

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

Female leadership in emergency medicine programs in Brazil: an analysis of gender bias perception

NATASCHA KOKAY NEPOMUCENO¹, JULIANA SILVEIRA ZANETTINI¹

¹ Departamento de Medicina de Emergência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil demográfico e a percepção do preconceito de gênero das lideranças femininas em Medicina de Emergência no Brasil. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal quali-quantitativo. A pesquisa foi desenvolvida via questionário *on-line* enviado às coordenadoras dos Programas de Residência Médica de todo o Brasil. Os dados foram analisados de forma anônima. **Resultados:** Participaram 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, que foram categorizados de acordo com autores e conteúdo dos episódios. **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.

Descritores: Sexismo; Medicina de Emergência; Papel de gênero

ABSTRACT

Objective: To analyze the demographic profile of and perceptions of gender bias among female leadership in Emergency Medicine in Brazil. **Methods:** 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. **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: Sexism; Emergency Medicine; Gender role

Recebido: 28/5/2024 • Aceito: 20/12/2024

Autor correspondente:

Natascha Kokay Nepomuceno
E-mail: nk.nepomuceno@gmail.com

Fonte de financiamento: não houve.

Conflito de interesses: não houve.

Como citar: Nepomuceno NK, Zanettini JS. Lideranças femininas nos programas de medicina de emergência do Brasil: uma análise sobre a percepção do preconceito de gênero. JBMEDE. 2024;4(4):e24033.

Natascha Kokay Nepomuceno: <https://orcid.org/0009-0001-1052-6247>; <http://lattes.cnpq.br/8185699620009010> •
Juliana Silveira Zanettini: <https://orcid.org/0000-0003-4867-9481>; <http://lattes.cnpq.br/3486359001551170>

DOI: 10.54143/jbmede.v4i4.203

2763-776X © 2022 Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited (CC BY).



INTRODUÇÃO

As desigualdades de gênero representam uma questão antiga e persistente em nossa sociedade, manifestando-se no cenário da medicina brasileira.¹ Apesar da tendência à feminização da profissão médica, com um número de mulheres graduando-se maior em comparação aos homens desde 2009,² ainda enfrentamos uma série de desafios que afetam a trajetória das mulheres na medicina.

Um desses desafios se traduz na disparidade salarial,³ 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, falta de reconhecimento em posições de autoridade e subvalorização de suas contribuições são situações que apontam a necessidade de avanço.⁴ Essas barreiras são agravadas pela sobrecarga das responsabilidades domésticas, que, em sua maioria, recai sobre as mulheres, afetando ainda mais sua jornada de trabalho.¹

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 masculino.⁵

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 campo.^{6,7}

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.

Objetivamos analisar o perfil demográfico e a percepção do preconceito de gênero das lideranças femininas em Medicina de Emergência no Brasil. Os objetivos específicos foram identificar a prevalência de situações de violência de gênero na amostra estudada, identificar associações entre os dados demográficos e a percepção de preconceito de gênero e comparar os dados encontrados com os existentes na literatura nacional e internacional.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, com abordagem qualiquantitativa. Como instrumento para coleta de dados, foi aplicado um questionário *on-line* entre julho e outubro de 2023, por meio da plataforma *Google Forms* (**Apêndice 1**). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAE 69233023.9.0000.5327).

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).

Foram mapeados, por meio de dados do Painel de Residências Médica do Ministério da Educação e Cultura (MEC), 76 programas de residência em Medicina de Emergência; destes, 18 eram programas autorizados pelo MEC, porém ainda sem vagas abertas. Dos programas ativos (58), 20 eram coordenados por mulheres (34%).

É importante salientar que existem situações 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. Nesses casos, 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, após levantamento realizado de cada programa de residência por meio do Painel de Residências Médica, foram contactadas, 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 demográficos coletados foram 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 as experiências pessoais dessas profissionais em relação a questões de preconceito de gênero e desigualdade de oportunidades no ambiente laboral.

Os dados coletados foram submetidos às análises qualitativa e 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.

O teste do qui-quadrado, o teste t de Student independente, o teste U Mann-Whitney, a análise de variância (Anova) *one way* e o teste de 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 *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para 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.

RESULTADOS

Foram identificadas 20 coordenadoras mulheres nos programas de Medicina de Emergência no Brasil, e a maioria (19) respondeu ao questionário, resultando em 95% da amostra. Foi presumida cisgeneridade e heterossexualidade das participantes. 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**.

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 de $14,95 (\pm 9,11)$ anos. A mediana do ano de formação das coordenadoras foi 2010.

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

Variável	
Idade, anos	40,74 (± 7,68)
Raça ou cor	
Amarela	5,2 (1)
Branca	57,9 (11)
Indefnida	10 (2)
Parda	26,3 (5)
Estado civil	
Casada	68,4 (13)
Divorciada	5,2 (1)
Solteira	26,3 (5)
Quantidade de filhos	
Nenhum	36,8 (7)
1	15,7 (3)
2	31,5 (6)
3 ou mais	15,7 (3)

Resultados expressos como média (± desvio-padrão) ou n (%).

Das participantes do estudo, 31,5% tinham formação em Medicina de Emergência, 31,5% possuíam o título em Medicina de Emergência e 63,1% tinham formação em outra especialidade. A maioria da amostra referiu carga horária de trabalho superior a 50 horas semanais (61,9%). 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	
Norte	5,2 (1)
Nordeste	21,0 (4)
Sul	21,0 (4)
Sudeste	42,1 (8)
Centro-Oeste	10,0 (2)
Tempo de formação em medicina, anos	14,90 (±9,11)
Formação em medicina de emergência, sim	31,5 (6)
Título em medicina de emergência, sim	31,5 (6)
Formação em outra especialidade, sim	63,11 (12)
Pós-graduação	
Lato Sensu	21,0 (4)
Mestrado	26,3 (5)
Doutorado	10,5 (2)
Carga horária de trabalho semanal	
Até 50 horas	38,1 (8)
Mais de 50 horas	61,9 (13)

Resultados expressos como n (%) ou. média (± desvio-padrão).

A maioria (63,1%) possuía 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 possuíam; 26,3% possuíam Mestrado, 21% possuíam pós-graduação *lato-sensu* e 10,5% possuíam 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 sentia sobrecarregada por afazeres domésticos, que notava episódios de preconceito de gênero no ambiente de emergência, que sentia desvalorização das suas condutas em relação às decisões tomadas por homens e que já vivenciara episódio de violência ou assédio em seu papel profissional (73,7%). A maioria das participantes concordou que médicos homens costumam ser mais respeitados e reconhecidos no ambiente da emergência (73,7%) e que era fundamental que mulheres estivessem em locais de liderança na Medicina de Emergência (84,2%) (**Tabela 3**).

Tabela 3. Percepção de preconceito de gênero entre as participantes do estudo

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

Resultados expressos como n (%).

Na análise estatística inferencial, não foram observadas relações entre a frequência das percepções e as variáveis de idade, tempo de formação em medicina, região do país, raça, estado civil, quantidade de filhos, formação em Medicina de Emergência ou carga horária semanal de trabalho.

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, identificamos que a maioria das respostas citava os autores da violência e, por isso, fizemos um levantamento da proporção em que tais autores foram citados (**Tabela 4**).

Importante ressaltar que os relatos quanto ao autor de violência apareceram de maneira inconsistente por serem respostas abertas em um espaço livre, sem padronização. Dessa forma, alguns relatos

Tabela 4. Proporção dos atores citados nos relatos

Autor da violência	
Colegas de trabalho, hierarquia semelhante	7 (41,2)
Colegas de trabalho, posição hierárquica superior	6 (35,3)
Colega de trabalho, posição hierárquica inferior	1 (5,9)
Paciente e acompanhantes	3 (17,6)

Resultados expressos como n (%).

eram mais extensos e citavam várias violências, com diversos autores, por vezes utilizando o plural (“colegas”, “pacientes”, “professores”, “*staffs*”, “homens” etc.). Ainda que com o sentido de mais de um autor, para fins de levantamento da prevalência e, uma vez que o propósito do estudo não era se debruçar minuciosamente sobre os relatos, tais autores foram computados como um, sendo totalizada a citação de 17 autores. Por outro lado, algumas respostas não citaram 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.

Importante ressaltar o relato de episódio de preconceito de gênero realizado por mulheres:

... 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...

Houve 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.

Além da classificação por autor, classificamos os relatos em relação ao conteúdo, sendo identificadas categorias mais prevalentes (**Tabela 5**).

Tabela 5. Proporção dos conteúdos da violência nos relatos

Conteúdo da violência	
Desvalorização de condutas técnicas	10 (55,6)
Assédio sexual	4 (22,2)
Comentários sobre aparência física	3 (16,7)
Racismo	1 (5,6)

Resultados expressos como n (%).

A categoria Desvalorização de condutas técnicas foi a mais prevalente, de acordo com os relatos das coordenadoras, conforme os exemplos:

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 veem 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 dizia respeito aos relatos com episódios de assédio sexual:

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:

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:

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

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou 20 mulheres como coordenadoras dos programas de residência no

Brasil (34%), de 58 programas ativos, corroborando 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. O dado é condizente com a subrepresentação da população negra na medicina em geral, demonstrando um fator sintomático da assimetria de poder.¹ 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. Nos relatos abertos, foi computado apenas um episódio de racismo, o que pode ser explicado pela baixa representação na amostra do estudo.

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 19, foi consolidado como uma construção sociocultural, como um sistema de representação que atribui significado (identidade, valor, prestígio e *status*) a indivíduos dentro da sociedade.⁵ É, portanto, um conceito relacional e implica em relações de poder, de privilégios, de maior ou menor prestígio e, sobretudo, uma categoria política, entendida como um conjunto de práticas destinadas a perpetuar hierarquias por meio de discursos e representações que constroem o feminino enquanto um ser pronto a ser assujeitado por outro, como prática natural, o que ocorre por chamadas tecnologias de gênero.^{5,8} Esse sistema se reflete em todos os âmbitos sociais, incluindo as profissões liberais, como a Medicina.

As tecnologias de gênero interpelam desempenhos 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 a desvalorização da mulher que esteja ocupando um espaço que não lhe cabe diante da sociedade.^{5,8}

No nosso estudo, 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 justificados pela construção social que se materializa pelas tecnologias de gênero.

A literatura estadunidense, um dos países onde a Medicina de Emergência foi primeiramente reconhecida, revela que as mulheres também são sub-representadas nesse campo de atuação, apesar da crescente feminização da medicina.^{6,7}

Em 2021, as mulheres representavam cerca de 27% dos médicos que praticavam Medicina de Emergência nos Estados Unidos, de acordo com dados da *American Medical Association* (AMA). Estimase que a porcentagem de mulheres em posições de liderança é ainda menor, de cerca de 10%.^{6,7,9}

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 2018.⁹

Dados estadunidenses mostram que o Departamento de Emergência, apesar da proporção de cerca de um terço de mulheres, apresenta menos de um terço dessas mulheres como docentes em tempo integral, o que provavelmente contribui para os dados de preconceito de gênero relatados na literatura.^{6,8}

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%).¹⁰

Em nosso estudo, 57,9% das médicas se sentiam 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 aos 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 gerências.^{11,12}

Isso pode ser correlacionado com o fato de que, na cultura ocidental, as mulheres se subjetivam por meio 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, subjetivam-se através do dispositivo da eficácia, que é baseado em duas virilidades principais, a laboral e a sexual, sendo ensinados que a parte fundamental de sua identidade é ser provedor e manter uma vida sexual ativa.⁵

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. O homem é identificado como “sexo forte”: agressivo,

líder, corajoso, racional, inflexível, promíscuo, entre outros.⁵

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 gêneros,² citada em um dos relatos abertos do estudo.

A desvalorização das condutas técnicas tomadas pelas mulheres é fator sintomático da divisão hierárquica entre gêneros. Em nosso estudo, chamou a atenção pela prevalência com que apareceu nos relatos abertos, sendo a primeira categoria mais prevalente. Isso vai ao encontro da literatura, tendo em vista as persistentes dificuldades em incorporar o papel feminino como um papel de liderança,^{6,11} fato que é corroborado pelo estereótipo de gênero fundamentado em nossa sociedade.

O assédio sexual foi a segunda categoria mais prevalente nos relatos. Essa é uma das violências mais frequentes no ambiente laboral e as mulheres são as principais vítimas. 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 casos.^{13,14} 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 por representações e desempenhos. 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 ser uma agressão e deve ser sinalizada e combatida nos processos relacionais.¹⁴

A análise do relato em que a autora da violência é uma mulher mostra, em concordância com a literatura, que as mulheres também podiam ser

propagadoras de tais estereótipos e contribuíam com um sistema de valores patriarcais.¹⁵

É clássica a 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 relatado no presente estudo 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.¹⁶

Na enfermagem, acontece silenciosamente a desvalorização da mulher, associada aos estereótipos de gênero. Trata-se de um processo histórico de construção social da cultura do patriarcado e do machismo.¹⁷

Por fim, na categoria comentários sobre aparência física, ressaltamos a associação da competência feminina à aparência. Isso ocorre de forma mais rigorosa quando comparada aos homens.¹⁸ Importante ressaltar que a sexualização do corpo feminino é objeto de vários estudos, sendo uma das preocupações centrais da crítica feminista atual.¹⁵

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 de auxiliar possíveis dúvidas em tempo real no momento da resposta. Todavia, não foram levantados questionamentos para as pesquisadoras durante o período.

CONCLUSÃO

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

No presente estudo, por meio de levantamento transversal nacional, delineamos o perfil demográfico das mulheres em cargos de liderança na Medicina de Emergência e analisamos suas percepções quanto aos preconceitos de gênero nesse ambiente desafiador.

Os resultados destacam a sub-representação das mulheres em cargos de liderança. A análise qualitativa revelou presença significativa de discriminação baseada em gênero, com ênfase na desvalorização da conduta técnica como forma predominante de violência. Categorias como assédio sexual, comentários sobre aparência física e racismo também contribuíram para os desafios enfrentados pelas coordenadoras dos programas.

Os dados quantitativos indicaram que a maioria das participantes se sentiu sobrecarregada com tarefas domésticas e percebeu preconceito de gênero em seu local de trabalho. Essas percepções enfatizam a necessidade de abordar disparidades de gênero e promover a inclusão de lideranças femininas no Departamento de Emergência.

O estudo, por fim, destaca a importância de ouvir as vozes das médicas que trabalham no ambiente da emergência, compreendendo suas experiências profissionais e desafios pessoais. É preciso expandir o tamanho da amostra, por meio de novas análises que abarquem não apenas as coordenadoras dos programas de residência, mas preceptoras e outras médicas em cargos de liderança. Essa expansão ajudará no desenvolvimento de estratégias eficazes para a plena inclusão de mulheres na Medicina de Emergência.

REFERÊNCIAS

1. Bonetti A, Abreu MA. Faces da desigualdade de gênero e raça no Brasil. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011 [citado 2024 Nov 19]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3092/1/Livro_Faces%20da%20desigualdade%20de%20g%C3%BCnero%20e%20ra%C3%A7a%20no%20Brasil.pdf
2. Cheffer M, Cassenote A. A feminização da medicina no Brasil. *Rev Bioét.* 2013;21(2).
3. Mainardi GM, Cassenote AJ, Guillox AG, Miotto BA, Scheffer MC. What explains wage differences between male and female Brazilian physicians? A cross-sectional nationwide study. *BMJ Open.* 2019;9:e023811.
4. Hui K, Sukhera J, Vigod S, Taylor VH, Zaheer J. Recognizing and addressing implicit gender bias in medicine. *CMAJ.* 2020 Oct 19;192(42):E1269-E1270.
5. Zanello V. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. Paraná: Appris; 2018.
6. Guptill M, Reibling E, Clem K. Deciding to lead: a qualitative study of women leaders in emergency medicine. *International Journal of Emergency Medicine.* 2018;47.
7. Schneider S. You Can! A guide for women emergency physicians. American College of Emergency Physicians.
8. De Lauretis T. A tecnologia do gênero. 1987.

9. Lautenberger D, Dandar V. The State of Women in Academic Medicine 2018-2019. Association of American Medical Colleges; 2020.
10. Herpic H, Pinheiro NM, Rodrigues MS, Maia IW, Silva LO. Emergency medicine residency programs in Brazil: a national survey. *JBMEDE*. 2021;1(2):e21012.
11. Hastie MJ, Lee A, Siddiqui S, Oakes D, Wong CA. Misconceptions about women in leadership in academic medicine. *Can J Anaesth*. 2023;70(6):1019-25.
12. Duarte G, Spinelli LM. Estereótipos de gênero, divisão sexual do trabalho e dupla jornada. *Revista Sociais e Humanas*. 2019;32(2).
13. Bueno S, Martins J, Brandão J, Sobral I, Lagreca A. Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil. Fórum Brasileiro de Segurança Pública e DataFolha, 2023 [citado 2024 Nov 19]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf>.
14. Suxberger R. O invisível assédio sexual nosso de todos os dias. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios; 2021.
15. Hooks B. *Feminism is for everybody: passionate politics*. Routledge; 2014.
16. Lima G, Sousa M. Violência psicológica no trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):817-23.
17. Magalhães M. Estereótipos de gênero na enfermagem brasileira: memórias e perspectivas [Dissertação de Mestrado]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista; 2021.
18. Ramati-Ziber L, Shnabel N, Glick P. The beauty myth: Prescriptive beauty norms for women reflect hierarchy-enhancing motivations leading to discriminatory employment practices. *J Pers Soc Psychol*. 2020;119(2):317-43.

APÊNDICE 1. 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 episódio 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!
