

A masculinidade na cirurgia: resultados preliminares de uma pesquisa³²⁰

António Manuel Marques³²¹
Lígia Amâncio³²²

Esta comunicação baseia-se num dos estudos desenvolvidos no âmbito do Programa Doutoral em Psicologia Social e das Organizações do ISCTE, com o título Estratégias Identitárias em Grupos Masculinos.

Essa investigação centra-se nos processos da construção social da masculinidade em contextos de dominância numérica e simbólica masculina e nas especificidades da identidade masculina salientadas nestes contextos.

Os profissionais participantes são: cirurgiões gerais, magistrados judiciais, condutores de táxi e operadores de *off-set*. As particularidades destas profissões, nas quais os elementos de sexo masculino são maioritários, permitem-nos assumir que estas definirão contextos facilitadores da observação dos fenómenos da construção social da masculinidade. Por existirem também elementos do sexo feminino nessas profissões – ainda que em minoria – julgamos ser também possível indagar sobre a localização da feminilidade nesses processos.

A identificação das profissões e a sua selecção resultou da aplicação dos seguintes critérios: níveis de qualificação, associados a posições sociais distanciadas, intensidade da ameaça resultante da entrada de mulheres na profissão e a natureza do trabalho desenvolvido em cada uma delas.

Masculinidade e género

Nas Ciências Sociais, tem sido praticamente insignificante o volume de estudos acerca da especificidade do ser masculino e da masculinidade (Almeida 1995).

Por ser assumida como equivalente ou sinónimo da categoria de pessoa, com base na assimetria entre o masculino e o feminino (Amâncio 1989), a categoria masculina terá sido sempre encarada como naturalmente explicada e, por isso, excluída da necessidade da reflexão e do olhar científicos (Connell 1987, 1994 Almeida 1995; Amâncio 2001).

Ao encontrar uma multiplicidade de formas de representar e de “se ser homem”, Connell defende a existência de *masculinidades*, ainda que sobre todas elas impere uma masculinidade hegemónica (Connell 1994). Essa masculinidade abstracta, mas dominante, agrega um conjunto de estereótipos res-

³²⁰ Estudo desenvolvido sob orientação da Prof. Doutora Lígia Amâncio. Esta investigação foi parcialmente desenvolvida no quadro do Projecto “Igualdade Injusta: uma abordagem psicossociológica das desigualdades de género”, coordenado pela Prof. Doutora Lígia Amâncio e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (referência POC-TI/SOC/38032/2001).

³²¹ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ammarques@ess.ips.pt)

³²² Departamento de Psicologia Social e das Organizações do ISCTE.

tritivos, uma representação que apenas admite a heterossexualidade como orientação do desejo sexual, a instrumentalidade, a racionalidade e a pro-actividade.

Esta concepção hegemónica do ser masculino ultrapassa, segundo o autor, o nível ideológico e cognitivo, pois sustenta as políticas de género, a organização social e as vidas concretas dos indivíduos, sendo uma das facetas da *ordem do género*, sustentando e reflectindo *regimes de género*, como são as organizações e os locais de trabalho (Connel 2002: 142).

Em sociedades que já admitem explicitamente a igualdade entre homens e mulheres, pelo menos idealmente (McInnes 2002), os processos simbólicos continuam a estar disponíveis como recurso para ratificar a dominação masculina (Bourdieu 1998).

De facto, a categorização baseada no sexo gera e sustenta ideologias (Doise 1984) e universos simbólicos (Amâncio 1993; Durand-Delvigne 1995), afectando directamente as relações entre homens e mulheres. Nesse sentido, os sexos podem ser encarados também como constructos psico-sociais, sob a forma de categorias sociais (Lorenzi-Cioldi 1988; Amâncio 1994; Durand-Delvigne 1997).

Os mecanismos cognitivos que são mobilizados nestes processos de categorização, na sua articulação com os contextos reais em que ocorrem as relações entre esses grupos, enquadram-se, dão sentido e actualizam representações sociais (Lorenzi-Cioldi e Doise 1990; Doise e Lorenzi-Cioldi 1991), as quais, por sua vez, determinam essas relações.

Sob essa perspectiva, a teoria das representações sociais (Moscovici 1976, 1981, 1984, 1988, 1998) terá toda a relevância para o presente estudo.

Cirurgia geral e dominância masculina

Tradicionalmente e durante décadas, o número de homens tem sido claramente maioritário na Cirurgia Geral. O aumento do número de mulheres na cirurgia não tem acompanhado, em proporção, a evolução a que se assiste noutras disciplinas da Medicina, tanto em Portugal como noutros países.

Em 1997, nos EUA, a percentagem de homens era de 91% (Pasko e Seidman 1999). Segundo Riska (2000), no ano 2000, na Noruega essa percentagem seria de 95%, na Dinamarca 90%, na Suécia 89% e na Finlândia 86%.

Nesses países nórdicos, nas especialidades de Pedopsiquiatria, a Pediatria e a Obstetrícia/Ginecologia a percentagem de mulheres chega a atingir mais de 80% (Riska 2000), valor muito díspar, portanto, quando comparado com o da Cirurgia.

Em Portugal, os valores são bastante semelhantes aos exemplos que citámos: a percentagem de homens na Cirurgia Geral era de 96,5, 90,2 e 87,0%, respectivamente, em 1990, 1995 e 1998 (INE – Estatísticas da Saúde 1990, 1995, 1998), num universo que ultrapassa o milhar de profissionais.

Estes dados são particularmente significativos, dado o panorama de aumento do número de mulheres na medicina: 39,7%, 41,9% e 43,0% respectivamente, em 1990, 1995 e 1998 e o seu predomínio em especialidades, como a Clínica Geral, a Saúde Pública e a Pediatria, entre outras (INE – Estatísticas da Saúde 1990, 1995, 1998).

É igualmente relevante, pelo provável impacte futuro, o facto de os novos alunos de medicina serem, nos últimos anos, minoritariamente de sexo masculino: 40,52% em 1996/97 e 31,72% em 2001/02.³²³

Não havendo impedimentos de outra ordem que não sejam aqueles que, culturalmente, são gerados e mantidos (Riska 2000), é imperioso questionar o que determinará esta relativa lentidão no acesso das mulheres à cirurgia.

É nesta determinação cultural do fenómeno, situado num contexto profissional preciso e na óptica da Psicologia Social, que focalizará o nosso estudo, tendo como objectivos a identificação da relação entre a construção da identidade profissional e a identidade masculina e do papel da feminilidade na dinâmica das relações inter-grupais.

Considerando o crescente número de elementos de sexo feminino na formação pré-graduada e no exercício da medicina, que vimos anteriormente, julgamos pertinente indagar se o discurso masculino tenderá a evidenciar a percepção da ameaça (Breackwell 1983) a uma identidade que confunde a masculinidade com o ideal de cirurgião. Essa percepção de ameaça poderá acentuar-se, no quadro dinâmico das relações inter-grupais existentes, no sentido que lhe é dado por Taylor e McKirnan (1984).

Ainda que não seja um objectivo central deste estudo, a inclusão de mulheres como sujeitos do estudo (cirurgiãs), permite-nos ainda alargar a nossa análise à temática das “elites discriminadas” (Bourdieu 1999).

A inclusão de sujeitos de sexo feminino permitirá também aprofundar e testar algumas perspectivas da Psicologia Social que se têm debruçado sobre a condição de sobreminoria, como é o caso das cirurgiãs. Com efeito, a situação de minoria em profissões de elevado estatuto tendem a gerar estratégias de *coping* específicas (Aronson e Quinn 1998; Stangor e Sechrist 1998; Branscombe e Ellemers 1998), pelo que valerá a pena confirmar a sua existência nas populações femininas envolvidas nesta investigação.

Com efeito, a opção por actividades profissionais ou cursos académicos que contrariam os estereótipos sociais prevaletentes – sejam estes baseados no género ou na origem étnica – exigem dos sujeitos um esforço acrescido, para contrariar as baixas expectativas de sucesso que estão associadas a esses estereótipos (Aronson e Quinn 1998). Essa situação particular constitui um contexto de forte pressão para os mesmos e exige que sejam accionados – para que não haja cedência absoluta à pressão do meio envolvente – mecanismos dinâmicos de adaptação e compensação.

O estudo

Neste estudo participam 12 profissionais da Cirurgia Geral, metade de cada sexo, a exercer a sua actividade em hospitais públicos portugueses. A natureza do tema e dos elementos a recolher e o elevado estatuto social dos participantes levou-nos a optar pelo recurso a entrevistas semi-estruturadas, audio-gravadas e transcritas na íntegra. Na realização das entrevistas seguimos um guião orientador básico composto por 22 questões-temas.

³²³ Dados relativos aos anos lectivos de 1995/96 a 2001/2002 cedidos pela Direcção de Serviços de Apoio Técnico da Direcção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência e do Ensino Superior.

No decurso das entrevistas foram exploradas as razões para a escolha da profissão, a especificidade das práticas profissionais, identificando os elementos de comparação com o grupo profissional com quem mais proximamente desenvolvem as suas actividades (especialistas da Medicina Interna), os traços de distintividade dos profissionais e a sua possível sobreposição com os traços da masculinidade, a percepção da ameaça pela existência de elementos femininos na profissão e as estratégias dos elementos do sexo feminino para a inserção no universo das profissões.

Nesta investigação de cariz descritivo, utilizamos a Análise do Discurso (Potter e Wetherell 1992; Llobart 1993), tanto como método de identificação e produção de sentidos no discurso dos participantes, como teoria do método (Burr 1995; Nogueira 1996). Com esta opção, julgamos ser viável articular a Análise do Discurso, numa perspectiva construcionista, com as Representações Sociais (Moscovici 1976; 1981; 1984; 1988; 1998), tal como foi demonstrado por Castro (2000) e Oliveira (2002).

Elementos de análise

Num primeiro momento, orientámos a análise dos discursos considerando três dimensões de análise básicas: a especificidade do masculino e a sua relação com a profissão, a distintividade face a outras especializações profissionais significativas e o lugar do feminino na profissão. Através de leituras sucessivas, alargámos essa análise a outros elementos ou dimensões identificadas posteriormente.

A distintividade da cirurgia e a masculinidade hegemónica

Ao enunciarem os traços que caracterizam os profissionais da cirurgia geral, marcando, portanto, a sua distintividade, os participantes apelam à natureza da sua actividade. As intervenções invasivas, muitas vezes de emergência, e a necessidade de intervenções prontas justificam, nos discursos analisados, a necessidade de frontalidade, decisão rápida, resistência física e psicológica, liderança e virilidade.

A imagem que há do cirurgião é mesmo a daquela pessoa menos dedicada... mais dedicada ao tratamento prático, directamente prático, não anda à volta da doença, não é? [H, 35]

(...) o cirurgião geral é uma pessoa que lidera a situação... e que resolve... [H, 48]

Os cirurgiões são, por norma, pessoas, enfim, em termos de personalidade, pessoas competitivas (...), exigentes... (...) com uma grande capacidade de resistência física e emotiva... [H, 32]

Acho que são mais brincalhões (...) ... são mais práticos, e o tipo de raciocínio é muito mais prático. (M, 28)

(...) é mais adrenalina (...) é mais viril ... têm uma maneira de estar, decididos (...) [M, 42]

Os significados das descrições produzidas pelos participantes dos dois sexos fazem emergir uma representação do profissional da cirurgia que se sobrepõe a uma representação hegemónica do ser masculino, que, como tal, pode ser assumido como um referente profissional (Acker 1990), da mesma

forma que é patenteada a assimetria simbólica na representação de homens e mulheres (Amâncio 1994).

Distintividade face às outras especializações profissionais significativas

O internista é, nos discursos dos participantes, um profissional cuja intervenção se baseia em processos de maior ponderação da decisão, com recurso a meios de diagnóstico complexos e vastos, tornando, por isso, muito morosa e até indecisa a sua acção. Os cirurgiões e as cirurgiãs referem-se a estes profissionais como menos expansivos e divertidos e também com menos poder, pois necessitam de o partilhar com os doentes, os quais têm de colaborar nos processos terapêuticos.

(...) para ser cirurgião tem-se uma estrutura mental e para se ser médico tem-se outra estrutura mental (...) [H,40]

O médico [internista] é um indivíduo que anda ali à volta do problema, por aqui, por ali... [H,47]

Eles, no fundo, acham que são uns intelectuais e nós somos uns barbeiros... [H,54]

O internista basta-lhe ser uma pessoa intelectualmente boa, uma pessoa, do ponto de vista do contacto, muito boa, uma pessoa com uma grande capacidade mental e emocional para... (...) não precisa de ser uma pessoa com umas grandes capacidades. [H,32]

Serem menos ponderados, em função da celeridade das suas decisões e intervenções, contribui positivamente para a distintividade positiva dos cirurgiões, pois a lentidão e a reflexão características da Medicina Interna, ainda que necessárias, não são traços positivos.

Ao serem comparadas as representações dos profissionais das duas disciplinas médicas, confirma-se que a identidade do cirurgião é baseada na representação da masculinidade, o que não é evidenciado na representação dos profissionais da medicina interna.

Cirurgiãs distintas e mulheres indistintas

O discurso dos participantes de ambos os sexos a propósito das características das mulheres cirurgiãs recorre aos mesmos atributos utilizados para representar o cirurgião. Ou seja, por serem assumidas como semelhantes aos elementos de sexo masculino envolvidos na profissão, não é admitido, portanto, que afectem a identidade própria da disciplina médica e dos profissionais.

Acho que são pessoas mais firmes, mais directas... [H,47]

A cirurgião é, pronto, é mil vezes mais prática, mais pragmática, mais objectiva, mais sintética (...) [H,40]

Sim, sim... é por contágio do dia-a-dia. Também têm uma maneira de ver a vida de forma diferente. [M,29]

Porque, com o tempo, acho que até os nossos colegas homens parece que já nem fazem diferença por nós... [M,40]

Quer dizer, não sei se é causa se é efeito, se nós vimos para a cirurgia porque somos assim ou se depois de cá estarmos temos que nos adaptar a ser assim... [M,42]

Quando, no seu discurso, os participantes de ambos os sexos categorizam as cirurgiãs recorrem a uma representação que as androginiza (Lorenzi-Cioldi

1990), porque estas se assemelham aos cirurgiões e seguem o modelo universal da masculinidade hegemónica que é o referente da profissão. A sua distintividade como cirurgiãs é salientada, sobretudo quando comparadas com as médicas de Medicina Interna.

No entanto, o discurso justificativo da possibilidade de as cirurgiãs terem um desempenho profissional adequado e até superior ao dos cirurgiões faz emergir a indistintividade do grupo de mulheres. A sinalização da pertença sexual destas, marcando a sua indistintividade, concretiza-se na mobilização de estereótipos do feminino, como a expressividade emocional e afectiva, as competências relacionais e a habilidade manual para realizar procedimentos minuciosos relativos aos actos cirúrgicos.

(...) há algumas mulheres muito especiais para virem para isto, que aliam uma capacidade mental tremenda a uma habilidade de mãos que nós homens não temos. [H,40]

As mulheres têm uma maneira de actuar que não é tão marcante..., em termos de personalidade, não é tão agressiva em termos de actuação (...) [H,54]

(...) a capacidade manual habitualmente, numa mulher, é de facto muito superior à do homem, e isso é determinante (...) [H,40]

Ameaça percebida face ao crescente número de cirurgiãs

Conscientes de que, ainda que estejam actualmente em clara maioria, os cirurgiões antevêem que número de cirurgiãs poderá vir a aumentar, reflexo do crescente número de mulheres na medicina.

Todavia, os discursos produzidos expressam a necessidade de preservação da identidade da profissão, esperando ou defendendo que as mulheres adequem o que lhes é específico às exigências da cirurgia, referindo, em concreto, a articulação com o universo privado, da família e da conjugalidade.

(...) faltam 5 ou 10 anos para isso acontecer [serem directoras de serviço] ... até porque as carreiras destas mulheres são fulgurantes... [H, 40]

Claro que a cirurgia foi, durante muito tempo, um campo de homens... (...) e veja como as coisas estão. (...) A tradição está-se a alterar profundamente. [H,54]

E, de facto, o número de homens que escolhe medicina ou que consegue entrar para o curso de medicina é cada vez menor em termos percentuais. [H32]

O *ethos* da profissão e a eficácia dos processos de socialização são referidos nos discursos, sob a forma de crenças, como garante da manutenção da ordem e que constitui um elemento fundamental da identidade deste grupo profissional.

A parte profissional, na nossa profissão, tem de estar sempre à frente da pessoal. [H,35]

Concerteza que ... elas têm esse fardo [família], mais complicado (...) mas isso tem a ver com a sociedade... [H,48]

Não é fácil... ver-se uma cirurgiã de sucesso... que seja... que tenha uma vida familiar... completa nestas nuances todas. [H,32]

A recusa da introdução de mudanças futuras no contexto e na organização do quotidiano da profissão, ainda que sob um cenário em mutação provável e

objectivamente inevitável, poderá ser encarada como uma manifestação de resistência a uma ameaça potencial.

Estratégias femininas

Nos seus discursos, as participantes salientam a existência de discriminação positiva da sua presença. Sublinham que, lentamente e como estratégia de inserção e de aceitação pelo grupo masculino, foram assumindo formas de estar no exercício da profissão, segundo dizem, semelhantes às dos cirurgiões – descontraídas, decididas, divertidas, corajosas – e não se chocando com a sua linguagem própria (anedotas, vernáculo...).

O ambiente, às vezes, essa história de contar anedotas um bocado pesadas, contam-se na mesma conosso ao pé; nós integramo-nos perfeitamente nessa área, não tem problema nenhum. [M,42]

(...) às vezes sentimo-nos uns homenzinhos, enquadramo-nos muito no género de conversas de homens, anedotas picantes... [M,29]

Claro que continuamos a ser mulheres... também não vamos exagerar. [M,40]

A procura da atenuação da sua diferença em relação ao outro sexo, não a sublinhando, e a integração no tipo de interacção verbal predominante na profissão (e que é um elemento de distintividade face a outros grupos significativos – médicos internistas), ilustram as estratégias de integração das mulheres num universo dominado numérica e simbolicamente por homens. A evitação do confronto com a identidade hegemónica do grupo maioritário e dominante, através de um processo de androgenização, a que aludimos anteriormente, pode ser interpretado como uma estratégia viável para a sua integração enquanto grupo minoritário e dominado.

Discussão

Este estudo apresentado tem ainda um cariz bastante parcelar, no quadro da investigação que estamos a realizar. O aprofundamento da análise dos discursos e a sua articulação com os dos participantes das restantes profissões virão, necessariamente a aprofundar o nosso conhecimento acerca da relação entre os universos profissionais e a construção social da masculinidade.

Todavia, julgamos que, mesmo com esse carácter parcelar, este estudo permite evidenciar as potencialidades da perspectiva epistemológica e metodológica da Análise do Discurso para o estudo das representações sociais.

A similitude dos discursos dos cirurgiões e das cirurgiãs acerca da identidade profissional é, desde logo, um elemento de análise que deve ser destacado. Homens e mulheres não se diferenciam, enquanto profissionais, uma vez que se orientam pela mesma norma, a qual se ancora na representação hegemónica da masculinidade e os torna distintos dos profissionais da medicina interna.

Para a definição da identidade profissional não são considerados os traços da feminilidade, assim como não é reconhecida a influência das mulheres na construção ou modificação dessa identidade. As cirurgiãs são aceites de forma plena no contexto profissional, ainda que seja a via da descaracterização da

sua especificidade que o torna viável, uma vez que são representadas através da mesma norma hegemónica.

Por serem semelhantes aos cirurgiões e diferentes das médicas internistas, reflectindo uma representação de um ser andrógino, é admitido que as cirurgiãs, como grupo de mulheres, são indistintas, pois partilham dos traços que socialmente se atribuem ao seu sexo.

O aumento de mulheres na medicina e na especialidade de cirurgia geral é reconhecido, pelos cirurgiões, como uma realidade concreta e que poderá vir a ter impacto no futuro da profissão. Recusar que esses factos possam vir a introduzir alterações nas práticas e na gestão da profissão pode ser interpretado como um efeito da percepção da ameaça à identidade grupal.

Bibliografia

Acker, J. (1990), “Hierarchies, jobs, bodies: theory of gendered organizations”. *Gender and Society*, 4: 139-158.

Almeida, M.V. (1995), *Senhores de Si – Uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século.

Amâncio, L. (1989), *Factores Psicossociológicos da Discriminação da Mulher no Trabalho*, Tese de Doutoramento. Lisboa: ISCTE, Universidade Técnica de Lisboa.

Amâncio, L. (1993), “Níveis de análise no estudo da identidade social”. *Análise Psicológica*, 2: 213-221.

Amâncio, L. (1994), *Masculino e Feminino – A construção social da diferença*. Porto: Ed. Afrontamento.

Amâncio, L. (2001), “O género na psicologia social: uma história de desencontros e rupturas”. *Psicologia*, XV: 9-26.

Aronson, J. e Quinn, D. M. (1998), “Stereotype threat and the academic underperformance of minorities and women”. In J. K. Swim e C. Stangor, *Prejudice – The target’s perspective*. San Diego: Academic Press, 83-103.

Bourdieu, P. (1999), *A Dominação Masculina*. Oeiras: Celta Editora

Branscombe, N. R. e Ellemers, N. (1998), Coping with group-based discrimination: Individualistic versus grupo-level strategies. In J. K. Swim e C. Stangor (ed.), *Prejudice – The target’s perspective*. San Diego, Academic Press, 243-266.

Breakwell, G. M. (org) (1983), *Threatened Identities*. Nova Iorque: Wiley.

Burr, V. (1995), *An introduction to social constructionism*. Londres: Routledge.

Castro, P. (2000), “Natureza, ciência e retórica na construção social da ideia de ambiente: representações sociais e discursos”. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Instituto Superior de Ciências dos Trabalho e da Empresa.

Connell, R. (1987), *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Standford: Standford University Press.

Connell, R. (1994), The State, Gender and Sexual Politics: Theory and Appraisal. In H. L. Radtke e H. J. Stam (eds.) *Power/Gender – Social Relations in Theory and Practice*. Londres: Sage Publicarions Ltd.

Connell, R.W. (2002), *Gender*. Cambridge: Polity Press.

Doise, W. E Lorenzi-Cioldi, F. (1991), “L’identité comme représentation sociale”. In V. Aebischer, J.-P. Deconchy e E. Lipianski (orgs.), *Ideologies et Représentations Sociales*. Fribourg: DelVal.

Durand-Delvigne, A. (1995), “Gender identity and situations of power”. In L. Amâncio e C. Nogueira (orgs.), *Gender, Management and Science*, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Durand-Delvigne, A. (1997), “Positions hiérarchiques, contextes professionnels et expressions du genre”. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2: 31-47.

Instituto Nacional de Estatística (1990, 1995, 1998), *Estatísticas da Saúde*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Lombart, M. (1993), “Mujer, relaciones de género y discurso”. *Revista de Psicología Social*, 8, 201-215.

Lorenzi-Cioldi, F. (1990), *Les androgynes*. Paris: PUF.

Lorenzi-Cioldi, F. e Doise (1990), Levels of analysis and social identity. In D. Abrams e M. Hogg (orgs), *Social Identity Theory: Constructive and critical advances*, Londres: Harvester Weatsheaf.

McInnes, J. (2002), *O Fim da Masculinidade*. Porto: Ambar.

Moscovici, S. (1976), *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.

Moscovici, S. (1981), On social representations. In J. P. Forgas (ed.) *Social cognition: perspectives on everyday understanding*. Londres. Academic Press, 181-209.

Moscovici, S. (1984), “The phenomenon of social representations”. In R. M. Farr e S. Moscovici (eds.), *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 3-69.

Moscovici, S. (1988), “Notes Towards a description of social representations”. *European Journal of Social Psychology*, 18: 211-250.

Moscovici, S. (1998), The history and actualy of social representations. In U. Flick (ed.) *The psychology of the social*. Cambridge: Cambridge University Press, 209-247.

Nogueira, M. C. O. C. (1996), *Um Novo Olhar Sobre as Relações Sociais de Género – Perspectiva feminista crítica na Psicologia Social*, Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Oliveira, J. M. (2002), “O Evangelho da Vida: Representações sociais do aborto no discurso da Igreja Católica Romana”. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ISCTE.

Pasko, T. e Seidman, B. (1999), *Physician characteristics and distribution in the U.S. edition*. American Medical Association. Department of Data Survey and Planning.

Potter, J. e Wetherell, M. (1992), *Mapping the Language of Racism. Discourse and legitimation of exploitation*. Londres, Harvester Wheasheaf.

Riska, E. (2000), “Towards gender balance? Women physicians in the US and nordic health care systems”. Comunicação apresentada na *Conferência State Political Power and Professional Structures: New patterns and new challenges?*, organizada pelo RC/52/ISA, Lisboa, 13 a 15 de Setembro de 2000.

Stangor, C. e Sechrist, G. B. (1998), “Conceptualizing the determinants of academic choice and task performance across social groups”. In J. K. Swim e C. Stangor (ed.), *Prejudice – The target’s perspective*. San Diego: Academic Press, 105-24.

Taylor D. e McKirnan, D. J. (1984), A five-stage model of intergroup relations. *British Journal of Social Psychology*, 23: 291-300.