



Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Programa de Residência Médica

Lideranças Femininas nos Programas de Medicina de Emergência do
Brasil - Uma Análise sobre a Percepção do Preconceito de Gênero

Natascha Kokay Nepomuceno

Porto Alegre

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Nepomuceno, Natascha Kokay
Lideranças Femininas nos Programas de Medicina de
Emergência do Brasil - Uma Análise sobre a Percepção
do Preconceito de Gênero / Natascha Kokay Nepomuceno.
-- 2024.
39 f.
Orientador: Juliana Silveira Zanettini.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência
Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Medicina de Emergência. 2. Discriminação Baseada
em Gênero. 3. Papéis de Gênero. 4. Preconceito de
Gênero. I. Zanettini, Juliana Silveira, orient. II.
Titulo.

Natascha Kokay Nepomuceno

Lideranças Femininas nos Programas de Medicina de Emergência do Brasil - Uma Análise
sobre a Percepção do Preconceito de Gênero

Trabalho de conclusão de Residência apresentado
ao Programa de Residência Médica do Hospital de
Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial
para a obtenção do título de especialista em
Medicina de Emergência.

Orientadora: Juliana Silveira Zanettini

Porto Alegre

2024

RESUMO

Introdução: As desigualdades de gênero são antigas em nossa sociedade. Apesar da crescente feminização da medicina no Brasil, persistem importantes assimetrias. A Medicina de Emergência é uma residência reconhecida recentemente no Brasil e não existem dados sobre a percepção das médicas quanto tais desigualdades no exercício de sua profissão.

Metodologia: O objetivo do estudo foi analisar o perfil demográfico e a percepção do preconceito de gênero das lideranças femininas em Medicina de Emergência no Brasil. Foi realizado estudo transversal quali-quantitativo. A pesquisa foi desenvolvida via questionário online enviado às coordenadoras dos Programas de Residência Médica de todo o Brasil. Os dados foram analisados de forma anônima.

Resultados: Houve participação de 19 coordenadoras e foram apontados diversos desafios, como sobrecarga doméstica (57,9%) e vivência de episódios de violência no ambiente profissional (73,7%). A análise qualitativa contou com 13 relatos espontâneos sobre episódios pessoais de violência e foram categorizados de acordo com autores e conteúdo dos episódios.

Discussão: Há uma sub-representação feminina na Medicina de Emergência, com 30% de emergencistas mulheres no Brasil. Relatos de preconceito de gênero e assédio foram analisados sob a ótica das tecnologias de gênero. É inegável que normas culturais impactam a atuação feminina, associando mulheres a estereótipos de gênero e influenciando no reconhecimento profissional.

Conclusão: A coleta de dados sobre lideranças femininas na Medicina de Emergência é fundamental para compreender o perfil e os desafios da especialidade. Novos estudos são fundamentais para a plena inclusão das mulheres na Medicina de Emergência brasileira.

Palavras-chave: Discriminação Baseada em Gênero, Medicina de Emergência, Papéis de Gênero, Preconceito de Gênero

ABSTRACT

Introduction: There is longstanding gender inequality in our society. Despite growing feminization of medicine in Brazil, important asymmetries remain. Emergency Medicine is a recently recognized medical residency program in Brazil and there are no data on the perceptions of female doctors regarding these forms of inequality in their practice. **Methods:** The aim of this study was to analyze the demographic profile of and perceptions of gender bias among female leadership in Emergency Medicine in Brazil. A cross-sectional mixed-methods study was conducted. This research was conducted through online surveys sent to female coordinators of Medical Residency Programs across Brazil. Data were analyzed anonymously. **Results:** Nineteen coordinators participated in our study and several challenges were discussed, such as high domestic burden (57.9%) and experiences of violence in the workplace (73.7%). Qualitative analysis included 13 spontaneous reports about personal violence episodes, which were classified according to perpetrators and content of violence episodes. **Discussion:** Women are underrepresented in Emergency Medicine, accounting for only 30% of emergency physicians in Brazil. Reports of gender bias and harassment were analyzed through the lenses of gender technologies. Cultural norms undeniably affect women's practice, ascribing women to gender stereotypes and influencing professional recognition. **Conclusion:** Data collection about female leadership in Emergency Medicine is crucial to understanding the characteristics and challenges of this medical specialty. New studies are needed for full inclusion of women in Emergency Medicine in Brazil.

Keywords: Gender-based discrimination; Emergency Medicine; Gender roles; Gender prejudice

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 METODOLOGIA.....	7
3 RESULTADOS	10
4 DISCUSSÃO.....	23
5 CONCLUSÃO.....	28
6 APÊNDICES	31

1 INTRODUÇÃO

As desigualdades de gênero representam uma questão antiga e persistente em nossa sociedade, manifestando-se, também, no cenário da medicina brasileira¹. Apesar da tendência à feminização da profissão médica, com um número de mulheres graduando-se maior em comparação aos homens desde 2009², ainda enfrentamos uma série de desafios que afetam a trajetória das mulheres na medicina. Um desses desafios se traduz na disparidade salarial³, tendo em vista que médicas ainda recebem remunerações inferiores, mesmo quando desempenham as mesmas funções e possuem níveis de experiência semelhantes. Além disso, episódios de assédio, a falta de reconhecimento em posições de autoridade, e a subvalorização de suas contribuições são situações que apontam a necessidade de avanço⁴. Essas barreiras são agravadas pela sobrecarga das responsabilidades domésticas, que, em sua maioria recai sobre as mulheres, afetando ainda mais sua jornada de trabalho.

Em algumas especialidades, as desigualdades de gênero se tornam ainda mais evidentes, com a proporção de homens excedendo 90%². A medicina de emergência, apenas em 2015 reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina no Brasil, carece de dados sobre as disparidades de gênero e as percepções das médicas que atuam nessa área. O ambiente de emergência exige qualidades como liderança, assertividade, comunicação eficaz e tomada rápida de decisões, características que ainda são frequentemente associadas ao estereótipo masculino⁶.

Nos Estados Unidos, onde a medicina de emergência foi reconhecida em 1979, existe uma maior quantidade de dados sobre o tema e é possível atestar que a presença de mulheres em cargos de liderança na especialidade é limitada, com apenas 10% das mulheres ocupando posições

de destaque nos departamentos de emergência. Isso reflete os inúmeros desafios que as mulheres enfrentam para alcançar e manter posições de poder nesse campo⁵.

Atualmente, no Brasil, carecemos de dados sobre o perfil das lideranças femininas em Medicina de Emergência e sobre as percepções dessas mulheres quanto aos desafios de gênero no ambiente de trabalho. A ausência dessas informações representa um obstáculo ao progresso nesse campo profissional.

Com nossa pesquisa, esperamos lançar luz sobre as questões de desigualdade de gênero na medicina de emergência e contribuir para a promoção de uma atuação mais igualitária e inclusiva.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal com abordagem quali-quantitativa. Como instrumento para coleta de dados, foi aplicado questionário de forma online entre julho e outubro de 2023, por meio da plataforma *Google Forms*. É possível visualizar o questionário na íntegra no Apêndice I.

O objetivo geral deste estudo foi identificar o perfil demográfico das mulheres que exercem papéis de liderança na medicina de emergência no Brasil, bem como analisar a percepção dessas líderes quanto aos preconceitos de gênero que permeiam esse ambiente desafiador.

Os objetivos específicos foram identificar a prevalência de situações de violência de gênero na amostra estudada, identificar associações entre dados demográficos e a percepção de preconceito de gênero e comparar os dados encontrados com os dados existentes na literatura nacional e internacional.

A amostra populacional foi constituída por coordenadoras dos programas de medicina de emergência do Brasil que aceitaram participar do estudo por meio de anuência ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível na íntegra no Apêndice II.

Para isso, foram mapeados 76 programas de residência em medicina de emergência, sendo que destes, 18 são programas autorizados pelo Ministério da Educação, porém ainda sem vagas abertas. Dos programas ativos (58), 20 são coordenados por mulheres (34%).

É importante salientar casos em que o coordenador oficial do programa de residência na instituição é um homem, mas, na prática rotineira, quem organiza as escalas e está em contato próximo, com os

residentes é uma mulher. Foi optado por não incluir essas médicas na amostra, tendo em vista que, institucionalmente, a função delas não é reconhecida como de coordenação.

A pesquisa foi inicialmente divulgada em grupo de *WhatsApp* dos coordenadores dos programas de Residência Médica de Medicina de Emergência. Em um segundo momento, foi realizado levantamento de cada programa de residência através do Painel de Residência Médica do Ministério da Educação e foram contatadas, pessoalmente, todas as coordenadoras dos programas registrados.

Os questionários apresentaram questões fechadas, em escala Likert, e perguntas abertas. A primeira seção do questionário incluiu perguntas referentes a dados demográficos, socioeconômicos e, em seguida, foi questionada a percepção sobre a prevalência de preconceito de gênero e assédio no ambiente laboral.

Os dados coletados foram demográficos com variáveis quantitativas categóricas e numéricas, contínuas e ordinais - idade, estado civil, raça, número de filhos, região do programa em que coordena, nível de escolaridade e área de pesquisa. Foram coletados dados subjetivos sobre as perspectivas e experiências pessoais dessas profissionais em relação a questões de preconceito de gênero e desigualdade de oportunidades no ambiente laboral.

Os dados coletados foram submetidos à análise qualitativa e à análise quantitativa. A distribuição dos dados numéricos (idade e tempo de formação em medicina) foi investigada utilizando o teste Kolmogorov-Smirnov. Os dados numéricos foram apresentados por meio de medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio-padrão) e os dados categóricos por meio de frequência percentual e absoluta. Os

testes qui-quadrado, t-student independente, U Mann Whitney, Anova One Way e Kruskal Wallis foram utilizados para comparação das características sociodemográficas e de formação entre as diferentes percepções femininas de atitudes de preconceito. Foi considerado nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram processadas utilizando-se o programa IBM SPSS Statistics for Windows versão 29.0.

Para análise das respostas, tendo em vista o pequeno número amostral e as múltiplas categorias na escala Likert, certas variáveis tiveram suas respostas agrupadas. Nas variáveis "Sobrecarga por afazeres domésticos" e "Desvalorização de condutas em relação aos médicos homens" as respostas "frequentemente/muito frequentemente" e "raramente/nunca" foram agrupadas em "frequentemente" e "com pouca frequência", respectivamente. Na variável "Médicos homens costumam ser mais respeitados no ambiente de emergência" as respostas "concordo totalmente/concordo" e "discordo/discordo totalmente" foram agrupadas em "concordo" e "discordo", respectivamente.

As respostas abertas foram avaliadas qualitativamente por meio de frequências e foram agrupadas e analisadas textualmente. Para agregar à análise qualitativa, além da pergunta aberta relativa à experiência pessoal, foi disponibilizado um espaço livre para comentários.

A análise dos dados foi anônima, sem identificação nominal, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados. Apenas as pesquisadoras tiveram acesso ao banco de dados, armazenado no computador pessoal da pesquisadora principal.

3 RESULTADOS

3.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

Foram identificadas 20 coordenadoras mulheres nos programas de medicina de emergência no Brasil, sendo que a grande maioria (19) respondeu ao questionário e concordou com o TCLE, resultando em 95% da amostra. A idade variou de 30 a 52 anos (média de $40,74 \pm 7,68$ anos), a maioria se identificou como branca (57,9%), casada (68,4%) e com filhos (63,2%). As características sociodemográficas das participantes estão apresentadas na **Tabela 1**.

Tabela 1. Características sociodemográficas das participantes (n=19).

Variável	Parâmetro
Idade (anos) ^a	40,74 ($\pm 7,68$)
Raça ou cor ^b	
Amarela	5,2 (1)
Branca	57,9 (11)
Indefinida	10 (2)
Parda	26,3 (5)
Estado Civil ^b	
Casada	68,4 (13)
Divorciada	5,2 (1)
Solteira	26,3 (5)
Quantidade de filhos ^b	
Nenhum	36,8 (7)
1	15,7 (3)
2	31,5 (6)
3 ou mais	15,7 (3)

^a Média (\pm Desvio-Padrão). ^b Frequência percentual (Frequência absoluta).

As participantes do estudo eram coordenadoras de programas de residência do Brasil, tendo representações em todas as regiões do país, com formação entre os anos de 1994 e 2021 e com tempo médio de formação em medicina há $14,95 (\pm 9,11)$ anos. A mediana do ano de formação das coordenadoras é 2010.

Das participantes do estudo, 42,1% tinham formação em medicina de emergência, 42,1% possuíam o título em medicina de emergência e 63,2% tinham formação em outra especialidade. A maioria da amostra referiu carga horária de trabalho superior a 50 horas semanais (63,2%). As características da formação e de trabalho da amostra estão na **Tabela 2**.

Tabela 2. Características da formação e de trabalho dos participantes (n=19).

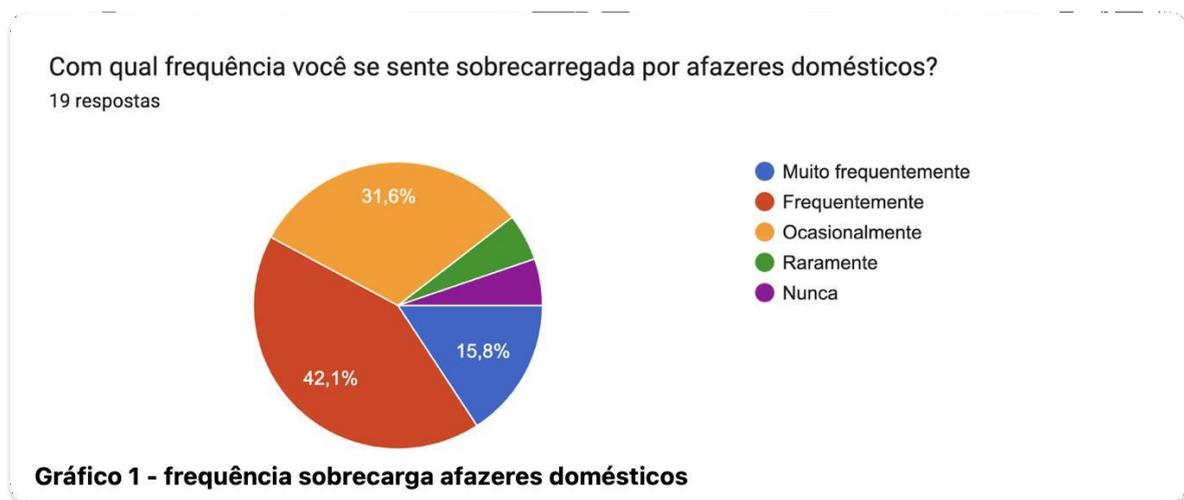
Variável	Parâmetro
Região do programa de residência sob coordenação do participante do estudo ^b	
Norte	5,2 (1)
Nordeste	21,0 (4)
Sul	21,0 (4)
Sudeste	42,1 (8)
Centro-Oeste	10,5 (2)
Tempo de formação em medicina (anos) ^a	14,95 (±9,11)
Formação em medicina de emergência (sim) ^b	31,5 (6)
Título em medicina de emergência (sim) ^b	31,5 (6)
Formação em outra especialidade (sim) ^b	63,1 (12)
Pós-graduação ^b	
Lato sensu	21,0 (4)
Mestrado	26,3 (5)
Doutorado	10,5 (2)
Carga horária de trabalho semanal ^b	
Até 50 horas	42,1 (8)
Mais de 50 horas	57,8 (11)

^aMédia (± Desvio-Padrão). ^bFrequência percentual (Frequência absoluta).

A maioria (63,1%) possui residência em outra especialidade, sendo a maioria absoluta em clínica médica (83,3%). Outras residências citadas foram cirurgia geral e infectologia. Quanto a pós-graduação, 42,2% não possui; 26,3% possui mestrado, 21% possui pós-graduação *lato-sensu*

e 10,5% possui doutorado, sendo os temas diversos: medicina de emergência, medicina intensiva, cuidados paliativos, ensino médico, doenças tropicais, saúde do adulto e hepatite C.

Com relação às percepções de sobrecarga e preconceito de gênero, a maioria das participantes relatou que se sente sobrecarregada por afazeres domésticos (**gráfico 1**), que nota episódios de preconceito de gênero no ambiente de emergência (**gráfico 2**), que sente desvalorização das suas condutas em relação às decisões tomadas por homens (**gráfico 3**) e que já vivenciou episódio de violência ou assédio em seu papel profissional (73,7%) (**gráfico 4**). A maioria das participantes concorda que médicos homens costumam ser mais respeitados e reconhecidos no ambiente da emergência (73,7%) (**gráfico 5**) e que é fundamental que mulheres estejam em locais de liderança na medicina de emergência (84,2%) (**gráfico 6 e Tabela 3**).



Com qual frequência você nota episódios de preconceito de gênero no ambiente da emergência?

19 respostas

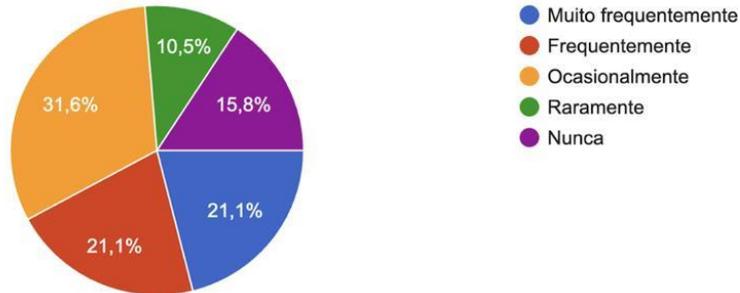


Gráfico 2 - frequência preconceito de gênero

Com qual frequência você sente que suas condutas são desvalorizadas em comparação às decisões tomadas por médicos homens?

19 respostas

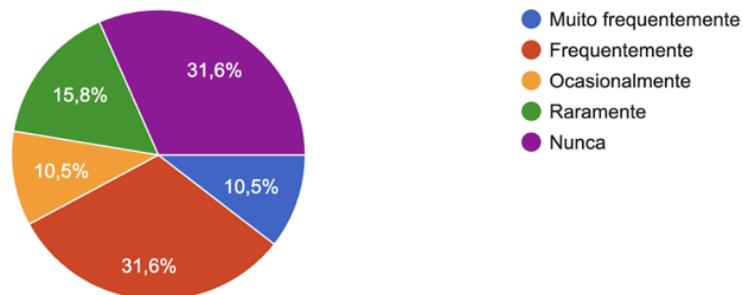


Gráfico 3 - frequência desvalorização das condutas

Você já vivenciou, pessoalmente, episódio de violência ou assédio em seu papel profissional?

19 respostas

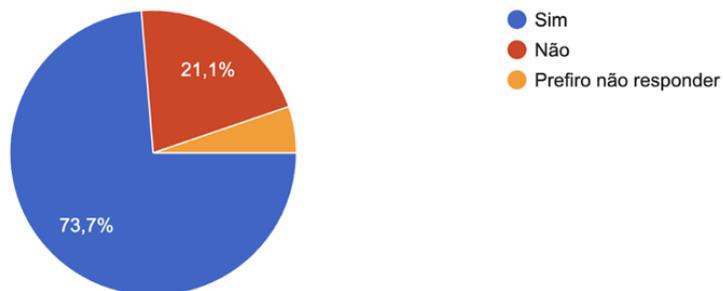


Gráfico 4 - episódio de violência ou assédio

Médicos homens costumam ser mais respeitados e reconhecidos no ambiente da emergência

19 respostas

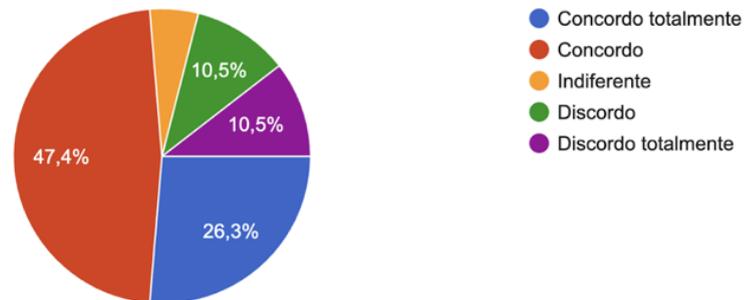


Gráfico 5 - médicos homens costumam ser mais respeitados

É fundamental que mulheres estejam em locais de liderança na medicina de emergência

19 respostas

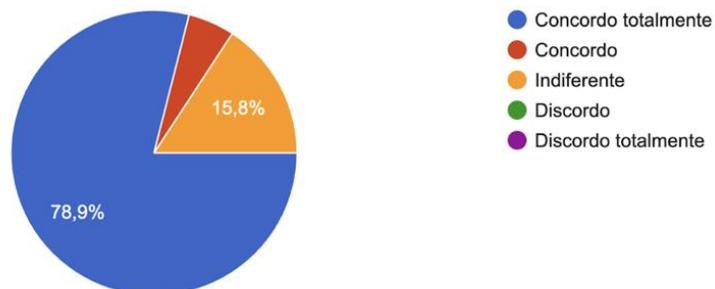


Gráfico 6 - é fundamental que mulheres estejam em locais de liderança

Tabela 3. Distribuição [% (n)] da percepção de preconceito de gênero entre as participantes do estudo.

Variável	% (n)
Com qual frequência você se sente sobrecarregada por afazeres domésticos?	
Com pouca frequência	10,5 (2)
Ocasionalmente	31,5 (6)
Frequentemente	57,9 (11)
Com qual frequência você nota episódios de preconceito de gênero no ambiente da emergência?	
Nunca	15,7 (3)
Raramente	10,5 (2)
Ocasionalmente	31,5 (6)
Frequentemente	21,0 (4)
Muito frequentemente	21,0 (4)
Com qual frequência você sente que suas condutas são desvalorizadas em comparação às decisões tomadas por médicos homens?	
Com pouca frequência	47,3 (9)
Ocasionalmente	10,5 (2)
Frequentemente	42,1 (8)
Você já vivenciou, pessoalmente, episódio de violência ou assédio em seu papel profissional? (sim)	73,6 (14)
Médicos homens costumam ser mais respeitados e reconhecidos no ambiente da emergência	
Concordo	73,7 (14)
Neutro	5,1 (1)
Discordo	21,0 (4)
É fundamental que mulheres estejam em locais de liderança na medicina de emergência	
Concordo totalmente	78,9 (15)
Concordo	5,2 (1)
Indiferente	15,8 (3)

Na análise estatística inferencial, com relação à **percepção de sobrecarga por afazeres domésticos**, não foram observadas relações da frequência dessa percepção com a idade (**Kruskal-Wallis H=2,365; p=0,669**), com o tempo de formação em medicina (**Kruskal-Wallis H=3,680; p=0,451**), com a região do país (**X²=14,250; p=0,580**), com a raça (**X²=12,163; p=0,433**), com o estado civil (**X²=5,700; p=0,681**), com a quantidade de filhos (**X²=16,663; p=0,163**), com a formação em

medicina de emergência ($X^2=6,693$; $p=0,153$), nem com a carga horária semanal de trabalho ($X^2=6,107$; $p=0,191$).

Com relação à **percepção de episódios de preconceito no ambiente de emergência**, não foram observadas relações da frequência dessa percepção com a idade (**Kruskal-Wallis $H=2,365$; $p=0,669$**), com o tempo de formação em medicina (**Kruskal-Wallis $H=3,680$; $p=0,451$**), com a região do país ($X^2=14,250$; $p=0,580$), com a raça ($X^2=12,163$; $p=0,433$), com o estado civil ($X^2=5,700$; $p=0,681$), com a quantidade de filhos ($X^2=16,663$; $p=0,163$), com a formação em medicina de emergência ($X^2=6,693$; $p=0,153$), nem com a carga horária semanal de trabalho ($X^2=6,107$; $p=0,191$).

Com relação à **percepção de desvalorização das condutas em comparação às decisões tomadas por médicos homens**, não foram observadas relações da frequência dessa percepção com a idade (**Kruskal-Wallis $H=1,181$; $p=0,554$**), com o tempo de formação em medicina (**Kruskal-Wallis $H=0,944$; $p=0,624$**), com região do país ($X^2=7,554$; $p=0,478$), com a raça ($X^2=3,889$; $p=0,692$), com o estado civil ($X^2=4,937$; $p=0,294$), com a quantidade de filhos ($X^2=8,545$; $p=0,201$), com a formação em medicina de emergência ($X^2=1,679$; $p=0,432$), nem com a carga horária semanal de trabalho ($X^2=0,854$; $p=0,652$).

Com relação à **percepção de que médicos homens são mais respeitados e reconhecidos no ambiente de emergência**, não foram observadas relações da frequência dessa percepção com a idade (**Kruskal-Wallis $H=1,571$; $p=0,456$**), com o tempo de formação em medicina (**Kruskal-Wallis $H=0,573$; $p=0,751$**), com a região do país ($X^2=8,058$; $p=0,428$), com a raça ($X^2=9,611$; $p=0,142$), com o estado civil

($X^2=5,742$; $p=0,219$), com a quantidade de filhos ($X^2=5,655$; $p=0,463$), com a formação em medicina de emergência ($X^2=1,712$; $p=0,425$), nem com a carga horária semanal de trabalho ($X^2=0,889$; $p=0,641$).

Com relação à **vivência pessoal de episódio de violência ou assédio no papel profissional**, não foram observadas relações da frequência dessa percepção com a idade ($F=1,302$; $p=0,483$), com o tempo de formação em medicina ($F=1,425$; $p=0,446$), com a região do país ($X^2=9,080$; $p=0,059$), com a raça ($X^2=6,955$; $p=0,073$), com o estado civil ($X^2=0,354$; $p=0,838$), com a quantidade de filhos ($X^2=5,878$; $p=0,118$), com a formação em medicina de emergência ($X^2=0,064$; $p=0,800$), nem com a carga horária semanal de trabalho ($X^2=0,643$; $p=0,423$).

3.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Foi deixado espaço livre, não obrigatório, para relatar episódios de violência vivenciados no ambiente profissional. Foram recebidas 13 respostas abertas.

Após análise dos relatos pelas pesquisadoras, agrupamos em categorias de acordo com o formato das respostas. Os relatos foram categorizados em duas grandes categorias e subdivididos em subcategorias.

O primeiro padrão identificado, passível de análise pela frequência de aparecimento nos relatos, foi relacionado ao autor da violência, conforme categorização abaixo.

- 1) Autor da violência
 - 1.1) Colegas de trabalho, hierarquia semelhante (7);
 - 1.2) Colegas de trabalho, posição hierárquica superior (6);
 - 1.3) Colega de trabalho, posição hierárquica inferior (1);
 - 1.4) Pacientes e acompanhantes (3).

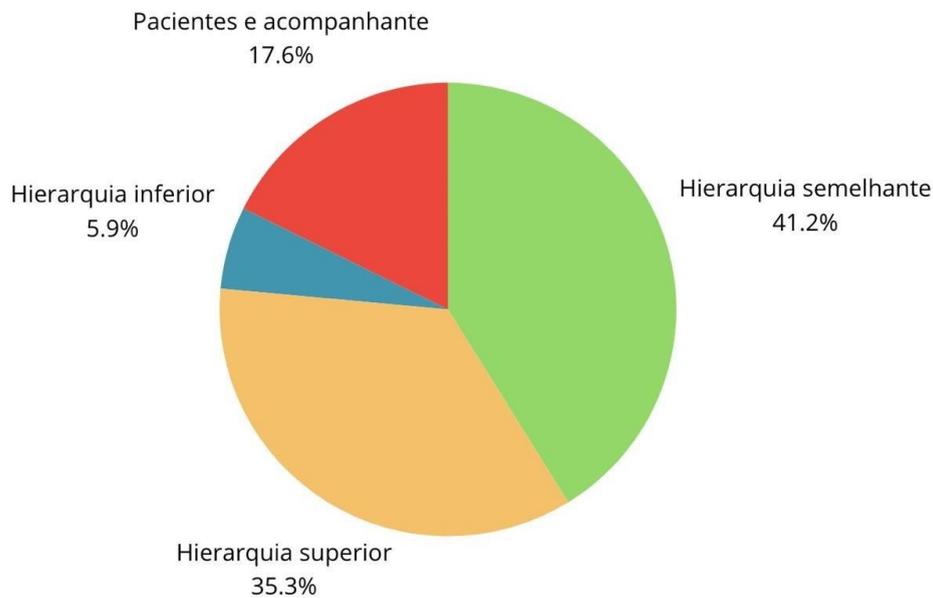


Gráfico 7 - proporção atores citados nos relatos. Autoria própria.

Importante ressaltar que os relatos quanto ao autor de violência aparecem de maneira inconsistente - algumas respostas abertas não citam o autor, como os exemplos:

"Insinuação de estar com alguma demanda por não estar satisfeita com minha vida privada"

"Convite para conversar e sair no privado"

"Questionamento de condutas de forma agressiva"

Outras respostas citam vários autores em sequência, por vezes utilizando o plural “colegas”, “pacientes”, “professores”, “*staffs*”, “homens”. Nesses casos, para levantamento da prevalência e, uma vez que o propósito do estudo não é se debruçar minuciosamente sobre os relatos, a citação desses autores, ainda que no plural, foi computada como uma.

Importante ressaltar o relato de episódio de preconceito de gênero realizado por mulheres, mostrando, em concordância com a literatura, que as mulheres também podem ser propagadoras de tais estereótipos e contribuem com um sistema de valores patriarcais¹⁵.

*“... quando tem um residente homem no serviço todos médicos (tanto homens quanto **mulheres**) vão direto nele pra pegar o caso e não dão atenção ao que tenho para passar...”*

Há um relato diferente dos demais em que foi presenciada situação de violência não apenas com a coordenadora médica, mas como alvo principal uma enfermeira do serviço:

“...quando enfermeira questionou, sem alterar o tom de voz, quem (ela) deveria seguir (eu ou o colega homem*), o mesmo se descontrolou, começou a gritar, usou palavras de baixo escalão, gritando com a enfermeira pedindo para que a mesma sumisse que ele não queria mais vê-la...”*

*Adicionado pelas autoras

Esse relato escancara a clássica ideia de hierarquia entre medicina e enfermagem, que se mistura à hierarquia entre os papéis de gênero historicamente assumidos nas duas profissões, culminado com o episódio presenciado e com diversos relatos na literatura. As mulheres que exercem a enfermagem são as mais acometidas pela violência no ambiente de trabalho por dominação e autoritarismo da equipe médica (**Lima e Souza, 2015**).

Na enfermagem, acontece silenciosamente a desvalorização da mulher, associado aos estereótipos de gênero. Trata-se de um processo histórico de construção social da cultura do patriarcado e do machismo (**Magalhães, 2021, p. 65**).

Além da classificação por autor, classificamos os relatos em relação ao conteúdo, sendo identificadas as seguintes categorias mais prevalentes:

2) Conteúdo da violência:

2.1) Desvalorização de condutas técnicas (10);

2.2) Assédio sexual (4);

2.3) Comentários sobre aparência física (3);

2.4) Racismo (1).

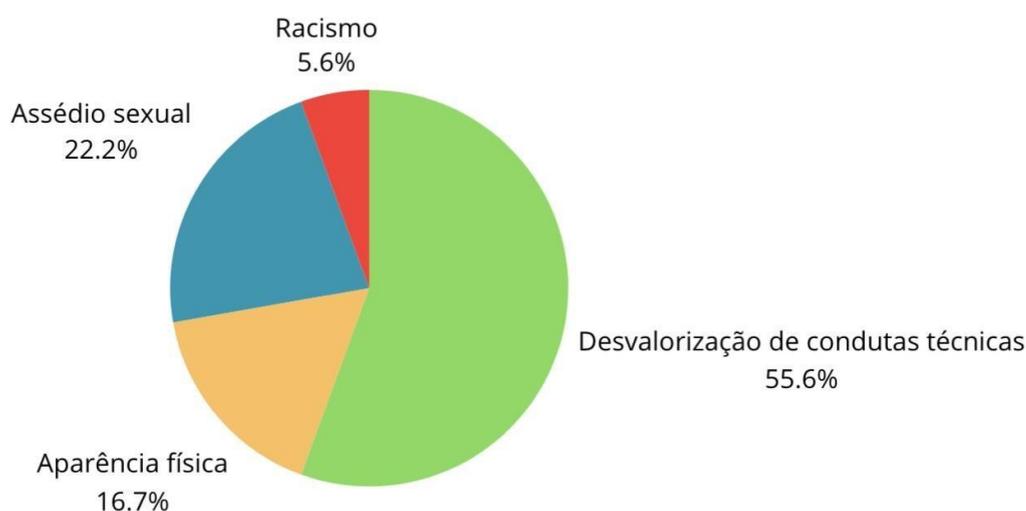


Gráfico 8 - proporção do conteúdo dos relatos. Autoria própria.

A desvalorização das condutas técnicas tomadas pelas mulheres chama a atenção pela prevalência com que aparece nos relatos. Isso vai ao encontro da literatura, tendo em vista as persistentes dificuldades em incorporar o papel feminino como um papel de liderança¹⁰, fato que é corroborado pelo estereótipo de gênero fundamentado em nossa sociedade.

Os estereótipos caracterizam homens e mulheres por categorias diferentes, a mulher é entendida como “sexo frágil”: dócil, passiva, cordata, influenciável, intuitiva, cuidadosa, entre outros, socializada para ser vítima e submissa ao homem. Enquanto o homem é identificado

como “sexo forte”: agressivo, líder, corajoso, racional, inflexível, promíscuo, entre outros. (Duarte & Spinelli, 2019, p.130).

Essa categoria foi a mais prevalente de acordo com os relatos da coordenadoras. Alguns exemplos a seguir:

"Acontece o tempo todo. Quando trabalhava no SAMU e era a única mulher (...) tudo que eu fazia era criticado, enquanto os colegas faziam igual ou pior. O coordenador chegou a apontar o dedo na minha cara, gritar comigo dizendo que eu era “pequena, menina e boba””.

"Um colega médico se recusou, certa vez, a me passar um paciente que ele havia removido da rodovia. Ficou chamando “um médico”, eu, ao lado do paciente, tentando pegar o caso, ele me ignorando (...)”

"Por diversas vezes, acompanhantes e profissionais de saúde vêem a mulher como enfermeira e ignoram qualquer informação passada (...)”

"No serviço hospitalar que atuo o diagnóstico por mim estabelecido sempre é duvidoso frente à chefia da UTI (que é um homem), gerando desconforto nas discussões e prioridades para admissão em leito de UTI.”

"Fui a única a não obter o reajuste salarial, com a justificativa de que trabalho com um grupo de residentes (...). Fiz preceptoria sem remuneração por 4 anos sem qualquer acréscimo, ademais todas as solicitações. Porém, quando o gerente médico criou a residência de medicina intensiva, a preceptoria com mesmo fundo financeiro foi destinada ao grupo da intensiva (...)”

A segunda categoria mais prevalente diz respeito aos relatos com episódios de assédio sexual. Essa é uma das violências mais frequentes no ambiente laboral e as mulheres são as principais vítimas¹⁶.

"Antigamente, mulheres eram frequentemente assediadas pelos professores e staffs”

"Médico subordinado já me ligou de madrugada para fins não profissionais”

"Já atendi pacientes homens que tiveram condutas inadequadas, como assédio sexual”

A próxima categoria diz respeito a comentários sobre a aparência física das coordenadoras. Sabe-se que a mulher tem sua competência associada à aparência (de forma mais rigorosa quando comparada aos homens)¹² e que a sexualização do corpo feminino é objeto de vários estudos, sendo uma das preocupações centrais da crítica feminista atual¹³.

"Já fui chamada de gostosa pelo colega e mal interpretada porque achei ruim"

"Chegando no plantão, um colega médico falou pro outro: como é bom começar o dia assim, e apontou para minha pessoa. Entendi que ele se referiu ao meu perfume e vestimentas"

"Comentários sobre minha aparência - linda / elegante / gorda / cheirosa..."

Por fim, foi identificado relato isolado de racismo em nossa amostra. A subcategoria foi incluída tendo em vista a prevalência dessa violência na sociedade brasileira. As autoras destacam a subrepresentação da população negra na amostra (26,3% se identificou como "parda", nenhuma mulher se identificou como "preta") e na medicina brasileira, como fator sintomático da assimetria de poder¹⁷.

"Já atendi pacientes que foram preconceituosos por eu não ser branca".

4 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou 20 mulheres como coordenadoras dos programas de residência no Brasil (34%), de 58 programas ativos, corroborando com a sub-representação de mulheres na Medicina de Emergência brasileira.

Na amostra, apenas 26,3% das mulheres se declararam pardas e nenhuma se declarou preta. É importante destacar que, de acordo com dados de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (**IBGE**), no Brasil, 56% da população se declarou negra e, portanto, há uma significativa discrepância em nossa amostra, o que pode justificar a baixa prevalência do aparecimento de racismo nos relatos abertos.

Para explicar a sub-representação feminina que persiste por séculos em locais de poder, inclusive na medicina, especialmente em determinadas especialidades, como a Medicina de Emergência, lançamos mão dos processos de subjetivação de gênero.

O conceito de gênero, bastante estudado e reformulado ao longo do século XIX, foi consolidado como uma construção sociocultural, como um sistema de representação que atribui significado (identidade, valor, prestígio, status) a indivíduos dentro da sociedade¹³. É, portanto, um conceito relacional e implica em relações de poder, de privilégios, de maior ou menor prestígio. Esse sistema se reflete em todos os âmbitos sociais, incluindo as profissões liberais, como a medicina.

Gênero é, sobretudo, uma categoria política, entendida como um conjunto de práticas destinadas a perpetuar hierarquias através de discursos e representações que constroem o feminino enquanto um ser pronto a ser assujeitado por outro, como prática natural, o que ocorre através das chamadas tecnologias de gênero^{6,13}.

As tecnologias de gênero interpelam performances sociais em múltiplas esferas, desde representações simbólicas até comportamentos na vida cotidiana. A "natureza feminina", o efeito das tecnologias de gênero sobre ser "uma verdadeira mulher", abarca não só a noção de submissão, contribuindo para a valorização de condutas masculinas em detrimento das femininas, como a repreensão e desvalorização da mulher que esteja ocupando um espaço que não lhe cabe diante da sociedade^{6,13,15}.

A literatura estadunidense, um dos países onde a medicina de emergência foi primeiramente reconhecida, em 1979, revela que as mulheres também são sub-representadas neste campo de atuação, apesar da crescente feminização da medicina⁵.

Em 2021, as mulheres representavam cerca de 27% dos médicos que praticam Medicina de Emergência nos Estados Unidos, de acordo com dados da *American Medical Association* (AMA). Estima-se que a porcentagem de mulheres em posições de liderança é ainda menor, cerca de 10%⁵.

A literatura internacional destaca uma tendência ao aumento no número de mulheres no departamento de emergência, porém ainda sem crescimento na taxa de ocupação de cargos de liderança. Além disso, o departamento de emergência está como o segundo setor onde as profissionais relatam preconceitos de gênero, com 26% das mulheres tendo relatado episódios no ano de 2018⁹.

Dados estadunidenses mostram que o departamento de emergência, apesar da proporção de cerca de 1/3 de mulheres, apresenta menos de 1/3 dessas mulheres como docentes em tempo integral, o que provavelmente contribui para os dados de preconceito de gênero relatados na literatura⁹.

No Brasil, em 2021, a proporção de emergencistas mulheres tituladas era de 30% e, portanto, 70% dos médicos emergencistas eram homens. Entre as coordenadoras dos programas de residência, 10 eram mulheres (28.6%)⁸.

Em nosso estudo, 57,9% das médicas se sentem muito frequentemente ou frequentemente sobrecarregadas com afazeres domésticos, o que reflete dados da população brasileira de maneira geral. Em 2019, de acordo com o levantamento de Estatísticas de Gênero, feito pelo **IBGE**, as mulheres dedicam quase o dobro do tempo que os homens nos cuidados de pessoas ou afazeres domésticos (21,4 horas contra 11 horas semanais). Ainda de acordo com o **IBGE**, mulheres pretas ou pardas dedicam-se mais que mulheres brancas (22 horas contra 20,7 horas) e mulheres que fazem parte dos 20% menores rendimentos *per capita* trabalham em média 24,1 horas nas atividades de cuidado e afazeres domésticos, enquanto mulheres entre os 20% maiores rendimentos *per capita* trabalham 18,2 horas por semana.

É um dado que pode se relacionar com a baixa representatividade de mulheres em coordenação na área profissional, uma vez que mulheres que necessitam conciliar trabalho remunerado com afazeres domésticos podem preferir carga horária reduzida e evitar cargos de liderança como diretorias e gerências¹⁴.

Isso pode ser correlacionado com o fato de que, na cultura ocidental, as mulheres se subjetivam através dos dispositivos amoroso e materno, sendo ensinadas desde cedo, com auxílio das tecnologias de gênero, que o amor diz respeito à sua identidade, como uma experiência vital; no âmbito privado é que se dá o maior investimento de suas vidas, ou seja, na construção de um casamento que culmina com a experiência da

maternidade. Os homens, por outro lado, se subjetivam através do dispositivo da eficácia, que é baseado em duas virilidades principais: laboral e sexual, sendo ensinados que a parte fundamental de sua identidade é ser provedor e manter uma vida sexual ativa⁶.

A grande proporção de mulheres que afirma ter sofrido algum tipo de preconceito ou assédio no ambiente da emergência, o fato de a categoria mais prevalente dos relatos abertos ser a desvalorização de condutas técnicas tomadas pelas mulheres e a grande proporção de médicas que concordaram com a afirmativa de que homens são mais reconhecidos e respeitados no ambiente da emergência são exemplos também justificados pela construção social que se materializa através das tecnologias de gênero.

É de se esperar que, diante das relações de dominação construídas secularmente, a presença feminina em locais de poder cause estranhamento e, em alguns casos, repreensões. Exemplo de repreensão sistêmica é a disparidade salarial entre os gêneros², citada em um dos relatos abertos do estudo.

Quanto ao assédio sexual como subcategoria dos relatos, dados brasileiros de 2022 mostram que 46,7% das brasileiras afirmam ter sofrido alguma forma de assédio, sendo que cantadas e comentários desrespeitosos no ambiente de trabalho contribuem com 18,6% dos casos¹⁶. No presente estudo, a proporção de assédio sexual no conteúdo dos relatos foi de 22.2%.

Há de se considerar, ainda, que a divisão social hierárquica entre masculino e feminino naturaliza relações de dominação e dispensa justificativas diante da autoridade masculina. Essa violência ocorre, muitas vezes, de maneira oculta e se expressa através de representações e performances. Dessa maneira, apesar da crescente visibilidade para os

casos de violência simbólica, é preciso levar em consideração a possível sub-representação dessas violências. Ainda que, em alguns casos, não seja identificada como violência, não deixa de exercer uma agressão e deve ser sinalizada e combatida nos processos relacionais¹⁸.

A sub-representação das violências é uma possível limitação do estudo. Outra limitação é a impossibilidade do conhecimento das circunstâncias em que o questionário foi respondido e a impossibilidade de auxiliar possíveis dúvidas em tempo real no momento da resposta. Não foram, todavia, levantados questionamentos para as pesquisadoras durante o período.

5 CONCLUSÃO

A Medicina de Emergência está em processo de expansão no Brasil e a coleta de dados sobre as lideranças femininas na especialidade é fundamental para o melhor entendimento do perfil e dos desafios da especialidade.

Ao coletar e analisar esses dados, podemos auxiliar na implementação de estratégias que promovam um ambiente de trabalho mais justo, onde as oportunidades sejam democraticamente distribuídas; ao estimular uma maior participação feminina contribuimos com a criação de modelos para que mulheres aspirem cargos de liderança.

O estudo destaca a importância de ouvir as vozes das médicas que trabalham na Medicina de Emergência, compreendendo suas experiências profissionais e desafios pessoais. É preciso expandir a amostra com novos estudos que abarquem não apenas as coordenadoras dos programas de residência, mas preceptoras e outras médicas em locais de liderança, afim de desenvolver estratégias eficazes para a plena inclusão de mulheres na medicina de emergência.

REFERÊNCIAS

1. GOVERNO FEDERAL. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Faces da Desigualdade de Gênero e Raça no Brasil. Brasília: [s. n.], 2011. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3092/1/Livro_Faces%20da%20desigualdade%20de%20g%C3%aanero%20e%20ra%C3%a7a%20no%20Brasi.pdf. Acesso em: 27 dez. 2022.
2. CHEFFER, Mário; CASSENOTE, Alex. A feminização da medicina no Brasil. *Revista Bioética*, [s. l.], 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/XtCnKjggnr6gFR3bTRckCxs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.
3. MAINARDI, Giulia Marcelino *et al.* What explains wage differences between male and female Brazilian physicians? A cross-sectional nationwide study. **BMJ Open**, [s. l.], 2019. DOI 10.1136/bmjopen-2018-023811. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/4/e023811.full.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2022.
4. HUI, Katrina *et al.* Recognizing and addressing implicit gender bias in medicine. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], 19 out. 2020. DOI 10.1503/cmaj.200286. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7588202/>. Acesso em: 27 dez. 2022.
5. GUPTILL, Mindi; REIBLING, Ellen; CLEM, Kathleen. Deciding to lead: a qualitative study of women leaders in emergency medicine. **International Journal of Emergency Medicine**, [s. l.], n. 47, 2018. Disponível em: <https://intjem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12245-018-0206-7>. Acesso em: 27 dez. 2022.
6. ZANELLO, Valeska. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. 1ª. ed. [S. l.]: Appris Editora, 16/02/2018. 301 p.
7. SCHNEIDER, S. You Can! A guide for women emergency physicians. **American College of Emergency Physicians**, [s.d.].

8. HERPICH, H. et al. Emergency medicine residency programs in Brazil: a national survey. **JBMEDE - Jornal Brasileiro de Medicina de Emergência**, v. 1, n. 2, p. e21012, 6 Oct. 2021.
9. LAUTENBERGER, D. M.; DANDAR, V. M. The State of Women in Academic Medicine 2018-2019. **Association of American Medical Colleges**, 2020.
10. HASTIE, M. J. et al. Misconceptions about women in leadership in academic medicine. **Canadian Journal of Anaesthesia**, p. 1–7, 17 May 2023.
11. MAGALHÃES, M. D. D. F. Estereótipos de gênero na enfermagem brasileira: memórias e perspectivas. **Dissertação de mestrado**, 2021.
12. RAMATI-ZIBER, L.; SHNABEL, N.; GLICK, P. The beauty myth: Prescriptive beauty norms for women reflect hierarchy-enhancing motivations leading to discriminatory employment practices. **Journal of Personality and Social Psychology**, 15 ago. 2019.
13. DE LAURETIS, Teresa. A Tecnologia do Gênero (1987).pdf. [s.d.].
14. HOOKS, BELL. **Feminism is for everybody: passionate politics**. [s.l.] Routledge, 2014.
15. BUENO, S. et al. Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil. [s.l.] **Fórum Brasileiro de Segurança Pública e DataFolha, 2023**. Disponível em:
<https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-4a-edicao/>. Acesso em: 13 jan. 2024.
16. BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2009.
17. SUXBERGER, R. O invisível assédio sexual nosso de todos os dias. **Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios**, 2021.

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO

Lideranças femininas nos programas de medicina de emergência do Brasil - uma análise sobre a percepção do preconceito de gênero

*Obrigatório

1. Qual sua idade? *

2. Região do programa de residência que coordena *

Marcar apenas uma oval.

Sul

Sudeste

Centro-oeste

Nordeste

Norte

3. Cor ou raça *

Marcar apenas uma oval.

- Branca
- Parda
- Preta
- Amarela
- Indígena
- Outro: _____

4. Estado civil *

Marcar apenas uma oval.

- Solteira
- Casada
- Divorciada
- Viúva
- Outro: _____

5. Quantidade de filhos *

Marcar apenas uma oval.

Nenhum

1

2

3 ou mais

6. Qual o ano da formação em medicina? *

7. Possui residência em medicina de emergência? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. Se sim, em qual serviço?

9. Possui residência em outra especialidade? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Se sim, qual especialidade?

11. Possui título em medicina de emergência? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Possui pós-graduação? *

Marcar apenas uma oval.

Sim, mestrado

Sim, doutorado

Sim, pós-doutorado

Sim, lato sensu

Não

Outro: _____

13. Qual área de pesquisa?

14. Quantas horas trabalha semanalmente? *

Marcar apenas uma oval.

- Até 20 horas
- 21 a 40 horas
- 41 a 50 horas
- 51 a 60 horas
- Mais de 60 horas

Avaliação quanto preconceito de gênero

15. Com qual frequência você se sente sobrecarregada por afazeres domésticos? *

Marcar apenas uma oval.

- Muito frequentemente
- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

16. **Com qual frequência você nota episódios de preconceito de gênero no ambiente da *
emergência?**

Marcar apenas uma oval.

- Muito frequentemente
 Frequentemente
 Ocasionalmente
 Raramente
 Nunca

17. **Com qual frequência você sente que suas condutas são desvalorizadas em *
comparação às decisões tomadas por médicos homens?**

Marcar apenas uma oval.

- Muito frequentemente
 Frequentemente
 Ocasionalmente
 Raramente
 Nunca

18. **Médicos homens costumam ser mais respeitados e reconhecidos no ambiente da *
emergência**

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
 Concordo
 Indiferente
 Discordo
 Discordo totalmente

19. **É fundamental que mulheres estejam em locais de liderança na medicina de emergência** *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
 Concordo
 Indiferente
 Discordo
 Discordo totalmente

20. **Você já vivenciou, pessoalmente, episódio de violência ou assédio em seu papel profissional?** *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Prefiro não responder

21. **Se sim, poderia relatar o acontecimento?**

22. **Deixe sua consideração ou comentário!**

APÊNDICE II – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **Lideranças femininas nos programas de medicina de emergência do Brasil - uma análise sobre a percepção do preconceito de gênero**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar o perfil demográfico e a percepção das diferenças de gênero das lideranças femininas em Medicina de Emergência do Brasil.

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Departamento de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá responder a um questionário *on-line* com perguntas majoritariamente fechadas e duas perguntas abertas. A primeira parte do questionário envolve uma análise de dados demográficos e, a segunda parte, análise quanto a percepção de possíveis desigualdades de gênero.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Os possíveis desconfortos decorrentes da participação são o tempo de resposta ao questionário e o conteúdo das perguntas, que envolvem aspectos da sua intimidade.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação são a contribuição para o levantamento de dados quanto à análise de gênero na Medicina de Emergência brasileira e, conseqüentemente, a identificação e transposição de barreiras que dificultem a plena inserção de lideranças femininas neste ambiente.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária. Caso você decida não participar, ou ainda, desista de participar e retire seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, **Juliana Silveira Zanettini**, pelo telefone **(51) 99279-7769** ou com a pesquisadora **Natascha Kokay Nepomuceno** pelo telefone **(61) 98221-0996** ou com Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo e-mail cep@hcpa.edu.br, telefone (51) 33596246 ou Av. Protásio Alves, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Você concorda em participar da pesquisa?

() Sim, concordo em participar da pesquisa.