naquela época. Sobre a viagem, afirmou: “Eu sabia me cuidar. Naquele tempo, acho que [a mulher] sabia se cuidar melhor, ou pelo menos os homens respeitavam mais a mulher do que agora, eu acho.

Quando a moça sabia se cuidar, eles respeitavam”. Ela contou ainda com o consentimento dos pais: “Mas era uma oportunidade e eles [os pais] não me cortaram a oportunidade. Era uma grande oportunidade pra mim e eles sabiam, podiam confiar em mim. /.../ Mas ainda bem que eles não me cortaram isso”. Esse tipo de comportamento não teve para ela um significado político em termos de equiparação de direitos da mulher. Ela relata inclusive nunca ter se engajado politicamente e que chegou a condenar a prática política dentro da universidade.

Rohden (2001, p. 80) afirma que,

embora o acesso às faculdades de medicina tenha significado em si uma enorme conquista e as estudantes pioneiras tenham enfrentado grandes preconceitos e rompido com certos cânones morais, não chegaram a constituir um movimento pautado nas idéias feministas, como acontecia lá fora.

Este parece ter sido o caso de Clarice Ferreira. Assim, os desafios assumidos por ela se configuram como uma estratégia para alcançar um objetivo muito definido: o de conquistar individualmente um espaço profissional, de se *impor*.

Inovar cientificamente revelou-se como a terceira estratégia adotada por ela para obter o reconhecimento dos pares e dos clientes. De volta ao Brasil, doutora Clarice trouxe na bagagem a nova questão da esterilidade, vindo a criar o primeiro serviço do ramo em um hospital público brasileiro. Sobre isso afirmou: “Vim embora tendo visto lá um serviço que não existia aqui, que era um serviço dedicado à esterilidade, esterilidade do casal, sobretudo esterilidade feminina. Então eu vim com essa idéia, falei com o professor Arnaldo de Morais /.../, ele disse: ‘vamos criar esse serviço então aqui’, e criamos, criamos esse serviço. Fiz as próprias fichas e tal, enfim, criei esse serviço”. Além do tema da esterilidade, com o qual trabalhou a vida toda no consultório particular e no hospital público, doutora Clarice dedicou-se à pesquisa em citologia – particularmente no seu uso para o diagnóstico de câncer cérvico-uterino –, área do conhecimento médico pouco estudada no Brasil no momento em que iniciava sua carreira. Nesse tema, verificou a possibilidade de reconhecimento da comunidade científica: “Então o professor [Arnaldo de Morais] me disse uma vez: /.../ ‘você não larga isso que a citologia te vai *dar nome*, que o pessoal por aí não tá acreditando nisso’. Então... tá bem, não largo”. O objetivo atingido é evidenciado no fato de que, por exemplo, a entrevistada foi presidente da Academia Internacional de Citologia entre 1965 e 1968, tendo organizado o III Congresso Internacional de Citologia no último ano de sua gestão. Além disso, doutora Clarice foi fundadora da Sociedade Brasileira de Citologia, da Sociedade Brasileira de Esterilidade e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, além das associações científicas internacionais *Pan American Cancer Cytology Society*, *International Academy of*

*Gynecological Cytology* e Sociedade Latino-Americana de Citologia. Publicou mais de duzentos e trinta trabalhos, entre artigos e livros, além de ganhar dez prêmios científicos. As opções pela fertilidade e pela citologia contribuíram para que ela obtivesse prestígio junto à clientela, pois *dar nome*, como mencionou Dr. Arnaldo, era uma expressão utilizada na época que se referia ao maior número de clientes que um médico profissional liberal poderia ter.

A última estratégia identificada revelou-se através da conciliação que realizou entre a vida científica múltipla (esterilidade, citologia e ginecologia em geral) e a prática clínica, realizada tanto no Hospital Universitário Moncorvo Filho até sua aposentadoria em 1978 quanto em clínica particular até 2006. Doutora Clarice contou que atendia de 12 a 15 pacientes por dia na clínica particular, onde exercia seu trabalho quatro vezes por semana. Pela manhã trabalhava no hospital universitário Moncorvo Filho, vinculado à UFRJ, onde exercia docência e atendia o público em geral. Eventualmente realizava cirurgias ginecológicas nesse período do dia. Trabalhou também como obstetra durante cerca de 25 anos. Observa-se, assim, que a atuação nesses vários campos serviu como uma forma de garantir e manter o espaço profissional conquistado.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Doutora Clarice Amaral Ferreira afirmou repetidas vezes ao longo da entrevista realizada não ter sofrido dificuldades particulares no mercado de trabalho pelo fato de ser mulher, porém acreditamos que essas dificuldades devam ter existido. Isso se evidencia pela repetição de expressões como “se impor” e “respeito”, que revelam a necessidade de adoção de estratégias específicas para se consolidar no espaço profissional médico e, posteriormente, ginecológico. Meihy (2005, p. 149) afirma que “a história oral de vida é o retrato oficial do depoente”. Nesse sentido, a entrevistada procurou exibir o perfil que construiu para si como instrumento de consolidação no mercado de trabalho. É coerente com esse perfil a alegação de que não teria sofrido dificuldades por conta da condição feminina.

A dedicação e a capacidade de aprendizado, que tiveram como consequência um grande acúmulo de conhecimentos, são definidas por ela como sua principal forma de *se impor*. Relaciona-se diretamente com isso a estratégia da inovação científica, que possibilitou transformar esse acúmulo de conhecimento em reconhecimento pela comunidade médica e científica. Ocupar diversas áreas do mercado médico através da conciliação da vida científica com a vida clínica foi outro meio de garantir o espaço profissional conquistado. Já o fato de ter assumido desafios significativos para uma mulher de sua geração não foi trabalhado pela entrevistada como uma estratégia. Conforme sua afirmação, a viagem que fez sozinha para a Argentina, por exemplo, não teria sido um ato tão incomum para uma jovem da década de 1940, pois, “quando a moça

sabia se cuidar” era “respeitada”. No entanto, observa-se que a disposição para assumir tais desafios configura-se em uma estratégia, já que era necessário fazê-lo para alcançar os objetivos previamente definidos.

Em março de 2008 foi inaugurado no Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro o Setor de Reprodução Humana Clarice Amaral Ferreira. Tal acontecimento evidencia o reconhecimento que esta médica pioneira atingiu e com o qual ainda conta no meio médico e científico.

## REFERÊNCIAS

CALDEIRA, Cinderela. Voto Feminino. **Espaço Aberto**, Universidade de São Paulo, São Paulo, n. 25, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.usp.br/espacoaberto/arquivo/2002/espaco25nov/Ovaria.htm>> Acesso em: 29 abr. 2008

IBGE. Em fevereiro, taxa de desocupação foi de 8,7%. **Comunicação Social**, 27 mar. 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1115&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1115&id_pagina=1)>. Acesso em: 23 abr. 2008.

MACHADO, Maria Helena. A participação da mulher no setor saúde no Brasil - 1970/80. **Cadernos de Saúde Pública**, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 449-460, out./dez. 1986.

\_\_\_\_\_. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de História Oral**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

PEREIRANETO, André de Faria. História Oral da criação do Conselho de Medicina: notas sobre uma experiência. In: VON SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes (Org.). **Os Desafios Contemporâneos da História Oral**. Campinas: Centro de Memória - Unicamp, 1997. v. 1. p. 137-148.

\_\_\_\_\_. **Ser médico no Brasil**: o presente e o passado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

RIDGEWAY, Cecilia L. Gender, status and leadership. **Journal of Social Issues**, The Society for the Psychological Study of Social Issues, Washington, v. 57, n. 4, p. 637-655, 2001.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

\_\_\_\_\_. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, n. 19, sup. 2, p. S201-S212, 2003.