

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**O PRECONCEITO SOFRIDO PELA MULHER COMO PROFISSIONAL
MÉDICA NO ESTADO DE GOIÁS**

Thaís Alonso Fagundes
Natália Diniz Simonini
Isabela Tavares Bizinoto
Lara Costa Curado Freitas
João Victor Lopes Martins

Anápolis - Goiás

2022

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**O PRECONCEITO SOFRIDO PELA MULHER COMO PROFISSIONAL
MÉDICA NO ESTADO DE GOIÁS**

Trabalho de curso apresentado à subárea de
Iniciação Científica do curso de medicina da
Universidade Evangélica de Goiás -
UniEVANGÉLICA, sob a orientação da
Prof^ª. Dr^ª. Constanza Thaise Xavier Silva.

Anápolis - Goiás

2022

ANEXO 5- CARTA DE ENCAMINHAMENTO

**ENTREGA DA VERSÃO FINAL
DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

Coordenação de Iniciação Científica

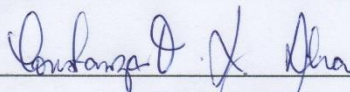
Faculdade da Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof(ª) Orientador Carla Jomara Thais dos Santos Silva venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) **acadêmicos(as)** Natália Diniz Simonini, Thaís Alonso Fagundes, Isabela Tavares Bizinoto, Lara Costa Curado Freitas, João Victor Lopes Martins, estão com a versão final do trabalho intitulado O Preconceito Sofrido pela Mulher como Profissional Médica no Estado de Goiás pronta para ser entregue a esta coordenação.

Declara-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Observações:

Anápolis, 22 de maio de 2022.



Professor(a) Orientador(a)

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo descrever os principais desafios e preconceitos da mulher na medicina no Estado de Goiás. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa. A população amostral foi constituída 102 profissionais médicas atuantes no estado de Goiás. Os dados foram coletados a partir de um questionário adaptado composto por 23 questões abertas e fechadas, aplicado online por meio da plataforma Google Forms e teve seu link divulgado por meio de mídias sociais. A maioria das participantes está na faixa etária de 20 a 29 anos (44,1%), são de cor branca (62,7%) e atuantes em ambas as instituições, pública e privada (53,9%). Grande parte das entrevistadas relatou sua satisfação no trabalho como “ótimo” (40,2%), não acredita que seu gênero atrapalha sua função no trabalho (85,3%) e nem vivenciou algum episódio que corroborasse com isso (76,5%), apesar de já **terem** sua competência questionada por ser mulher (57,8%). O principal tipo de abuso relatado foi o psicológico (25,5%), seguido pelo verbal (24,4%), e o agente agressor predominante foi o paciente (66,7%). Por fim, a maior parte das médicas já sofreu algum tipo de abuso durante sua atuação (55,9%), acredita na discrepância de gênero dentro da profissão (84,3%) e já sofreu algum tipo de preconceito durante sua formação acadêmica (57,8%). A mulher sofre preconceito como profissional médica em Goiás. Tal fato, muitas vezes se manifesta na forma de abusos e não afeta diretamente na satisfação em relação a sua profissão, mesmo que sua competência por pertencer ao gênero feminino já tenha sido questionada. Dessa forma, o trabalho se faz relevante por evidenciar esse tema tão vivenciado no cotidiano dessas médicas, e ainda assim pouco evidenciado em publicações acadêmicas.

Palavras-chave: Atenção Integral à Saúde da Mulher; Desigualdade de Gênero; Papel da Mulher; Medicina;

ABSTRACT

The present study aims to describe the main challenges and prejudices of women in medicine in the State of Goiás. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. The sample population consisted of 102 medical professionals working in the state of Goiás. The data were collected from an adapted questionnaire consisting of 23 open and closed questions, applied online through the Google Forms platform and had its link disseminated through social media. Most of the participants are between 20 and 29 years old (44.1%), are white (62.7%), and work in both public and private institutions (53.9%). Most of the interviewees reported their job satisfaction as "great" (40.2%), they do not believe that their gender hinders their function at work (85.3%), and have not experienced any episode that would corroborate this (76.5%), although they have already had their competence questioned for being a woman (57.8%). The main type of abuse reported was psychological (25.5%) followed by verbal (24.4%) and the predominant aggressor was the patient (66.7%). Finally, most women physicians have already suffered some type of abuse during their practice (55.9%), believe in the gender discrepancy within the profession (84.3%) and have already suffered some type of prejudice during their academic training (57.8%). Women suffer prejudice as medical professionals in Goiás. This fact is often manifested in the form of abuse and does not directly affect satisfaction in relation to their profession, even if they have had their competence questioned for being a woman. In that way the work is relevant for highlighting this theme so experienced in the daily life of these doctors and yet little evidenced in academic publications.

KEYWORDS: Comprehensive Women's Health Care; Gender Inequality; Role of the Woman; Medicine;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 Histórico da cultura machista.....	11
3.2 Histórico da mulher no mercado de trabalho.....	13
3.3 Desigualdade de gênero no mercado de trabalho.....	14
3.4 História da mulher na medicina: desigualdades e dificuldades enfrentadas.....	15
3.5 Análise do sexismo dentro da medicina.....	17
4. METODOLOGIA	19
4.1 Tipo de estudo.....	19
4.2 População e amostra.....	19
4.3 Coleta de dados.....	19
4.4 Análise de dados.....	19
4.5 Aspectos éticos.....	20
5. RESULTADOS	21
6. DISCUSSÃO	25
7. CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE I	33
APÊNDICE II	36
ANEXO I	37

1. INTRODUÇÃO

Historicamente o papel da mulher sempre foi limitado a determinados aspectos, e ao analisar o contexto histórico e cultural, é possível enxergar o conjunto de ideias que fundamentaram o conceito arcaico do papel da mulher na sociedade. Biblicamente a mulher foi feita a partir da costela de Adão, o que foi historicamente interpretado como se ela fosse um ser criado para servir o homem (SILVA; ANDRADE, 2009), enquanto biologicamente, a mulher possui características que a adequavam para atividades como cuidar do lar e da prole, que favoreceram o surgimento do pensamento de que o papel da mulher na sociedade é o de cuidadora do lar (LARA; ROMÃO, 2013).

Durante séculos as mulheres foram subjugadas ao que os homens lhes impusessem, elas eram consideradas incapazes de tomar conta de si mesmas, e tinham sua dominação passada do pai para o marido (LERNER, 2019). Durante a Revolução Francesa, as mulheres lutaram junto aos homens pedindo por igualdade, liberdade e fraternidade, mas ao fim da revolução, elas foram recolocadas no papel de incapazes (FERREIRA *et al.*, 2018).

Atualmente, mesmo que a inserção feminina no mercado de trabalho tenha iniciado no século passado, a mulher é discriminada pela dificuldade de conciliar a vida profissional com a familiar (BLOFIELD; MARTINÉZ, 2014). Ademais, no Brasil, essa discriminação contra as mulheres pode também ser observada no trabalho, pois mesmo que a Constituição Federal Brasileira as defina com direitos iguais aos dos homens, elas têm maior dificuldade para atingirem posições de comando e recebem salários menores do que colegas homens com similar qualificação (PRONI; PRONI, 2018). Outra dificuldade que as mulheres sofrem nos dias atuais é a visão machista de que algumas ocupações são tipicamente masculinas (MACHADO, 2000).

O julgamento de que há profissões destinadas para homens e para mulheres foi o grande fator que retardou a inserção da mulher na medicina formal no mundo, as mulheres eram contratadas para exercer “trabalho de mulher”, como enfermeiras ou assistentes sociais, não como médicas (COLLING, 2011). Em 1847, Elizabeth Blackwell foi a primeira mulher a adentrar em uma universidade médica no mundo e sofreu rejeição por parte de seus colegas durante sua formação, além de dificuldade de encontrar trabalho que não fosse em maternidades (NOGUEIRA, 2004).

A admissão de uma mulher em um curso de medicina no Brasil só ocorreu após 34 anos da aceitação de Elizabeth Blackwell, devido a uma lei que proibia o acesso

feminino ao ensino superior (FRANCO; SANTOS, 2010). Em 1884 foi matriculada a primeira mulher em uma universidade no Brasil, Rita Lobato Velho Lopes, que também sofreu preconceito pelos colegas, sociedade e ataques de jornais que afirmavam que Rita e suas sucessoras deveriam se delimitar à vida doméstica (COLLING, 2011).

Com o passar dos anos, a realidade da mulher dentro da medicina passou por algumas mudanças, como a feminização médica no Brasil (SHEFFER; CASSENOTE, 2013), mas alguns padrões de preconceito de gênero contra a mulher no mercado de trabalho, se mantiveram na medicina, como o maior índice de contratos provisórios, menor índice de promoção para cargos maiores, habilidades subestimadas, comentários sexuais inadequados, delegação para tarefas mais básicas (PERIYAKOIL *et al.*, 2020), preconceito relacionado à maternidade (HALLEY *et al.*, 2018), salários menores, (SHEFFER, 2018) e ainda que haja mais mulheres formando em medicina, existem mais homens do que mulheres trabalhando (SHEFFER; CASSENOTE, 2013).

A ideiação do “trabalho de mulher” citado por Colling (2011), de acordo com Edmunds (2016) atualmente está presente na segregação das especialidades que são definidas culturalmente como femininas ou masculinas, sendo as indicadas como masculinas, aquelas com maior prestígio social e maior retorno financeiro (ÁVILA, 2014).

Nas últimas décadas houve uma crescente inserção da mulher na área médica e a percepção de desigualdades relacionadas ao gênero feminino se fez cada vez mais evidente, sendo a desigualdade de gênero um retrocesso que é produto de uma construção histórica, onde a mulher passou a ter um papel secundário ao homem (GOMES; DAMKER; CASSOL, 2018; SOUZA, 2018).

O salário oferecido a mulheres após sua formação na escola médica é desigual quando comparado com a remuneração de homens que optaram pela mesma carreira. Em âmbito nacional, as mulheres entre 25 a 49 anos representam 53,2% dos profissionais médicos, contudo o seu rendimento médio salarial equivale a 71,8% do recebido pelos médicos do sexo masculino (COLLUCCI, 2020).

Evidencia-se, também, a supremacia da ocupação de cargos ligados à liderança por indivíduos do sexo masculino, nos conselhos e entidades da categoria médica. As mulheres ocupam 3 dos 11 cargos da diretoria do Conselho Federal de Medicina (CFM), por exemplo (COLLUCCI, 2020). Tal indicativo instiga a conclusão de que a mulher, em muitos casos, não é percebida como uma boa opção para gerenciar equipes e preencher ofícios de alto prestígio, sendo rejeitada devido ao prejulgamento

enraizado no corpo social, que desacredita da competência de graduadas e especialistas médicas.

Portanto, feminilização da medicina é um fenômeno recente, que se deu apenas no século passado e trouxe consigo essas questões de gênero pré-estabelecidas (MACHADO, 1997). Nesse âmbito, são importantes estudos que analisem como a estrutura social patriarcal e machista se insere dentro da medicina na atualidade, e de que forma esses fenômenos afetam o cotidiano dessas profissionais. A partir dessas análises, poderão ser desenvolvidas medidas que garantam a equidade de gênero, e tornem o ambiente de trabalho dentro da profissão médica um local saudável para ambos os gêneros.

Mediante o histórico quadro de preconceito com as profissionais médicas, tem-se como hipótese que, apesar do crescente número de mulheres na medicina e potencial mudança do atual cenário de predominância do sexo masculino na área médica, o preconceito contra o gênero feminino ainda está presente. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo descrever se há desafios, devido ao gênero, para a mulher na medicina no estado de Goiás.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever se há desafios, devido ao gênero, para a mulher na medicina no estado de Goiás.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico da população em estudo.
- Determinar se o preconceito de gênero afeta a função e a satisfação das profissionais médicas no trabalho.
- Delinear quais os tipos de discriminação sofrida pelas profissionais da área médica.
- Constatar quais as especialidades médicas onde o preconceito de gênero é mais frequente.
- Determinar se as mulheres médicas sofrem mais preconceito por pacientes ou colegas de trabalho.
- Determinar a presença de preconceito de gênero durante graduação até a prática médica.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico da cultura machista

Antigamente a sobrevivência da humanidade dependia da distribuição de papéis para as pessoas, baseando-se nas suas qualidades ou habilidades físicas. Dessa forma, ocorreu uma divisão do trabalho em que os homens eram responsáveis pela caça e as mulheres por atividades como coleta e cuidar dos filhos. Essa divisão permitiu que os homens, futuramente, acumulassem riquezas e fornecessem o sustento mínimo para sua família, possuindo tempo para dedicar-se a outras atividades como a estruturação e organização da sociedade (LOPES *et al.*, 2008).

Segundo Lerner (2019) em sua obra “A Criação do Patriarcado”, em qualquer momento da história e em várias organizações sociais se estabeleceram papéis para as duas classes existentes: homens e mulheres. A posição de classe das mulheres foi estabelecida por meio de suas relações sexuais e capacidade reprodutiva, enquanto a dos homens foi baseada em suas relações com os meios de produção em que os donos dos meios de produção dominavam aqueles que não detinham. Com isso, as mulheres foram “classificadas” como um grupo subordinado à classe dominante trocando submissão, serviços sexuais e trabalho doméstico não remunerado por proteção e sustento econômico.

Ao longo do tempo, foram sendo construídas relações de poder patriarcais em que o homem era considerado chefe e provedor familiar, e os demais eram seus subordinados. Nessa família patriarcal, as responsabilidades e obrigações eram distribuídas de forma que a subordinação dos meninos à dominação do pai era temporária, durando até que eles se tornem responsáveis por suas casas, e a subordinação das meninas e das esposas eram durante a vida toda, ou seja, a filhas só escapariam da dominação do pai caso se tornassem esposas sob a dominação/proteção de outro homem (LERNER, 2019).

De acordo com Lopes et al. (2008), em qualquer relação de poder o dominador quer manter seu status de detentor de poder. Com isso, o homem passa a dominar o espaço privado (chefe familiar) e o espaço público usando seu poder econômico, político e social para tornar-se, então, o criador não apenas das normas jurídicas, mas também das normais sociais que irão perpetuar ideais patriarcais e machistas com o objetivo de manter as relações sociais de poder existentes, em que as mulheres se encontram em segundo plano.

Machismo, então, não significa necessariamente que o homem violenta as mulheres. Ele pode ser definido como um conjunto de crenças, atitudes e condutas construídas historicamente que se baseiam em duas ideias principais: polarização dos sexos, ou seja, uma contraposição entre feminino e masculino em que estes não são apenas diferentes, mas sim excludentes; e no sexismo, em que um sexo é privilegiado em detrimento do outro em todos os âmbitos sociais (superioridade do sexo masculino). Assim, se estabelece uma diferença radical entre homens e mulheres, frente à determinação se as pessoas são aptas ou não em certas áreas de estudo ou ocupações e até se podem ou não sentir determinadas emoções - realizada pelo sexo e não suas características individuais (COLLING, 2004; CASTAÑEDA, 2006; PISCITELLI, 2009).

É importante compreender que há uma distinção entre ser homem e ser masculino e ser mulher e ser feminino, separando os conceitos de gênero e sexo em que sexo é o que foi determinado biologicamente (macho e fêmea), e gênero (masculino e feminino) é algo aprendido e transmitido culturalmente. Portanto, houve uma construção cultural e social histórica do padrão masculino e feminino que irá reforçar os estereótipos de gênero e determinar quais emoções, postos de trabalho, funções familiares e sociais são apropriadas para cada gênero (CASTAÑEDA, 2006; LOPES, 2008).

Essa construção é caracterizada por uma mulher considerada fraca, delicada, passiva, submissa, delimitada ao espaço privado e doméstico exercendo a função de esposa e mãe como única alternativa possível para o feminino e por um homem considerado forte, agressivo, delimitado ao espaço público e privado em que pode controlar todas as relações e exercer as ocupações de prestígio e poder, demonstrando a superioridade masculina. (DESOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000; COLLING, 2004; CASTAÑEDA, 2006). Esses padrões são justificados por inúmeros mitos e teorias pseudocientíficas como: homem mais forte do que a mulher, comportamento do homem e da mulher justificados pela produção hormonal distinta e pela sociobiologia (estratégias reprodutivas e seleção natural); que reforçam a superioridade vigente e resumem a sexualidade humana apenas à reprodução (CASTAÑEDA, 2006).

No contexto brasileiro, os padrões estereotipados de gênero têm suas origens na cultura machista advinda do patriarcado da sociedade colonial escravocrata, onde homens brancos tinham poder e autoridade absolutos sobre as mulheres e indivíduos de cor, e no marianismo - herdado da colonização católica exercida pelos portugueses - caracterizado por idolatrar a mulher mártir que se auto sacrifica, é submissa, passiva e casta, semelhante à imagem da Virgem Maria (DESOUZA, BALDWIN, ROSA, 2000).

Tal fato é demonstrado na prática por meio do próprio direito brasileiro, em que o Código Civil de 1916 expunha que o indivíduo do sexo feminino como um ser inferior, sendo “relativamente incapaz”, necessitando de orientação e aprovação masculina (CHAGAS; CHAGAS, 2017).

3.2 Histórico da mulher no mercado de trabalho

A participação das mulheres nas lutas sociais começou por volta de 1789 com a revolução Francesa, cujo lema era igualdade, liberdade e fraternidade. Nessa época as mulheres lutaram ao lado dos homens em busca de seus direitos. Vencida essa fase, contudo, elas retomaram o lugar que ocupavam na sociedade, e continuaram a ser consideradas incapazes para assumir responsabilidades sociais, cívicas e políticas (FERREIRA *et al.*, 2018).

A introdução feminina no mercado de trabalho iniciou-se em meados de 1914-1918 e 1939-1945 que corresponde ao marco histórico da primeira e segunda Guerra Mundial. Naquela época os homens iam para as frentes de batalhas e as mulheres assumiam os negócios da família, dando início à sua participação no mercado de trabalho (FERREIRA *et al.*, 2018). Percebe-se então que ao final dos conflitos, muitos homens (chefes de família) haviam falecido e outros sido mutilados, culminando na impossibilidade de exercerem suas funções, atribuindo assim o papel de provedor para suas esposas (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012).

O Brasil em 1988 colocou em sua constituição o lema da revolução francesa, mas de maneira semelhante à França, não deram o valor e os direitos às mulheres que sempre mereceram e que cujos dados históricos evidenciam sua incontestável importância na evolução e aquisição de direitos sociais e igualitários (FERREIRA *et al.*, 2018).

Segundo Teixeira (2009), no período da industrialização, as mulheres se engajaram no mercado de trabalho, sendo delas a maior parte das funções e lugares não qualificados. A divisão do trabalho estabeleceu-se assim com a justificativa de que as mulheres não detinham o conhecimento técnico para supervisionar os serviços, ou trabalhar em cargos de alto nível. Com isso, a valorização e remuneração dos respectivos trabalhos na indústria eram muito desiguais, fazendo com que as mulheres se organizassem na tentativa de estabelecer relações igualitárias, tanto em nível profissional quanto de horas trabalhadas e remunerações. Essa luta constituiu um importante mediador para que as mulheres exercessem atividades além de suas residências (de cuidadora da casa até atividades domésticas), ocupando assim posições sociais e

determinadas atividades profissionais que até então não eram permitidas, e de caráter quase exclusivamente para homens.

De fato, entre os anos de 1981 a 2002, a taxa de atividade feminina elevou-se de 32,9% para 46,6%, ou seja, um acréscimo de 13,7% pontos percentuais em 21 anos (HOFFMANN; LEONE, 2004). Apesar da crescente participação das mulheres no mercado, elas vêm há anos lutando por igualdades em diversos aspectos com relação aos homens. Outro ponto a considerar é que as mulheres vem ascendendo em profissões e posições sociais que antes era preenchidas por homens, tendo elas hoje um papel fundamental no crescimento da economia e uma participação de suma importância no âmbito da saúde pública (FERREIRA *et al.*, 2018). Com a evolução histórica, a mulher desmistificou a visão de mãe e cozinheira, mostrando para a sociedade que elas podem exercer cargos de grande importância, que são capazes de serem donas de sua vida e trilhar seu próprio caminho, invadindo todas as profissões e se mantendo no caminho do equilíbrio das desigualdades entre os gêneros, principalmente da desigualdade na remuneração e na ocupação das profissões.

3.3 Desigualdade de gênero no mercado de trabalho

A entrada da mulher do mercado de trabalho é um fenômeno recente, proporcionado pelo capitalismo, e essa inserção recente trouxe diversas consequências nas relações sociais e laborais (GOMES; DAMKER; CASSOL, 2018). É nesse âmbito, que a desigualdade entre gênero no mercado trabalho se faz proeminente como um problema universal, estatisticamente comprovado, sendo pautada em diferenças salariais, diferenças de jornadas de trabalho, e discriminação no ambiente de trabalho.

No Brasil, a presença da mulher no mercado de trabalho é de suma importância. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2011, elas eram responsáveis pelo sustento de quase um terço das famílias brasileiras, e representavam quase metade da força de trabalho no país (FERREIRA; SANTOS; TOMÉ, 2013). No entanto, também é o grupo mais suscetível ao desemprego, e existe ainda uma diferença salarial substancial entre homens e mulheres que realizam a mesma função. Essa é uma realidade que deve ser mudada no país, de modo que a luta por direitos iguais se faz tão necessária ainda na atualidade.

A jornada dupla de trabalho é sem dúvida um dos maiores desafios enfrentados pela mulher que trabalha, sendo a principal consequência da divisão sexual do trabalho. Além de cumprir as horas do trabalho, quando chegam em casa têm de

cumprir a segunda jornada, que é a execução dos afazeres domésticos, como foi evidenciado por Souza (2018).

A desigualdade de gênero no mercado é fruto de uma construção social milenar de dominação de gênero, em que a mulher passou a ter uma função secundária ao homem, tanto em casa quanto no trabalho (GOMES; DAMKER; CASSOL, 2018; SOUZA, 2018). Essa cultura machista permeia a sociedade até os dias de hoje, embora mais sutilmente, e tem papel fundamental na manutenção de desigualdades de gênero no mercado de trabalho. Dessa forma, a luta por direitos e quebra de paradigmas é essencial para mudança da atual realidade da mulher na sociedade.

Não obstante do cenário global, essa desigualdade de gênero também existe na medicina. Isso se dá especialmente pela feminilização da medicina ser um evento tão recente que aconteceu apenas no século passado, a exemplo no Brasil, se deu apenas no final da década de 30 (MACHADO, 1997). Essa inserção recente configurou uma série de disparidades entre os gêneros, desde diferença salarial até diversos tipos de discriminação no ambiente de trabalho. Apesar do grande aumento da participação da mulher na medicina, essas disparidades se traduzem em desafios diários para as profissionais. É nesse cenário que nosso trabalho busca identificar e abordar quais são essas dificuldades enfrentadas por essas médicas, e como essas disparidades afetam suas vidas.

3.4 História da mulher na medicina: desigualdades e dificuldades enfrentadas

Ao longo da história, as mulheres foram consideradas responsáveis pelo cuidado do lar e da família. Algumas conseguiram ir além, assumindo posições de cuidado como as parteiras e raramente as curandeiras, mas com a institucionalização da saúde, a mulher perdeu esse papel e apenas os homens puderam aprender a medicina. As mulheres que consideravam ter vocação para o cuidado poderiam se tornar enfermeiras, mas nunca médicas (COLLING, 2011).

No entanto, as mulheres, assim como os homens, se interessaram pela medicina desde os primórdios da vida social. As mulheres conhecedoras dos medicamentos e da cura das feridas ou até mesmo cirurgiãs sempre existiram, e eram ativas apenas em certas ocasiões, como no restrito círculo familiar ou pouco além. Um édito de 1311 concedia o direito de as mulheres praticarem a cirurgia em Paris, porém, havia uma clara distinção entre o cirurgião e o médico que praticava a chamada medicina interna, sendo o cirurgião considerado uma categoria inferior e, com isso, o direito das

mulheres foi revogado posteriormente (FRANCO; SANTOS, 2010; TRINDADE; TRINDADE, 2011).

Em 1847 foi a primeira vez em que se admitiu uma mulher em uma faculdade de medicina no mundo, Elizabeth Blackwell foi aceita na universidade Geneva Medical College nos Estados Unidos, e foi aceita apenas depois de uma votação entre discentes e docentes se a aceitariam ou não. Elizabeth só foi aceita por seus colegas considerarem o pedido como uma brincadeira, e quando a pioneira iniciou o curso, sofreu rejeição por seus colegas e professores e foi proibida de participar de algumas aulas práticas. Após a graduação, de acordo com Rezende (2009), mesmo sendo a primeira de sua turma, a médica teve dificuldade para encontrar trabalho e só era aceita para trabalhar em maternidades. Tal fato exemplifica que, durante todo o século XIX, as estudantes de Medicina eram mal recebidas pelos homens nas universidades americanas e europeias (NOGUEIRA, 2004).

No Brasil, a realidade das mulheres que almejavam a medicina não foi diferente e possuía mais um agravante como obstáculo: não permissão do ingresso das mulheres no ensino superior. A carioca Maria Augusta Generoso Estrella foi a primeira mulher brasileira e sul-americana a se formar em Medicina, em uma universidade de Nova Iorque, e a primeira mulher a receber uma bolsa de estudos fornecida por D. Pedro II. O sucesso e a repercussão da sua trajetória acadêmica foram muito importantes para que em 19 de abril de 1878, o Império aprovasse a Reforma Leôncio de Magalhães, que abriu as Instituições de Ensino Superior às mulheres e serviu de estímulo para que outras jovens brasileiras iniciassem sua carreira acadêmica. (FRANCO; SANTOS, 2010; COLLING, 2011; TRINDADE; TRINDADE, 2011; RAGO, 2015.)

Além disso, na mesma época, outra jovem brasileira chamada Josefa Agueda Felisbela Mercedes de Oliveira foi estudar medicina nos Estados Unidos. Enquanto estudavam em Nova Iorque, as duas estudantes brasileiras publicaram um jornal denominado A Mulher, destinado a convencer leitoras brasileiras de suas capacidades e mostrar que as mulheres assim como os homens podiam se dedicar à ciência (COLLING, 2004).

Quando o acesso ao ensino superior foi viabilizado para as mulheres, outras personalidades ingressaram na medicina, profissão antes exclusivamente masculina. Com isso, a primeira mulher a se formar como médica no Brasil foi Rita Lobato Velho Lopes, seguida por Ermelinda Vasconcelos e Antonieta Dias (FRANCO; SANTOS, 2010; TRINDADE; TRINDADE, 2011; COLLING, 2011; RAGO, 2015).

No entanto, apesar de ingressas na faculdade e formadas, as personalidades/femininas intelectuais da época ainda sofriam inúmeras formas de preconceitos. Um jornal de Recife, por exemplo, em resposta ao surgimento do jornal *A Mulher* classifica as mulheres como débeis, tímidas, pequenas e de cérebro pequeno, devendo limitar-se a serem mães. Além disso, um jornal da Bahia, a *Gazeta Acadêmica*, provocou um debate sobre o assunto onde foram relatados argumentos de que as mulheres deveriam dedicar-se ao lar, família e maternidade e que nenhum homem desejaria casar-se com uma médica e, por isso, elas deveriam abandonar suas carreiras. (COLLING, 2011).

Partindo disso, é perceptível que as relações de poder existentes dentro da área médica são reflexos de outras dimensões que estruturam a realidade social de desigualdade de gênero construída historicamente, a qual favorece a baixa autoestima, insegurança intelectual e dependência emocional e financeira das mulheres. Estereótipos de gênero atribuídos ao masculino como força, autocontrole, mente questionadora, capacidade de liderança e certa agressividade são vistos como qualidades de um bom médico cirurgião. Outro exemplo que confirma esse cenário é o fato de que a maior parte das médicas se concentrava nas especialidades menos prestigiadas, e mais ligadas aos cuidados de outras mulheres e de crianças (ginecologia e obstetrícia) (FRANCO; SANTOS; 2010).

As desigualdades e dificuldades vivenciadas por essas mulheres pioneiras na medicina mundial e brasileira, são apenas exemplos do que aconteceu por todo o mundo. As mulheres médicas tiveram que enfrentar preconceitos e romperem com os papéis sociais que historicamente lhes eram destinados. Para a sociedade em geral, a teoria de Foucault (1988) da natureza feminina, de determinação do papel e lugar social, limitava a mulher ao meio doméstico e à inferioridade de gênero, que também é salientada por Aristóteles (1957) ao dizer que o cérebro menor da mulher a impede de abstrações e estudos científicos (COLLING, 2011).

3.5 Análise do sexismo dentro da medicina

A medicina tem passado por um processo de feminização no Brasil, e de acordo com Scheffer e Cassenote (2013), ainda há mais profissionais do sexo masculino trabalhando, porém, os novos médicos formados têm sido prevalentemente do sexo feminino, desde 2009. É necessário, portanto, a análise da realidade de mulheres médicas, englobando suas dificuldades.

Em um estudo realizado no Hospital Clínic de Barcelona (ARRIZABALAGA *et al.*, 2014), pôde-se determinar que as mulheres, mesmo tendo um maior percentual em especializações, tinham mais contratos provisórios quando comparados aos dos homens. Ainda no estudo espanhol, as mulheres foram prevalentemente preteridas quando havia promoção para cargos hierárquicos maiores. Ao analisar as micro agressões sofridas por mulheres, o sexismo é o mais relatado, seguido por preconceitos relacionados à maternidade, habilidades subestimadas, comentários sexuais inadequados, delegação para realização de tarefas mais básicas e exclusão (PERIYAKOIL *et al.*, 2020).

Há uma segregação silenciosa relacionada às especialidades escolhidas por médicas, essas especialidades são escolhidas de acordo com contextos culturais, sociais e organizacionais (EDMUNDS *et al.*, 2016), que limitam as especialidades de maior prestígio para os homens, e quando uma especialidade se feminiza, há deserção por parte dos homens e desvalorização da área (AVILA, 2014).

No campo cirúrgico, a abertura pra a inserção feminina é ínfima, a contratação, o salário e a escolha para posições de liderança são menores entre as mulheres (HOOVER, 2006), e a discriminação explícita e velada são mais presentes nesta área especificamente (ZHUGE *et al.*, 2011). Em uma pesquisa realizada no Canadá, os maiores desafios para as mulheres na área cirúrgica são falta de igualdade de gênero, de orientação adequada e de acomodações para cirurgiãs com famílias (SEEMANN *et al.*, 2016). Para Di Matteo (2018), essa dificuldade da mulher de adentrar no meio cirúrgico é histórica e é mais representativa nos dois últimos séculos.

O preconceito com relação à maternidade também se faz presente, afetando as expectativas de trabalho de gênero, desigualdades financeiras, menos oportunidade de promoção, falta de apoio durante a gravidez e pós-parto, e um difícil equilíbrio entre vida profissional e pessoal (HALLEY *et al.*, 2018).

A diferença salarial é outro problema enfrentado pelas mulheres, já que mesmo tendo a mesma capacitação e ocupação comparada a um homem, de acordo com Scheffer *et al.* (2018), as médicas tem salários inferiores.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, e de abordagem quantitativa realizado com médicas de qualquer especialidade e que trabalhem no Estado de Goiás.

4.2 População e amostra

A população do presente estudo foi de médicos do gênero feminino credenciados no Conselho Regional de Medicina do estado de Goiás (CREMEGO). O valor esperado para a amostra era de 320 participantes para ter representatividade. O recrutamento das participantes foi por conveniência, chegando-se a 102 médicas.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de dois questionários validados, os quais sofreram adaptação para o estudo (LEMPP; SEALE, 2006; SEEMANN *et al.*, 2016). O questionário criado adaptado (APÊNDICE I) é composto por 23 questões abertas e fechadas, foi aplicado online por meio da plataforma Google Forms (<https://forms.gle/NKZmt6oYAvpz9NcA9>), criado a partir de um e-mail particular para a presente pesquisa.

O convite para a participação da pesquisa foi realizado de forma virtual, encaminhado através de informações pessoais de médicas que estão em domínio público, como sites de busca, clínicas de saúde e redes sociais como, por exemplo, *Instagram*, *Whatsapp* e *Facebook*. Juntamente com o convite para a participação, foi anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previamente aceito pelo Comitê de Ética e Pesquisa. O questionário só pôde ser respondido após a aceitação do documento de consentimento.

Os critérios de inclusão são todas as médicas atuantes no Estado de Goiás de qualquer ou nenhuma especialidade que tenham concordado em participar do estudo. Os critérios de exclusão são a não concordância em participar do estudo, questionários incompletos e atuação em outros Estados.

4.4 Análise de dados

Os dados dos questionários foram transcritos para planilha no programa MS Excel Office 2007. Posteriormente, os dados foram analisados através do Software

Sciences (SPSS) versão 23.0, realizando a análise estatística descritiva com valores expressos em frequências e porcentagens, sendo adotado como critério de significância $p < 0,05$. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas foi utilizada o Qui-Quadrado de Pearson, e quando necessário, a correção de LikelihoodRatio.

4.5 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo CEP Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA pelo número 3.738.509 (ANEXO 1). Todos os participantes que responderam ao questionário aceitaram anteriormente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5. RESULTADOS

Foram selecionadas 102 médicas atuantes no Estado de Goiás. Observou-se a predominância na faixa etária de 20 a 29 anos (44,1%), cor branca (62,7%) e atuantes em ambas as instituições, pública e privada (53,9%) (Tabela 1).

Tabela 1: População do estudo distribuída segundo os dados sociodemográficos (n=102).

Variáveis	n	(%)
Faixa etária		
20 a 29 anos	45	44,1
30 a 49 anos	42	41,2
Acima de 50 anos	15	14,7
Cor/Etnia		
Branco	64	62,7
Amarelo	2	2,0
Pardo	33	32,4
Preto	3	2,9
Indígena	0	0
Local de atuação		
Rede Pública	26	25,5
Rede Privada	21	20,6
Ambas	55	53,9

A tabela 2 retrata o grau de satisfação e as condições de trabalho das profissionais da área. Cerca de 40,2% das médicas alegaram como “ótimo” seu grau de satisfação no trabalho, 85,3% relataram que seu gênero não atrapalha suas funções no trabalho, 57,8% já teve sua competência questionada por ser mulher e 76,5% não vivenciou algum episódio em que seu gênero atrapalhou sua função.

Tabela 2: Nível de satisfação e desempenho da mulher na profissão médica. (n=102).

Variáveis	n	(%)
Nível de satisfação no trabalho		
Excelente	23	22,5
Ótimo	41	40,2
Bom	37	36,3
Ruim	1	1,0
Seu gênero atrapalha as funções de trabalho?		
Sim	15	14,7
Não	87	85,3
Teve sua competência questionada por ser mulher?		
Sim	59	57,8

Não	43	42,2
Já vivenciou algum episódio em que seu gênero atrapalhou o desempenho de sua função?		
Sim	24	23,5
Não	78	76,5

A tabela 3 refere-se ao principal tipo de abuso sofrido dentro da profissão e o principal agente agressor envolvido. Observa-se que os principais tipos de abuso são psicológicos (25,5%), seguido de verbal (24,5%) e o principal agente agressor é o paciente (66,7%).

Tabela 3: Perfil de abuso sofrido e tipo de agente agressor (n=102).

Tipos de Abuso	n	(%)
Verbal	25	24,5
Psicológico	26	25,5
Sexual	5	4,9
Físico	2	2,0
Nenhum Tipo	44	43,1
Agente Agressor		
Paciente		
Sim	68	66,7
Não	33	32,3
Colega de Trabalho		
Sim	53	52,0
Não	49	48

As especialidades médicas exercidas pelas participantes juntamente com sua percepção de preconceito de gênero dentro da própria área estão expostas pela tabela 4. Cerca de 68 médicas (66,7%) responderam “sim” quando perguntadas se existe preconceito de gênero dentro de sua especialidade, sendo a maior porcentagem de preconceito encontrada entre as entrevistadas sem nenhuma especialidade (39,7%).

Tabela 4: Frequência de relatos preconceito dentro de cada especialidade médica(n=68).

Especialidade	n	(%)
Nenhuma Especialidade	27	39,7
Pediatria	7	10,3
Cardiologia	5	7,4
Clínica Médica	3	4,4
Ginecologia e Obstetrícia	3	4,4
Cirurgia Geral	2	2,9
Cirurgia Vascular	2	2,9
Neurologia	2	2,9
Cardiologia e Imagem Cardíaca	1	1,5
Cardiologia e Terapia Intensiva	1	1,5
Dermatologia e Clínica Médica	1	1,5
Hematologia e Hemoterapia	1	1,5
Infectologia	1	1,5
Mastologia	1	1,5
Medicina da Família e Comunidade	1	1,5
Oftalmologia	1	1,5
Ortopedia	1	1,5
Ortopedia Pediátrica	1	1,5
Pediatria e Nefrologia Pediátrica	1	1,5
Psiquiatria	1	1,5
Radiologia	1	1,5
Residente em Oftalmologia	1	1,5
Residente em Pediatria	1	1,5
Urgência e Emergência	1	1,5

A Tabela 5 representa a frequência de preconceito de gênero dentro da graduação (57,8%), presença de algum tipo de abuso dentro da profissão (55,9%) e a crença na presença de preconceito de gênero dentro da área médica (84,3%).

Tabela 5: Frequência de preconceito de gênero durante a graduação, de abuso sofrido dentro da atuação e de crença na existência de preconceito de gênero dentro da área médica (n=102).

Variáveis	n	(%)
Presença de preconceito durante a graduação		
Sim	59	57,8
Não	43	42,2
Presença de abuso dentro da profissão médica		
Sim	57	55,9
Não	45	44,1

Crença na presença de preconceito de gênero dentro área médica		
Sim	86	84,3
Não	16	15,7

6. DISCUSSÃO

Analisando o presente estudo, observou-se que a maioria das entrevistadas acredita que ainda existe preconceito de gênero dentro da medicina, já sofreram algum tipo de abuso dentro da sua atuação como médica, sendo o abuso psicológico e verbal os mais frequentes, e já sofreram alguma forma de preconceito durante sua graduação. A maior parte das profissionais relatou ter sua competência questionada por ser mulher, entretanto, a maioria delas declarou que seu gênero não atrapalha em suas funções no trabalho e apresentaram um nível de satisfação laboral como “bom” e “ótimo”. No quesito especialidade médica que sofre maior discriminação de gênero, as entrevistadas sem nenhuma especialidade são as que mais relataram preconceito.

É possível observar que o preconceito de gênero presente na medicina afeta pouco o desempenho e satisfação das médicas de diversas formas. A maior parte das profissionais relatou que seu gênero não atrapalha sua função no trabalho, e nem vivenciou algum episódio que corroborasse com isso. Ademais, a maioria classificou sua satisfação no trabalho como “bom” e “ótimo”. Esses dados estão de acordo com o estudo de Seemann *et. al.* (2016), que demonstrou que a maioria de suas participantes avaliou muito bem sua satisfação profissional.

A maioria das participantes relatou já ter sua competência questionada por ser mulher. Esses dados dão crédito à afirmativa de que o fenótipo masculino credita 25% mais confiança que o feminino, portanto, a mulher para ser igualada ao homem, deve mostrar no mínimo esse valor a mais de capacidade que o colega do sexo masculino (PAULO *et al.*, 2020).

Em relação à presença de abusos no meio laboral por pertencer ao gênero feminino, a maioria alegou já ter sofrido algum tipo de abuso sendo o mais relatado o psicológico, seguido pelo verbal, e em menor porcentagem o abuso sexual e físico corroborando com a pesquisa de Pioner (2012). Em contrapartida, na pesquisa do autor americano Roper (2021), foi relatado que o abuso sexual tem um percentual maior em relação aos demais tipos. Com isso, em um primeiro momento a agressão verbal aparece em forma de microagressões, podendo parecer inofensiva e, apesar de ter menos visibilidade do que a agressão física, trata-se de um evento que pode ocasionar grande sofrimento para a vítima além de preceder outros tipos de abuso como assédio moral e violência física, tendo efeito cumulativo (ALMEIDA, FILHO BEZERRA; MARQUES, 2017; ROPER, 2021;).

Observou-se ainda, que a maior parte das profissionais relatou que o principal agente agressor é o próprio paciente. Tais dados estão de acordo com a pesquisa de Almeida, Bezerra e Marques (2017) que identificou que os principais agressores são os pacientes e seus acompanhantes ou familiares. Essa situação pode ser consequência da relação assimétrica existente entre médico e paciente, que de acordo com Caprara e Rodrigues (2004), ainda que pertencentes à mesma cultura, médicos e pacientes interpretam a relação saúde-doença de diferentes formas, podendo gerar diversos tipos de conflitos que resultam em agressões. Além disso, outro fator importante a ser considerado é o fato de que o paciente e seus familiares se encontram em uma posição de vulnerabilidade, estando expostos a uma situação de estresse, ansiedade, angústia e sofrimento (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

A maioria das médicas alegou existir preconceito de gênero dentro de suas especialidades, sendo entre as médicas sem nenhuma especialidade a maior porcentagem desse relato. Essa análise está em contrapartida com a literatura internacional de que a especialidade que mais sofre discriminação de gênero seja a cirúrgica (VIANA *et al.*, 2022). Tal fato pode ser decorrente de uma dificuldade em seguir uma carreira médica encontrada pelas mulheres em formação, representada por inúmeras barreiras que incluem discriminação profissional, sexismo, faltas de mentores apropriados e problemas em conciliar família com vida profissional (MATORIN *et al.*, 1997; ZHUGE *et al.*, 2011).

O fato de tantas médicas alegarem que há diferença de gênero dentro da medicina, ampara a afirmativa de que ainda hoje existe preconceito em desfavor ao feminino dentro da área, mesmo que exista uma igualdade em termos legais, há uma desigualdade em termos reais (FERNANDEZ, 2019).

Por fim, observou-se que grande parte das entrevistadas alegou sofrer discriminação de gênero dentro de sua graduação, contrapondo os dados do estudo de Lempp e Seale (2006) que relatam não ter encontrado presença de preconceito de gênero dentro da formação acadêmica em medicina.

Dentre as limitações do trabalho, evidencia-se a pouca adesão de respostas ao questionário online, devido à pandemia da COVID-19. Além disso, as participantes podem não ter sido totalmente sinceras em suas respostas; podem ter recebido ajuda de terceiros; lidado com problemas de acessibilidade, diferentes interpretações e entendimentos; e dificuldade na análise de algumas questões. Salientamos ainda que não foram encontrados maiores dados acerca deste tema, necessitando um maior aprofundamento da casuística em questão.

Um dos pontos positivos mais notáveis do trabalho foi ter evidenciado um tema, que ao mesmo tempo em que é tão relevante na conjuntura atual, é tão pouco representado na literatura científica. Destaca-se também dentre os aspectos positivos o bom delineamento da pesquisa, visto que houve uma especificação do tipo de abuso sofrido e o agente agressor que o perpetuou. Além disso, houve a apresentação do flyer, que elucidou sobre o histórico de disparidades de gênero dentro da profissão médica, contribuindo como material informativo para as participantes (APÊNDICE II).

7. CONCLUSÃO

É evidente que o preconceito de gênero ainda é uma realidade dentro da medicina. A maioria das entrevistadas já sofreu algum tipo de abuso dentro da sua atuação e já vivenciou alguma forma de preconceito durante sua graduação. O tipo de abuso com maior frequência foi psicológico seguido de verbal, e a maior parte das profissionais relatou ter sua competência questionada por ser mulher. Contudo, a maioria delas declarou que seu gênero não atrapalha em suas funções no trabalho, e apresentou um nível de satisfação laboral como “bom” e “ótimo”. Ademais, analisando o quesito especialidade médica que sofre maior discriminação de gênero, as médicas sem nenhuma especialidade são as que mais relatam preconceito. Por fim, o trabalho se faz relevante por discutir esse tema tão vivenciado no cotidiano dessas profissionais, e ainda assim pouco evidenciado em publicações acadêmicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. R.; FILHO BEZERRA, J.G; MARQUES, L.A. Análise da produção científica sobre violência no trabalho em serviços hospitalares. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 15, n. 1, p. 12-102, 2017.

ARRIZABALAGA, P., et al. Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century?. **Gaceta Sanitaria**, v. 28, n. 5, p. 363-368, 2014.

AVILA, R.C., Formação das mulheres nas escolas de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 142-149, 2014.

BLOFIELD, M.; MARTINEZ J. Trabajo, familia y cambios en la política pública en América Latina: equidad, maternalismo, y corresponsabilidad. **Revista CEPAL**, n. 114, p. 107-125, 2014.

CAPRARA, A; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n1, p. 139-146, 2004.

CASTAÑEDA, M. **O Machismo Invisível**. 1.ed. São Paulo, A Girafa Editora LTDA, 2006.

CHAGAS, L.; CHAGAS, A.T.A. Posição da Mulher em Diferentes Épocas e a Herança Social do Machismo no Brasil. **Psicologia.pt**, p. 1-8, 2017.

COLLING, A.M. As primeiras médicas brasileiras – Mulheres à frente de seu tempo. **Fronteiras**, v. 13, n. 24, p. 169-183, 2011.

COLLING, A.M. Gênero e História: Um diálogo possível?. **Revista Contexto & Educação**, v. 19, n.71-72, p. 23-43, 2004.

COLLUCCI, Cláudia. Medicina fica mais feminina, mas ainda é desigual. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 8 de mar. de 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/medicina-fica-mais-feminina-mas-ainda-e-desigual.shtml>>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

DESOUZA, E.; BALDWIN, J.R.; ROSA, F.H. A Construção Social dos Papéis Sexuais Femininos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13, n. 3, p. 485-496, 2000.

DI MATTEO, G. Women in surgery. Myth, history, actuality. **Il Giornale di chirurgia**, v. 39, n. 6, p. 337-354, 2018.

EDMUNDS, L.D., et al. Why do women choose or reject careers in academic medicine? A narrative review of empirical evidence. **The Lancet**, v. 388, p. 2948-2958, 2016.

FERNANDEZ, M.P.B. Teto de vidro, piso pegajoso e desigualdade de gênero no mercado de trabalho brasileiro à luz da economia feminista: por que as iniquidades persistem?. **Revista Cadernos de Campo**. n. 26, p. 79-103, 2019.

FERREIRA, J.B., et al. (Des)igualdade de Gênero no Mercado de Trabalho. **Revista Agroveterinária, Negócios e Tecnologias**, v. 3, n. 1, p. 25–41, 2018.

FERREIRA, J.C.; SANTOS, S.A.S.; TOMÉ, M.F. Mulher no mercado de trabalho uma revisão sobre os percursos da mulher no mercado de trabalho. **Faef Revista Eletrônica**, Graça, v. 20, n.1, 2013. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/OToQIVadLbtEKd6_2013-5-3-11-56-25.pdf. Acesso em: 22 set. 2020.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. 13.ed. Rio de Janeiro, Edições Graal LTDA, 1988.

FRANCO, T.; SANTOS E.G. Mulheres e cirurgiãs. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 37, n. 1, p. 72-77, 2010.

GOMES, C.M.; DAMKER, L.I.; CASSOL, C.A. Discriminação, preconceito e dominação: A luta das mulheres por mais espaço e representação na sociedade brasileira. **Diálogo**, Canoas, v. 4926, n. 40, p. 55-68, 2018.

HALLEY, M.C., et al. Physician mother's experience of workplace discrimination: a qualitative analysis. **The BMJ**, v. 363, 2018.

HOFFMANN, R.; LEONE, E.T. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil: 1981-2002. **Nova Economia**, v. 14, n. 2, p. 35-58, 2004.

HOOVER, E.L., Mentoring women in academic surgery: overcoming institutional barriers to success. **Journal of the National Medical Association**, v. 98, n. 9, p. 1542-1545, 2006.

LARA, L.A.S.; ROMÃO, A.P.M.S. A diferenciação do cérebro masculino e feminino. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 2, p. 45-48, 2013.

LEMPP, H.; SEALE, C. Medical students' perceptions in relation to ethnicity and gender: a qualitative study. **BMC Medical Education**, v. 6, n. 17, p. 1-7, 2006.

LERNER, G. **A Criação do Patriarcado**. 1.ed. São Paulo, Editora Pensamento-Cultrix LTDA, 2019.

LOPES, A.M.D., et al. Gênero: Fator de Discriminação na Teoria e Prática dos Direitos Fundamentais das Mulheres. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito – UFC**, v. 28, n. 1, p. 15-34, 2008.

MACHADO, L.Z. **Perspectivas em confronto: relações de gênero ou patriarcado contemporâneo?**. ed. 284. Brasília, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 2000.

MACHADO, M.H., coord. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, p. 244, 1997.

MATORIN, A.A., et al. Women's advancement in medicine and academia: barriers and future perspectives. **National Library of Medicine**, v. 93, n. 11, p. 4-60, 1997.

NOGUERA, J.J. Elizabeth Blackwell: (Bristol, Inglaterra / 3-II-1821 - Sussex, Inglaterra / 31-V-1910). **Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología**, v. 79, n. 6, p. 307-308, 2004.

PAULO, D.; ASSIS, S.M.; KREUGER, O.M.R. Análise dos fatores que levam mulheres médicas a não optarem por especialidades cirúrgicas. **Revista De Medicina**, v. 99, n. 3, p. 230-235, 2020.

PERIYAKOIL, V.S., et al. Common Types of Gender-Based Microaggressions in Medicine. **Academic Medicine**, v. 95, p. 450-457, 2020.

PIONER, L.M. Trabalho precário e assédio moral entre trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 10, n. 1, p. 113-120, 2012.

PISCITELLI, A. **Gênero, A História de Um Conceito**. São Paulo, Berleandis & Vertecchia, 2009.

PRONI, T.T.R.W.; PRONI, M.W. Discriminação de gênero em grandes empresas no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, v. 26, n. 1, p. 1-21, 2018.

RAGO, E.J. A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras do século XIX. **Cadernos Pagu**, v. 2000, n. 15, p. 199-225, 2015.

REZENDE, J.M. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo, Editora Unifesp, 2009.

ROPER, L.R. Does Gender Bias Still Affect Woman in Science?. **Microbiology and Molecular Biology Reviews**, v. 83, p. 1-9, 2021.

SCHEFFER, M.C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 268-277, 2013.

SCHEFFER, M.C., et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, 2018.

SEEMANN, N.M., et al. Women in academic surgery: why is the playing field still not level?. **The American Journal of Surgery**, v. 211, p. 343-349, 2016.

SILVA, A.C.L.F.; ANDRADE, M.M. Mito e gênero: Pandora e Eva em perspectiva histórica comparada. **Cadernos Pagu**, n. 33, p. 313-342, 2009.

SILVA, I.V.; AQUINO, E.M.L.; PINTO, I.C.M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 10, p. 2112-2122, 2014.

SIMÕES, F.I.W.; HASHIMOTO, F. Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX. **Revista Vozes do Vale da UFVJM: Publicações Acadêmicas**, n. 2, p. 1-25, 2012.

SOUZA, M.K.S. A mulher no Brasil e a luta cotidiana por igualdade de gênero e oportunidades no mercado de trabalho. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITO PÚBLICO DOS DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS DE IGUALDADE, 1., 2018, Maceió, **Anais Eletrônicos**, Maceió: Open Journal Systems, 2018.

TEIXEIRA, C.M. As mulheres no mundo do trabalho: ação das mulheres, no setor fabril, para a ocupação e democratização dos espaços público e privado. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 237-244, 2009.

TRINDADE A.P.P.; TRINDADE, D.F. Desafios das primeiras médicas brasileiras. **História da Ciência e Ensino**, v. 4, p. 24-37, 2011.

VIANA S.W., et al. Representatividade das Mulheres nas Especialidades Cirúrgicas: Reflexões sobre Equidade de Gênero após o 34º Congresso Brasileiro de Cirurgia. **Revista Colégio Brasileiro de Cirurgias**, v. 49, p. 1-5, 2022.

ZHUGE, Y., et al. Is There Still a Glass Ceiling for Women in Academic Surgery?. **Annals of Surgery**, v. 253, n. 4, p. 637-43, 2011.

APÊNDICE I**Questionário – Preconceito Contra Mulher na Medicina Contemporânea.**

1. **Idade** _____
2. **Especialização:** _____
(Caso não tenha especialização responder nenhuma)
3. **Etnia:**
 - Branco
 - Pardo
 - Preto
 - Amarelo
 - Indígena
4. **Qual o estado de atuação?**
 - Atuo apenas no estado de Goiás.
 - Não atuo no estado de Goiás.
 - Atuo no estado de Goiás e em outros estados.
5. **Trabalha na rede pública, privada ou em ambas?**
 - Pública
 - Privada
 - Ambas
6. **Em sua experiência, ainda existem diferenças de gênero dentro da profissão médica?**
 - Sim
 - Não
7. **Se respondeu sim na pergunta anterior, você vê isso dentro da sua especialidade?**
 - Sim
 - Não
8. **Por ser mulher, você já foi tratada diferente do que um colega do sexo masculino?**
 - Sim
 - Não
9. **Você concorda com a opinião de que existem especialidades específicas para homens e outras para mulheres?**
 - Sim
 - Não

10. Se respondeu sim na pergunta anterior, justifique:

11. Você já sofreu preconceito dentro do local de trabalho por ser mulher pelo paciente?

- Sim
- Não

12. Se sim, quantas vezes?

- Nenhuma
- 1-5
- 6-10
- Mais de 10

13. Você já sofreu preconceito dentro do local de trabalho por ser mulher pelos colegas?

- Sim
- Não

14. Se sim, quantas vezes?

- Nenhuma
- 1-5
- 6-10
- Mais de 10

15. Você já sofreu preconceito durante sua formação acadêmica em medicina por ser mulher?

- Sim
- Não

16. Se sim, quantas vezes?

- Nenhuma
- 1-5
- 6-10
- Mais de 10

17. Já se sentiu coagida ou presenciou outra mulher médica ser coagida por um superior por ser mulher?

- Sim
- Não

18. Você já sofreu algum tipo de abuso no meio de trabalho por pertencer ao gênero feminino?

- Sim
- Não

19. Se sim, qual tipo de abuso foi sofrido?

- Psicológico
- Físico
- Sexual
- Verbal

20. Como mulher, qual o seu nível de satisfação na sua carreira?

- Ruim
- Bom
- Ótimo
- Excelente

21. Você sente que o seu gênero te atrapalha a exercer suas funções no ambiente de trabalho?

- Sim
- Não

22. Já teve sua competência questionada por ser mulher?

- Sim
- Não

23. Já vivenciou algum episódio em que seu gênero atrapalhou o desempenho de sua função?

- Sim
- Não

Você sabia?

1. A primeira mulher brasileira, Maria Augusta Estrella, a se tornar médica precisou se formar em outro país já que no Brasil na época era proibido o ingresso de mulheres no ensino superior?
2. As mulheres, na faixa etária de 25 a 49 anos, representam 53,2% dos profissionais médicos do país, no entanto o rendimento salarial dessas médicas equivale a 71,8% do recebido pelos médicos do sexo masculino?
3. As mulheres são pouco presentes nos cargos de liderança nos conselhos e entidades da categoria médica?

Por muito tempo a nossa história foi esquecida e nossas vozes silenciadas...



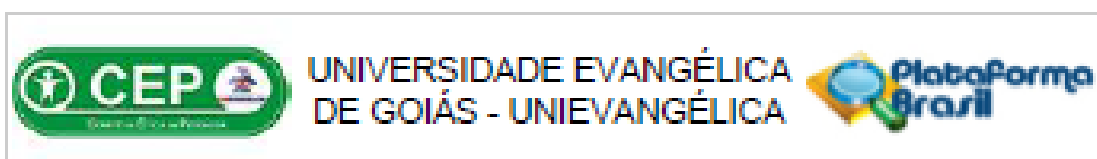
...Mas são tempos de **MUDANÇA!**



Você não está sozinha!
Seu gênero não define sua
competência!
Sua voz será ouvida!



ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O preconceito sofrido pela mulher como profissional médica no estado de Goiás

Pesquisador: Constanza Thaise Xavier Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47108621.0.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitário de Anápolis - UNIEVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.955.948

Apresentação do Projeto:

De acordo com o parecer CAAE: 47108621.0.0000.5076

Objetivo da Pesquisa:

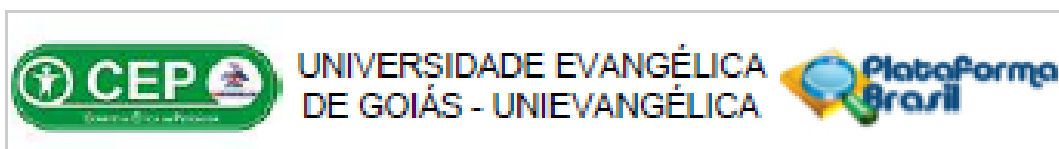
Objetivo geral

Descrever os principais desafios da mulher na medicina, da graduação a prática médica no estado de Goiás.

Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico (faixa etária e étnica) da população em estudo;
- Determinar de que maneira o preconceito de gênero afeta a função e a satisfação das profissionais médicas no trabalho;
- Delinear quais os tipos de discriminação sofridas pelas profissionais da área médica;
- Constatar quais as especialidades médicas onde o preconceito de gênero é mais frequente;
- Determinar se as mulheres médicas sofrem mais preconceito por pacientes ou colegas de trabalho;
- Constatar se as profissionais da área médica sofrem mais preconceito dentro de instituições públicas ou privadas.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.063-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-8636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 4.955.948

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1759496.pdf	06/09/2021 09:42:54		Aceito
Outros	cartadeencaminhamentoaoCEPmed.doc x	06/09/2021 09:42:31	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PPmulherpreconceito.docx	06/09/2021 09:30:23	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfinalizado.pdf	06/09/2021 09:20:26	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaocompromisso.pdf	21/05/2021 10:10:44	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.pdf	21/05/2021 10:00:05	Constanza Thaise Xavier Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 06 de Setembro de 2021

Assinado por:
Luolmar Pinheiro
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.003-815
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-8636 E-mail: cep@unievanglica.edu.br