

Trajetórias de cirurgiãs quanto à equidade de gênero no ambiente de trabalho

Trajectories of female surgeons regarding gender equity in the workplace

Trayectorias de las cirujanas respecto a la equidad de género en el ámbito laboral

Maria Elisa Gonzalez Manso¹, Jessica Corrêa Pantoja², Ana Carolina Toguchi³,
Giovanna Marcos Garcia Lippi⁴, Giovanna Silva Rocha⁵

RESUMO

Objetivo: compreender as experiências de um grupo de mulheres cirurgiãs quanto aos desafios e às estratégias para ampliar a equidade de gênero na área. **Método:** pesquisa qualitativa, exploratória, de caráter etnográfico, realizada de fevereiro a novembro de 2023, com amostragem bola de neve, via *Google Forms*®. Participaram mulheres cirurgiãs, ativas na profissão e moradoras do estado de São Paulo. Para as entrevistas, foi utilizado um roteiro semiestruturado sobre aspectos sociodemográficos e vivências das profissionais. Utilizou-se a Análise de Conteúdo. **Resultados:** predominou a faixa etária entre 40 e 49 anos, com baixa diversidade étnico-racial. Houve relatos recorrentes de assédio moral e sexual, e sensação de necessidade constante de reafirmar competência. Essas mulheres são desestimuladas a escolher as especialidades cirúrgicas desde a graduação e sofrem quando optam pela maternidade. **Considerações finais:** as pesquisas sobre mulheres cirurgiãs feitas no país não abordam as vozes dessas mulheres. Seus relatos são importantes para mudar um cenário de discriminação. As participantes ressaltam a necessidade de treinamentos institucionais obrigatórios sobre gênero, mecanismos eficazes de denúncia e maior suporte ao planejamento familiar. Há limitação quanto à participação feminina em especialidades cirúrgicas, exigindo iniciativas institucionais para um ambiente mais equitativo e inclusivo.

Descritores: Mulheres Trabalhadoras; Especialidades Cirúrgicas; Discriminação Social; Sexismo; Educação Médica; Narrativa Pessoal.

ABSTRACT

¹Médica. Doutora em Ciências Sociais. Professora titular no curso de medicina do Centro Universitário São Camilo SP, professora de educação continuada PUC-SP e UNASUS-UNIFESP. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: mansomeg@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5446-233X>. **Autor para Correspondência** - Endereço: Av. Nazaré, 1501 - Ipiranga, São Paulo - SP, CEP 04263-200.

²Bacharel Interdisciplinar em Saúde e Humanidades. Doutoranda em Ciências da Saúde. IAMSPE. São Paulo, São Paulo, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5714-7909>

³Graduanda em Medicina. Centro Universitário São Camilo SP. São Paulo, São Paulo, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0830-3490>

⁴Graduanda em Medicina. Centro Universitário São Camilo SP. São Paulo, São Paulo, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-1091-7831>

⁵Graduanda em Medicina. Centro Universitário São Camilo SP. São Paulo, São Paulo, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-8118-0521>



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada

Objective: to understand the experiences of a group of female surgeons regarding the challenges and strategies to increase gender equity in the field. **Method:** qualitative, exploratory, ethnographic research, conducted from February to November 2023, using snowball sampling, via Google Forms®. Participants were active female surgeons living in the state of São Paulo. A semi-structured interview guide was used to explore the professionals' sociodemographic aspects and experiences. Content Analysis was used. **Results:** the 40- to 49-year-old age group predominated, with low ethnic and racial diversity. There were recurring reports of moral and sexual harassment and a constant need to reaffirm competence. Women reported being discouraged from choosing surgical specialties from graduation onward and suffering when opting for motherhood. **Final considerations:** research on female surgeons carried out in Brazil does not address the voices of these women. Their stories are important for changing the scenario of discrimination. Participants emphasize the need for mandatory institutional training on gender, effective reporting mechanisms, and greater support for family planning. Female participation in surgical specialties is limited, requiring institutional initiatives to create a more equitable and inclusive environment. **Descriptors:** Women, Working; Specialties, Surgical; Social Discrimination; Sexism; Education, Medical; Personal Narrative.

RESUMEN

Objetivo: comprender las experiencias de un grupo de cirujanas respecto a los desafíos y estrategias para aumentar la equidad de género en el campo. **Método:** investigación etnográfica, exploratoria y cualitativa, realizada de febrero a noviembre de 2023, mediante un muestreo por bola de nieve a través del Google Forms®. Las participantes fueron cirujanas en activo residentes en el estado de São Paulo. Se utilizó un guion semiestructurado sobre los aspectos sociodemográficos y las experiencias de las profesionales. Se utilizó el Análisis de Contenido. **Resultados:** predominó el grupo de edad de 40 a 49 años, con baja diversidad racial y étnica. Se registraron historias recurrentes de acoso moral y sexual, y una sensación de necesidad constante de reafirmar la competencia. Estas mujeres se ven disuadidas de elegir especialidades quirúrgicas desde su graduación y sufren al optar por la maternidad. **Consideraciones finales:** las investigaciones sobre cirujanas realizadas en Brasil no abordan las voces de estas mujeres. Sus historias son importantes para cambiar un panorama de discriminación. Las participantes destacan la necesidad de capacitaciones institucionales obligatorias sobre género, mecanismos eficaces de denuncia y mayor apoyo a la planificación familiar. Existe una limitación en la participación femenina en las especialidades quirúrgicas, lo que requiere iniciativas institucionales para un entorno más equitativo e inclusivo. **Descriptor:** Mujeres Trabajadoras; Especialidades Quirúrgicas; Discriminación Social; Sexismo; Educación Médica; Narrativa Personal.

INTRODUÇÃO

A desigualdade de gênero na medicina, especialmente em especialidades cirúrgicas, ainda é fenômeno pouco documentado na

literatura acadêmica, apesar de ser frequentemente discutido nos diversos ambientes sociais. Apesar de todos os avanços na representatividade feminina na medicina, a presença de mulheres em áreas cirúrgicas ainda enfrenta entraves

significativos, resultantes de barreiras sistêmicas profundamente enraizadas¹⁻³.

Segundo dados da pesquisa Demografia Médica^{2,4}, ocorre no Brasil uma crescente feminização da medicina. Dados revelam que, de 1910 a 1960, os homens representavam em torno de 87% do total de médicos no país, situação que vem progressivamente se invertendo desde 1970, de tal forma que, em 2024, o contingente médico feminino já é de 49,91%. Este fato é corroborado pela análise da pirâmide etária da categoria profissional, onde se observa que as mulheres são maioria entre os profissionais mais jovens, porém, ainda restam diferenças de alocação entre as especialidades médicas.

O censo médico^{2,4} no país demonstra que as mulheres ocupam, predominantemente, especialidades não cirúrgicas, tais como dermatologia, endocrinologia, alergia, pediatria e medicina de família e comunidade, especialidades médicas exercidas, principalmente, fora dos hospitais e na Atenção Primária em Saúde. Dentre as especialidades cirúrgicas, empreendidas preponderantemente em hospitais, aquelas voltadas ao cuidado com mulheres, tais como ginecologia e obstetrícia, contam com elevada presença feminina, mas outras, como,

por exemplo, urologia, permanecem como nichos masculinos, onde os homens são maioria absoluta, ultrapassando 90% dos bacharéis.

A maior presença feminina é notada tanto nos primeiros anos de estudo, onde já representa 62% dos estudantes, quanto na residência médica, porém, é nesta fase em que começam a se observar desigualdades importantes, com predomínio masculino nos cargos de preceptores, supervisores ou coordenadores⁵.

O maior predomínio masculino na medicina a partir de 1910 pode, em parte, ser atribuído ao relatório Flexner, documento que, durante anos, norteou, e ainda norteia, em alguns países, os currículos dos cursos de medicina. Esse relatório aponta que a mulher, na medicina, deve voltar-se às especialidades destinadas à atenção à criança e à saúde da mulher⁶. Esse padrão traduz-se em uma cultura educacional na qual estereótipos sexistas e discriminação de gênero, embora sutis, impactam negativamente na carreira das mulheres, criando barreiras para ascensão na carreira e segregação ocupacional. Essas barreiras afetam não só a escolha de especialidades, mas se refletem nos processos de seleção para residência, forçando a escolha entre

família e carreira. A escassez de mentores femininos em especialidades tidas como masculinas limita as oportunidades de orientação e apoio para mulheres³.

Esses obstáculos não apenas restringem as escolhas profissionais das mulheres, mas também impactam na sua saúde mental, satisfação com a carreira e nas perspectivas de progressão profissional^{7,8}. Em áreas como urologia, ortopedia, traumatologia e neurocirurgia, as mulheres representam menos de 10% dos especialistas². Além disso, as desigualdades tornam-se ainda mais acentuadas quando se considera a interseccionalidade entre gênero e raça, uma vez que mulheres negras e pardas enfrentam desafios adicionais para ingressar e se consolidar em especialidades médicas de maior prestígio^{1,9}.

Como exemplos, pesquisas demonstram que as mulheres são sub-representadas em sociedades científicas cirúrgicas¹⁰ e são o menor número de palestrantes femininos em congressos de urologia¹¹.

Ainda, um levantamento realizado pela *American Society of Colon and Rectal Surgeons*¹² evidenciou que, nessa sociedade, as mulheres têm maior representação na área educativa (48%) e

menor em técnicas e tecnologia (17%). Outra informação importante trazida por esse estudo foi a de que as mulheres apresentam seus colegas de profissão e academia, quando palestrantes, sempre formalmente, mas os homens tendem a apresentar as mulheres de maneira informal.

Embora tragam dados sobre o viés de gênero nas especialidades cirúrgicas, nenhuma dessas pesquisas trouxe a voz das mulheres cirurgiãs e não mostrou como elas percebem a exclusão no seu ambiente de formação acadêmica, enquanto estudantes e residentes, ou como profissionais já exercendo a profissão. As pesquisas tratam, principalmente, do ambiente acadêmico, ou mostram como será abordada, posteriormente, a visão do paciente sobre a profissional. Diante disso, este estudo buscou compreender as experiências de um grupo de mulheres cirurgiãs quanto aos desafios e às estratégias para ampliar a equidade de gênero na área.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório, de caráter etnográfico, recorte de pesquisa matricial denominada “Sou mulher, será

que serei uma boa cirurgiã? Fatores socioculturais que interferem na prática médica cirúrgica a partir do relato de profissionais em processo de envelhecimento”, que foi conduzido durante o ano de 2023 (fevereiro a novembro). O estudo segue os critérios estabelecidos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), em sua versão em português brasileiro,¹³ e foi conduzido pela equipe composta pelas autoras deste artigo.

Para a amostragem, optou-se pelo método *snowball sampling* (bola de neve), um tipo de amostra não probabilística pautada em cadeias de referência, utilizada para o estudo de determinados grupos difíceis de serem acessados¹⁴. Trata-se de técnica de amostragem por conveniência utilizada, preferencialmente, para o estudo de populações difíceis de serem acessadas ou estudadas, as quais se enquadram em um destes tipos: (i) populações com poucos membros espalhados por uma grande área; (ii) estigmatizados; (iii) reclusos; e (iv) membros de um grupo de elite^{14,15}.

Por entender que o tema da pesquisa era sensível, envolvendo questões de cunho pessoal e profissional, e pela dificuldade em acessar o grupo que se pretendia estudar, essa

metodologia pareceu ser a melhor forma de alcançar essas mulheres que compõem um grupo bem específico, exigindo uma abordagem que respeitasse a confidencialidade e a confiança das participantes.

A técnica bola de neve trabalha com informantes-chave, nomeados “sementes”, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa dentro da população geral. As “sementes” auxiliam o grupo de pesquisa a iniciar os contatos, os quais seguirão crescendo em número, através de pessoas com as características desejadas, identificadas na rede pessoal de cada semente e de seus respectivos contatos. Sucessivamente, o número de pessoas cresce até que ocorra saturação^{14,15}. O disparador inicial foram as redes sociais de contatos das pesquisadoras, todas da área médica.

Como critérios de inclusão, optou-se por trabalhar com mulheres cirurgiãs já formadas que estavam ativas no mercado de trabalho, por entender que suas vivências seriam as mais adequadas para o tema da pesquisa. Restringiu-se a pesquisa ao estado de São Paulo, por ser o estado que concentra o maior número de residências médicas em cirurgia (cursos de pós-graduação para médicos que se caracterizam por

treinamento em serviços de saúde e que buscam especializá-los em uma determinada área) e o maior número de hospitais considerados de ponta para o exercício dessa especialidade¹⁵, o que, em tese, facilitaria o acesso ao grupo pesquisado. Por já estarem formadas, todas as participantes tinham acima de 18 anos. Excluíram-se médicas não cirurgiãs, médicas residentes, estudantes de medicina do sexo feminino, médicas não ativas no mercado de trabalho e moradoras de outros estados do país.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro semiestruturado composto pelas variáveis “faixa etária”, “autodeclaração étnico-racial”, “tempo de formação”, “área de especialização cirúrgica” e “planejamento familiar”, bem como relatos de dificuldades encontradas durante a graduação, a pós-graduação e o exercício profissional, além de sugestões para políticas de redução das desigualdades de gênero. Essas últimas foram oferecidas para análise das participantes na forma de listagem advinda das resoluções do 34º Congresso Brasileiro de Cirurgia, 2021¹⁶.

Após a identificação das participantes, um convite detalhado foi enviado por *e-mail*, contendo informações sobre os objetivos do estudo e orientações para o preenchimento do

roteiro, em conformidade com as diretrizes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi encerrada com 22 participantes ao atingir a saturação. A primeira participante foi identificada por afinidade com a pesquisadora principal, médica ginecologista, com idade entre 40 e 49 anos e mais de 10 anos de formação. Ela indicou colegas de trabalho em um hospital da cidade de São Paulo e, assim, a rede foi se estabelecendo. Foram abordadas 30 médicas, porém oito se recusaram a participar.

O roteiro foi disponibilizado eletronicamente via plataforma Google Forms® e direcionado exclusivamente ao público-alvo. As respostas foram automaticamente consolidadas na plataforma, o que facilitou sua exportação para análise em formatos gráficos e tabulares, utilizando o programa Microsoft Excel®, quanto às variáveis sociodemográficas. Para a análise qualitativa, utilizou-se a Análise de Conteúdo¹⁷, de modo a explorar os relatos dessas mulheres. Os depoimentos foram apresentados sequencialmente (P1, P2, P3, e assim por diante).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade

Católica de São Paulo (Parecer nº 5.787.216 e CAAE nº 64238522.5.0000.5482), garantindo o cumprimento das normativas éticas exigidas para pesquisas acadêmicas.

RESULTADOS

A análise dos dados demográficos evidenciou um predomínio de mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos (50%, n=11), seguida por aquelas entre 30 e 39 anos (27,3%, n=6), 81,8% (n=18) eram brancas, 50% (n=11) possuíam entre 11 e

20 anos de formação em medicina, 59,1% (n=13) relataram possuir entre 11 e 20 anos de experiência profissional e 13,6% (n=3) já haviam deixado a prática cirúrgica. Quanto ao local de moradia, todas residiam no estado de São Paulo, com destaque para os municípios de Sorocaba, Carapicuíba, Santo André e São Paulo.

As especialidades referidas encontram-se explicitadas na Tabela 1, onde se observa predomínio de cirurgia vascular (31,81%) e de ginecologia e obstetrícia (27,26%).

Tabela 1 - Especialidades cirúrgicas citadas pelas participantes da pesquisa.

Especialidade cirúrgica	Frequência (n)	Percentual (%)
Cirurgia vascular	7	31,81
Ginecologia e obstetrícia	6	27,26
Ginecologia e mastologia	3	13,63
Cirurgia de cabeça e pescoço	1	4,55
Cirurgia pediátrica	1	4,55
Cirurgia geral	1	4,55
Neurocirurgia	1	4,55
Oncologia cirúrgica	1	4,55
Ortopedia	1	4,55
Total	22	100

Quando inquiridas se haviam vivenciado situações de estranhamento ao manifestarem interesse por áreas cirúrgicas durante a graduação, 54,5% afirmaram que sim e 40,9% relataram ter sentido que foram estimuladas a fazer residência em áreas clínicas em vez de áreas cirúrgicas por causa de seu gênero.

Os relatos apresentados no Quadro 1 destacam os desafios

enfrentados no ambiente acadêmico por essas mulheres. Muitas relataram ter enfrentado discriminação em processos seletivos para residência ou emprego, frequentemente envolvendo questionamentos sobre planejamento familiar e possível gravidez. Observaram também desigualdade de oportunidades em favor de homens durante o período de formação específica.

Quadro 1 - Relatos das participantes sobre experiências de estranhamento e desestímulo durante a graduação em áreas cirúrgicas.

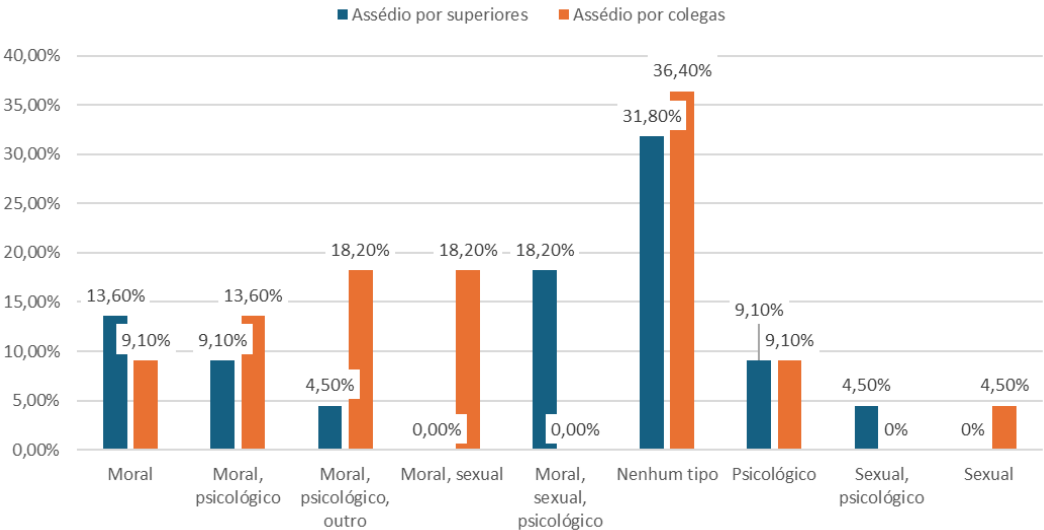
PARTICIPANTES	RELATOS
P4	Havia sempre um certo desestímulo a seguir uma especialidade que “exige” muito, que atrapalha o planejamento de ter filhos, etc.
P8	Que ser “gineco” era mau prognóstico, que ia ficar solteira para sempre, que a vida era muito caótica e por aí vai.
P10	Ouvia frases do tipo: “cirurgia não é para mulher”.
P11	Na minha turma, fui a única a escolher cirurgia. As outras mulheres escolheram GO. No 6º ano, o meu professor de cirurgia geral falou abertamente que mulher não serve para cirurgia. Na entrevista para residência, frente a uma bancada de oito homens, me perguntavam por que cirurgia e não obstetrícia.
P12	Numa prova para residência médica, me senti claramente preterida a favor de um rapaz durante uma entrevista.
P14	Entre vizinhos e colegas, sempre as frases de “é difícil”, “você é mulher”, “cirurgia não combina com ter família” [...]
P16	Ouvi muito que cirurgia não era para mulher, não iríamos ter qualidade de vida, que fica difícil conciliar com constituir uma família e até mesmo ter filhos.
P17	Meus professores me falaram para desistir, pois não era carreira para mulher bonita, que eu iria ficar acabada e não teria vida particular.
P22	Não era habitual mulheres fazerem cirurgia.

Na atuação profissional, relataram ter enfrentado preconceitos, sendo que sete apontaram discriminação proveniente tanto de equipes multiprofissionais, incluindo enfermeiros(as), anestesistas e colegas cirurgiões, quanto de pacientes. A

necessidade de reafirmar sua competência foi requerida constantemente.

Ademais, citaram a vivência de assédio moral, psicológico e sexual, por parte de superiores e colegas médicos, como se observa na Figura 1.

Figura 1 - Distribuição dos tipos de assédio relatados pelas participantes, considerando as experiências de assédio por superiores e colegas no ambiente cirúrgico.



No que se refere às políticas de gênero, 81,80% dessas mulheres apoiaram a implementação de medidas específicas para combater a discriminação, tais como cursos obrigatórios sobre preconceitos de gênero, fortalecimento de mecanismos de denúncia e programas de mentoria e planejamento de carreira. Além disso, 63,64% das participantes valorizaram o apoio ao planejamento familiar,

incluindo licenças maternidade e paternidade compatíveis. Por fim, a promoção da diversidade de gênero em eventos científicos foi mencionada como importante e não existente, assim como a necessidade de uma cultura organizacional inclusiva, especialmente nas sociedades médicas.

Os relatos apresentados no Quadro 2 expõem os desafios e a discriminação no ambiente cirúrgico.

Quadro 2 - Relatos das participantes sobre desafios e discriminação no ambiente cirúrgico.

PARTICIPANTES	RELATOS
P8	<i>A sensação é que a mulher precisa o tempo todo estar se autoafirmando somente por ser mulher – com pacientes e com os colegas, comentários do tipo: “opera que nem um homem”, “tem um gene Y”, e por aí vai. Comentários que vêm de nós, mulheres, que talvez sejamos mais machistas que os próprios homens. Comentários: “claro que você vai se dar bem, é bonita!” Uma sequência [...]</i>
P10	<i>Suporte psicológico é algo que não existe dentro dos programas de residência médica. Vivemos em ambiente de constante assédio moral, com necessidade de cumprir carga horária muito acima da preconizada. Sendo mulher, a necessidade de se afirmar frente aos colegas do sexo masculino faz com que nos sujeitemos a trabalhar nas piores condições para não sermos taxadas de preguiçosas ou histéricas. Assédio sexual é algo naturalizado, e os homens se protegem entre os pares. O ambiente não propicia a denúncia. A vítima teme represálias institucionais informais, como, por exemplo, não ter acesso a operar um determinado procedimento, pois outro colega será “escolhido” em seu lugar.</i>
P14	<i>Após o parto, cheguei a ouvir: “por que foi engravidar?” Quando pedi a colegas que me deviam plantão para pagar, quando meu filho nasceu prematuro e estava na UTI, foi bem difícil. Em outra ocasião, um colega que nunca havia me visto passou pela minha frente no centro cirúrgico e disse que odiava mulher cirurgiã. Que eram todas uma “m...”. Passadas algumas semanas, a diretora clínica do hospital pediu que eu avaliasse a mãe do referido colega. Me senti no direito de recusar porque não havia a menor relação de confiança, já que nada que eu dissesse seria levado em consideração.</i>
P17	<i>A mulher necessita provar duas vezes que é capaz, sendo preterida muitas vezes pelos outros colegas médicos.</i>
P18	<i>Fui avisada algumas vezes que provavelmente ficaria solteira a vida toda. E quando engravidei durante a residência médica, já aos 36 anos de idade, comentaram que eu “dei certo” na vida. Meu chefe e colegas mulheres da equipe fizeram bolão, apostando que eu largaria a residência médica.</i>
P20	<i>Quando engravidei no R4 de cirurgia vascular, fui exigida ao máximo das minhas forças e acabei perdendo o bebê com 28 semanas de gestação. Meus superiores apenas me ligaram para saber quando retornaria à residência, sem perguntar ao menos como eu estava.</i>
P22	<i>Minha impressão é que, no início da residência e depois da atuação em equipe, somos vistas como frágeis, mas não necessariamente como incapazes. Pelo período em que vivo a residência, muita coisa que hoje é considerada assédio era entendida como “normal”, as brincadeiras, enfim [...]</i>

Nota-se que as participantes referem diversas situações relacionadas à discriminação por gênero, com destaque para a necessidade de autoafirmação e de provar sua capacidade, porém, são as questões ligadas à maternidade as que mais trazem sentimentos negativos para essas mulheres. Nesse sentido, relatam situações de assédio, intimidação, desqualificação, exploração, solidão, falta de amparo institucional e naturalização de situações de assédio moral.

DISCUSSÃO

A predominância de mulheres em idade intermediária, especialmente na faixa etária de 40 a 49 anos, demonstra que a consolidação de carreiras relacionadas à cirurgia exige um período prolongado de formação e prática profissional. Esse achado reflete a necessidade de superar barreiras estruturais e culturais que ainda limitam o avanço das mulheres nessa área. A literatura sobre desigualdade de gênero na medicina já aponta essa realidade que se torna ainda mais evidente nas especialidades cirúrgicas, historicamente associadas a estereótipos masculinos⁸. A

baixa representatividade de mulheres nas faixas etárias mais jovens pode indicar tanto desafios na escolha inicial por essas especialidades quanto dificuldades na progressão profissional dentro de um ambiente predominantemente masculino, reforçando a necessidade de mudanças estruturais para promover maior equidade¹⁸.

A análise da composição étnico-racial das participantes revela a cor branca. Esse dado reflete padrões históricos de exclusão de mulheres não brancas de posições de destaque na medicina e evidencia a necessidade de discutir as interseccionalidades que agravam os desafios enfrentados por mulheres negras e pardas. A presença reduzida dessas profissionais em especialidades altamente competitivas demonstra como gênero e raça se entrelaçam, aprofundando desigualdades estruturais e limitando oportunidades^{19,20}.

Um estudo realizado pela Sociedade de Cirurgiões Negros Americanos²¹ demonstra que, quando comparadas com homens negros, as mulheres negras têm maior dificuldade na promoção acadêmica. Ambos os grupos relatam preconceito racial no

local de trabalho, porém as mulheres referem interseccionalidades com preconceito de gênero e desigualdade salarial.

O tempo de formação das participantes reforça o apontado quanto à faixa etária, indicando que a construção de carreiras femininas relacionadas à cirurgia frequentemente demanda um longo período de inserção e afirmação profissional²². Embora a presença feminina nas áreas cirúrgicas tenha aumentado ao longo dos anos, há concentração em especialidades ligadas à atenção à criança, à clínica, à maternidade e ao corpo feminino, tidas como espaços para mulheres. Esses achados encontram-se ancorados em papéis de gênero socialmente construídos, reproduzindo representações sociais²³.

Esses achados corroboram a demografia médica nacional, onde se observa que cerca de 65% das especialidades médicas cirúrgicas apresentam maioria masculina, enquanto as mulheres estão majoritariamente concentradas em aproximadamente 35% das especialidades, predominantemente clínicas, refletindo a ideia de que “não era habitual mulheres fazerem cirurgia”^{18,24}. A sub-representação feminina é particularmente marcante no

âmbito de cirurgia geral, onde menos de 25% dos especialistas são mulheres, demonstrando a persistência de barreiras estruturais e culturais nesse campo⁴.

Deve-se destacar que o currículo médico, assim como qualquer currículo, não é estanque nem neutro, pois, em sua composição, há, além dos elementos pedagógicos, componentes políticos, sociais, econômicos e culturais, os quais produzem reflexos para a sociedade. Dessa forma, o currículo é produtor e reprodutor da cultura e da racionalidade entendidas como sendo representativas daquela formação profissional. Mas, deve-se considerar que, além do currículo formal, há outro velado, oculto, que traduz a cultura médica.

Pesquisas ressaltam que as desigualdades de gênero já se formam anteriormente à entrada na universidade. Assim, estereótipos de gênero percorrem a construção da identidade das pessoas desde o nascimento, sendo internalizados e se traduzindo em comportamentos esperados dos diferentes sujeitos sociais. Bourdieu²⁵ denomina “habitus sexuado”: tradução das manifestações de poder da dominação masculina que se consolida não pelo uso da força ou violência física, mas, ao contrário, pela força simbólica de um trabalho lento, prolongado,

silencioso e, quase sempre, invisível, que tem início precocemente na vida dos sujeitos masculinos e femininos e se perpetua por toda a existência de forma individual e coletiva.

Dessa forma, os estereótipos de gênero continuam a se reproduzir, valorizando o masculino em detrimento do feminino, nem sempre de forma evidente, geralmente dissimulados na forma de pedagogias e gestos. Assim, o currículo médico nada mais faz do que trazer para seu interior, principalmente na forma de currículo oculto, essas questões sociais.

Em sua pesquisa, Helzer et al.²⁷ evidenciaram que, quando o aconselhamento médico em anestesia era realizado por mulheres médicas, elas tinham obstáculos adicionais por viés de gênero para o desempenho de suas funções em comparação com os homens, especialmente nos estágios iniciais de suas carreiras. Esses obstáculos estão enraizados em estereótipos ao invés de características objetivas de casos ou cenários de tratamento.

Manso et al.²⁶ demonstram como, em um grupo de estudantes de medicina, papéis de gênero socialmente construídos fazem com que futuras médicas tragam mais evocações relacionadas ao papel de cuidadora,

enquanto homens estudantes trazem preocupações relacionadas ao seu desempenho profissional, ambos reproduzindo representações sociais do que é ser médica ou médico.

Ao analisar diferenças nas avaliações de Atividades Profissionais Confiáveis (APC) entre residentes de cirurgia geral dos sexos masculino e feminino, Padilla et al.²⁸ citam a autoavaliação inferior das residentes mulheres em comparação com seus colegas homens, demonstrando uma clara tendência a subestimar seu desempenho em comparação aos colegas masculinos. Nas narrativas, palavras como “independente” foram associadas a residentes masculinos, enquanto “orientação” foi mais comum entre residentes femininos. Os autores sugerem que as residentes mulheres tenham a síndrome do impostor como um fator que contribui para a sua subavaliação, por estarem em campos tradicionalmente dominados por homens, como a cirurgia, o que pode acarretar falta de confiança, resultando em menos autonomia e oportunidades de liderança.

Estereótipos de gênero são relatados pelas participantes desta pesquisa, quer seja por professores ou por colegas, quando elas manifestaram

interesse por áreas cirúrgicas durante a graduação. Geralmente, as mulheres já relatam vieses de gênero e de discriminação durante seus anos na faculdade de medicina, que se reproduzem ao longo de sua prática profissional⁸. Elas associam essas experiências a um denominador comum: o fato de serem mulheres e como esse fato fez com que existissem tentativas de direcionamento para especialidades clínicas. A literatura mostra que muitas mulheres são dissuadidas de seguir uma carreira cirúrgica ainda quando estudantes de medicina, incentivadas a escolher uma especialidade que proporcione um “estilo de vida confortável” durante o treinamento, ou fazendo-as sentir que não pertencem ao campo escolhido^{8,29}.

Esses dados ressaltam a persistência de estereótipos que comprometem a equidade no ambiente acadêmico e institucional, dificultando a liberdade de escolha das mulheres em relação às especialidades médicas²⁴. Comentários desestimulantes, como “cirurgia não é para mulher” ou “irá atrapalhar a vida pessoal”, reforçam a percepção de inadequação das mulheres nessas áreas, criando obstáculos emocionais que impactam em termos de sua permanência e progressão.

A divisão de papéis sociais baseada no gênero é uma característica organizacional presente na sociedade brasileira e em várias outras, onde os homens são predominantemente associados ao trabalho remunerado, enquanto as mulheres são ligadas principalmente às responsabilidades da esfera reprodutiva, incluindo cuidados, afeto, alimentação e tarefas domésticas³⁰. Nesse sentido, alguns elementos foram levados em consideração pelas entrevistadas no momento de escolha da área cirúrgica em que atuam, como o papel de dona de casa, a maternidade e a construção de uma família, sempre constantemente questionadas se conseguiriam conciliá-los com o trabalho⁸.

Questionamentos como esses estão presentes em todas as fases da construção acadêmica da mulher cirurgiã, como se observa nos depoimentos que se referem aos processos seletivos de residência médica, bem como em entrevistas de emprego.

Apesar do crescimento gradual do número de médicas nos últimos anos, as mulheres ainda são minoria em todas as especialidades cirúrgicas, representando menos de 28% dos médicos que as exercem, com exceção

para a cirurgia pediátrica, onde são em torno da metade dos profissionais^{2,4}.

De início, sentem-se preteridas por colegas do sexo masculino, algo recorrente, já que inúmeras cirurgiãs se sentiram excluídas porque perderam oportunidades profissionais que ocorreram em espaços predominantemente masculinos, enquanto outras não puderam participar de uma “camaradagem social” formada exclusivamente entre colegas masculinos: “o clube dos meninos”³⁰.

Essas mulheres também enfrentam resistência das equipes às quais estão ligadas, e até mesmo rejeição e discriminação por parte dos pacientes, o que mostra como a cirurgia ainda é socialmente tida como um espaço masculino.

Ashton-James et al.³¹ investigaram, entre pacientes, o quanto estereótipos sobre a calorosidade e a competência de cirurgiões são influenciados pelo gênero e observaram que cirurgiãs do sexo feminino são percebidas como mais calorosas, mas menos competentes do que seus colegas masculinos. Esses estereótipos, por sua vez, afetam a satisfação com os resultados do tratamento e a confiança no médico, sendo os homens cirurgiões tidos como mais confiáveis.

Além das desigualdades de oportunidades na residência médica e na progressão da carreira e das práticas discriminatórias enraizadas no contexto cirúrgico, a necessidade de reafirmação constante da competência, mencionada pelas respondentes, reflete um cenário de desgaste emocional contínuo, intensificado pela ausência de políticas institucionais voltadas ao suporte psicológico. Soma-se a isso a discriminação explícita, incluindo assédio moral, psicológico e sexual, e se evidencia hostilidade tanto no ambiente de trabalho quanto na própria formação, com impactos diretos na saúde mental e no desempenho profissional dessas mulheres.

Diante de uma cultura sexista, pesquisa com residentes de cirurgia¹⁰ mostra que elas fazem adaptações físicas e sociais para se encaixarem no papel de cirurgiã. Essas mudanças exigem um esforço significativo para manter o nível de adaptação, levando à fadiga e à criação de mecanismos de resiliência. Aquelas que vivenciaram mais preconceito foram menos propensas a recomendar sua especialidade e relataram planos de deixar a medicina mais cedo. Logo, mudanças culturais em todas as instituições e intervenções em nível de sistema são necessárias para

gerar mudanças significativas e sustentáveis que melhorem a experiência de residentes de cirurgia.

As entrevistadas relatam que, no ambiente de trabalho, as agressões partiram não só de seus superiores e colegas, mas também de outros profissionais.

Novamente, vale ressaltar o papel do currículo oculto, conjunto de conhecimentos e valores aprendidos informalmente durante a prática clínica, o qual enfatiza a hierarquia médica, sendo a sua característica central, onde a relação entre professores e alunos pode ser inspiradora ou excessivamente opressiva. Nesse sentido, o maltrato e a desvalorização dos alunos são comuns, resultando em um ambiente de medo e submissão. Como salientado, a formação médica pode ser mais influenciada pelo currículo oculto do que pelo currículo formal, afetando a ética profissional³².

Esse currículo oculto é transposto para a prática nas residências e nos hospitais, estabelecendo relações hierárquicas de poder, onde a disciplina no ambiente hospitalar é percebida como uma forma de controle, configurando o lugar onde os médicos detêm a maior parte do poder decisório^{32,33}. Nesse ambiente, as

representações sociais sobre os papéis de gênero tendem a se exacerbar.

Marques et al.³⁴ evidenciaram que o assédio moral no local de trabalho é típico de locais institucionais fechados, com assimetria hierárquica, onde os procedimentos não são de domínio público, ou são tratados de maneira reservada, tais como os hospitais. Esse fenômeno assola tanto o Brasil quanto outros países e vem aumentando desde a década de 1960, permeando tanto o ensino quanto a prática da medicina. Os autores destacam a alta prevalência de assédio, abuso ou intimidação no meio acadêmico e entre residentes, enfermeiras e estafes. Estudando assédio entre residentes em Pernambuco, esses autores encontraram uma prevalência de assédio moral de 41,9%, sendo que preceptores, coordenadores e residentes mais velhos se mostraram mais propensos a cometer assédio moral. Neste estudo, não houve diferença entre os sexos, porém as mulheres apresentaram significativamente mais sequelas ($p=0,013$).

Estudando disparidades de gênero entre cirurgiões vasculares na Itália³⁵, notou-se que o assédio foi mais prevalente entre as mulheres, corroborando pesquisas que demonstram que é mais frequentemente observado

em áreas científicas, como a área médica. Neste estudo, os comportamentos de assédio observados foram de três a seis vezes mais prevalentes entre mulheres, incluindo aquele cometido por pacientes, seus familiares ou cuidadores, o que reforçaria que o gênero dos médicos pode impactar nos níveis de respeito que recebem dos pacientes, reproduzindo questões socioculturais.

A literatura destaca a falta de apoio à maternidade entre cirurgiãs do sexo feminino, mesmo por parte de colegas mais experientes. Conforme observado, alguns colegas seniores explicitamente manifestaram sua falta de apoio a cirurgiãs grávidas ou que fizeram escolhas pessoais, como parto natural e amamentação. A escassez de arranjos alternativos adequados contribuiu para a dificuldade e a angústia enfrentadas por cirurgiãs grávidas^{8,18,29}.

Diante desse quadro, propuseram-se algumas ações durante o 34º Congresso Brasileiro de Cirurgia⁶, realizado em setembro de 2021, no painel “Mulheres na Cirurgia”. Esse painel evidenciou que as mulheres cirurgiãs enfrentam desafios tais como o difícil equilíbrio entre vida pessoal e profissional, além da carga horária

extensa. Trouxe ainda que o preconceito de gênero é um fator significativo, com cirurgiãs frequentemente questionadas sobre suas habilidades, e ressaltou a necessidade de políticas institucionais que promovam a equidade de gênero, a prioridade de implementação de treinamentos obrigatórios para conscientização sobre preconceitos e o fortalecimento de mecanismos eficazes de denúncia e resposta a casos de assédio. Ademais, a flexibilização de horários e o suporte ao planejamento familiar foram identificados como medidas fundamentais para mitigar os efeitos das responsabilidades de cuidado, que tendem a recair de forma desproporcional sobre as mulheres.

Os achados reforçam que a trajetória das mulheres na cirurgia ainda é fortemente condicionada por limitações estruturais e normativas. Dessa forma, torna-se essencial a implementação de estratégias amplas e integradas que não apenas combatam a discriminação de gênero, mas também promovam uma mudança cultural significativa, garantindo ambientes mais equitativos e inclusivos tanto na formação quanto na prática médica.

Como limitação desta pesquisa, cita-se a própria metodologia empregada, a qual entrevistou um grupo

de cirurgiãs moradoras do estado de São Paulo. Por se tratar de pesquisa etnográfica, não é possível fazer generalização, porém se destaca por trazer à tona a voz dessas mulheres, as quais gentilmente se dispuseram a partilhar suas experiências. Trata-se da primeira pesquisa com essa metodologia e sobre esse tema feita no Brasil. Assim, espera-se que, mediante as reflexões aqui colocadas, seja possível rever o currículo médico e diminuir as disparidades de gênero que hoje ainda permeiam a prática cirúrgica, em um mundo no qual a medicina se torna cada vez mais feminina.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que, apesar dos avanços na representatividade feminina na medicina, as mulheres continuam enfrentando desafios significativos para ingressar e se consolidar em especialidades cirúrgicas, áreas historicamente dominadas por homens. A predominância de participantes na faixa etária de 40 a 49 anos, a baixa diversidade étnico-racial e a concentração de mulheres em áreas há anos entendidas como campo feminino perpetuam estereótipos de gênero e

restringem o acesso a especialidades consideradas mais prestigiadas. Relatos de preconceito durante a graduação e a residência médica, ou questionamentos invasivos sobre planejamento familiar em processos seletivos, ilustram uma cultura institucional que desencoraja a participação feminina e sustenta essas barreiras.

Diante desses achados, é importante não apenas realizar a identificação dos desafios enfrentados por mulheres cirurgiãs, mas também a proposição de políticas e práticas que possam mitigar essas desigualdades. A conscientização e a implementação de medidas que garantam um ambiente seguro e inclusivo são essenciais não apenas para ampliar a representatividade feminina, mas também para assegurar uma prática médica mais justa, ética e eficiente. A transformação cultural necessária para alcançar esses objetivos demanda o engajamento de instituições de ensino, sociedades médicas e órgãos reguladores, além de uma revisão crítica dos valores e práticas que perpetuam a exclusão. Somente por meio de esforços integrados será possível construir um futuro em que as mulheres possam exercer plenamente suas carreiras cirúrgicas, livres de discriminação e com

oportunidades equitativas de crescimento profissional.

Estudos futuros são necessários, tendo em vista o crescente número de mulheres que se formam médicas e seus desejos de ter autonomia para escolher livremente e sem discriminação suas especialidades.

REFERÊNCIAS

1. Franco T, Santos EG. Mulheres e cirurgiãs. *Rev Col Bras Cir.* 2010; 37(1):072-077.
2. Scheffer MC. Demografia médica no Brasil 2020. [Internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da USP, Conselho Federal de Medicina; 2020 [citado em 2025 Set. 13]. Disponível em: <https://www.flip3d.com.br/pub/cfm/index10/?numero=23&edicao=5058#page/>
3. Ávila RC. Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2014; 38(1):142-149.
4. Scheffer MC. Demografia médica no Brasil 2024. [Internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da USP, Conselho Federal de Medicina; 2024 [citado em 2025 Set. 13]. Disponível em: <https://observatorio.cfm.org.br/de-mografia/>
5. Cardoso SDL, Cavalcante LN. Inserção de médicas na formação de especialidades da Comissão de Residência Médica do Hospital Geral Roberto Santos. *Rev Baiana Saúde Publ.* 2020; 46(1):191-208.
6. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(4):492-499.
7. Seemann NM, Webster F, Holden HA, Moulton CA, Baxter N, Desjardins C, et al. Women in academic surgery: why is the playing field still not level? *Am J Surg.* 2016; 211(2):343-9.
8. Paulo D, Assis MDS, Kreuger MRO. Análise dos fatores que levam mulheres médicas a não optarem por especialidades cirúrgicas. *Rev Med (Rio J).* 2020; 99(3):230-235.
9. Jones VA. Why Aren't There More Women Surgeons? *JAMA.* 2000; 283(5):670.
10. Barnes KL, McGuire L, Dunivan G, Sussman AL, McKee R. Gender Bias Experiences of Female Surgical Trainees. *J Surg Educ.* 2019; 76(6):e1-e14.
11. Capella C, Schelegel L, Shenot P, Murphy A. Female Representation

- at High-profile Urology Conferences, 2014-2019: A Leadership Metric. *Urol.* 2021; 150:72-76.
12. Davis JS, Lyu HG, Hoang CM, Daniel VT, Scully RE, Xu TY, et al. Dis Colon Rectum. 2019; 62(3):357-362.
13. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021; 34:eAPE02631.
14. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas.* 2014; 22(44):203-220.
15. Oliveira GS, Pacheco ZML, Salimena AMO, Ramos CM, Paraíso AF. Método bola de neve em pesquisa qualitativa com travestis e mulheres transexuais. *Saúde Coletiva (Barueri).* 2021; 11(68):7581-7588.
16. Viana SW, Campos LN, Do-Nascimento MEFM, Ribeiro LS, Morais VMF, Haddad JOD, et al. Women Representation in Surgical Specialties: Reflections about Gender Equity after the 34th Brazilian Surgical Conference. *Rev Col Bras Cir.* 2022; 49:e20223204EDIT01.
17. Bardin L. Análise de conteúdo: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2016.
18. Jalloh K, Bader A, Okorji LM, Kelz R, Tatarian T, Altieri MS. Gender gap in surgical societies awards. *Surgical Endoscopy.* 2025; 39:1318-1322.
19. Fredrich VCR, Coelho ICM, Sanches LC. Desvelando o racismo na escola médica: experiência e enfrentamento do racismo pelos estudantes negros na graduação em Medicina. *Trab educ saúde.* 2022; 20:e00421184.
20. Clemente FS, Clemente MS. Racismo e sexismo em Instituições de Ensino Superior. *Estud Universitários.* 2023; 40(1):170-196.
21. Crown A, Berry C, Khabele D, Fayanju O, Cobb A, Backhus L, et al. *Ann Surg.* 2021; 273(5):827-831.
22. Silva FCS, Cerqueira MMBF, Ruivo BBC, Von Rautenfeld M. Mulheres na cirurgia vascular: uma breve análise do perfil brasileiro. *J Vasc Bras.* 2018; 17(2):128-135.
23. Duarte G, Spinelli LM. Estereótipos de gênero e divisão sexual do trabalho: uma reflexão sobre a realidade do trabalho feminino [Internet Santa Maria: UFSM; 2019 [citado em 2025 Set. 13].

- Disponível em:
<https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/342/2019/05/Giovana-Duarte-Estereotipos-de-Genero-e-Divisao-sexual-do-trabalho.pdf>
24. Xepoleas MD, Munabi NCO, Auslander A, Magee WP, Yao CA. The experiences of female surgeons around the world: a scoping review. *Hum Resour Health*. 2020; 18(1):80.
 25. Bourdieu P. A dominação masculina. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil; 2007.
 26. Manso MEG, Pagotto MUN, Torres RL. Percepções de alunos de Medicina sobre as potencialidades e limitações para o cuidado humanizado. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200394.
 27. Helzer EG, Myers CG, Fahin C, Sutcliffe KM, Abernathy JH. Gender Bias in Collaborative Medical Decision Making: Emergent Evidence. *Acad Med*. 2020; 95(10):1524-1528.
 28. Padilla EP, Stahl CC, Jung SA, Rosser AA, Schwartz PB, Aiken T, et al. Gender Differences in Entrustable Professional Activity Evaluations of General Surgery Residents. *Ann Surg*. 2022; 275(2):222-229.
 29. Lim WH, Wong C, Jain SR, Ng CH, Tai CH, Devi MK, et al. The unspoken reality of gender bias in surgery: A qualitative systematic review. *PLoS One*. 2021; 16(2):e0246420.
 30. Rasmussen JM, Najarian MM, Ties JS, Borgert AJ, Kallies KJ, Jarman BT. Career Satisfaction, Gender Bias, and Work-Life Balance: A Contemporary Assessment of General Surgeons. *J Surg Educ*. 2021; 78(1):119-125.
 31. Ashton-James CE, Tybur JM, Griebner V, Costa D. Stereotypes about surgeon warmth and competence: The role of surgeon gender. *PLoS ONE*. 2019; 14(2):e0211890.
 32. Cock LMO, Henao DM, Delgado CEY, Mazuera ASR, Grisales GJL, Cardona FV, Ayala MAL, et al. Sobre el currículo oculto: del buen médico, la jerarquía y el maltrato. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2023; 41(3):e349435.
 33. Mattar e Silva TW, Velloso ISC, Araújo MT, Fernandes ARK. Configuration of power relations in physicians and nurses' professional practices. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(Suppl 1):e20180629.

34. Marques RC, Martins Filho ED, Paula GS, Santos RR. Assédio Moral nas Residências Médica e Não Médica de

um Hospital de Ensino. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(3):401-406.

Financiamento: Os autores declaram que não houve financiamento.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores:

- **Concepção:** Manso MEG, Pantoja JC, Toguchi AC, Lippi GMG, Rocha GS.
- **Desenvolvimento:** Manso MEG, Pantoja JC, Toguchi AC, Lippi GMG, Rocha GS.
- **Redação e revisão:** Manso MEG, Pantoja JC, Toguchi AC, Lippi GMG, Rocha GS.

Como citar este artigo: Manso MEG, Pantoja JC, Toguchi AC, Lippi GMG, Rocha GS. Trajetórias de cirurgiãs quanto a equidade de gênero no ambiente de trabalho. J Health NPEPS. 2025; 10(1):e13612.

Submissão: 28/02/2025
Aceito: 03/06/2025