

# **A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo**

**Isabel Praça Hormigo Diogo Correia**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Doutora Catarina Sales Oliveira

**Junho de 2025**

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo  
quantitativo

## **Declaração de Integridade**

Eu, Isabel Praça Hormigo Diogo Correia, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 44110 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã, 20/06/2025

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo  
quantitativo

## **Dedicatória**

Àquelas que sonharam, mas não concretizaram.

À minha avó Hortênsia, que foi força da natureza.

À minha tia Margarida, que me mostrou o verdadeiro sentido da vida.

À minha mãe, que é exemplo de independência e perseverança.

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo  
quantitativo

## Agradecimentos

“Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”, esta é uma das frases que, para mim, melhor descreve o que é a amizade e a relação com o outro. É nas aprendizagens, na escuta atenta, nos pequenos momentos que damos um pouco de nós e recebemos sempre algo em troca. Esta é a beleza das relações entre humanos: há comunicação, há entrega. Só há algo que tenho a apontar a esta frase, é que há aqueles que para além de passarem, ficam. Porque, por algum motivo, às vezes inexplicável, quiseram ficar e, é a estas pessoas-casa, que não posso deixar de agradecer.

Aos meus pais, Filipa e João Paulo, por acreditarem que eu tinha em mim todos os sonhos do mundo e por sonharem comigo. Obrigada pelo apoio incondicional, mesmo quando tudo parecia uma loucura.

Às minhas amigas, Assunção, Inês e Maria, obrigada por me incentivarem a seguir os meus sonhos, por me felicitarem nas mais pequenas conquistas e por me levantarem sempre que caía. Obrigada por me mostrarem que o amor pelo outro é um dos sentimentos mais bonitos do mundo.

Ao Renato, por ser a minha pessoa desde o dia 1. Pelas conquistas conjuntas, pelas casas, sorrisos, tristezas e felicidades partilhadas. Pelos tempos a percorrer o país de Norte a Sul (e que venham mais). Ainda não sei porque é que me escolheste, mas sem ti nada disto teria sido possível. Um obrigada não chega.

Ao Joaquim, por ser amigo ouvinte, compreensivo, empático e livre de julgamentos. Obrigada por seres companhia. Obrigada por me tirares da minha zona de conforto ao questionares as mais pequenas coisas da nossa existência.

À Carol e à Catarina, por serem luz nos dias mais escuros. Por serem a dualidade mais bonita que já conheci. Obrigada pela compreensão, simplicidade e carinho imensurável. Obrigada por me mostrarem que com leveza e calma é sempre possível chegar a porto seguro.

À família que a Covilhã me deu, Joana, Maurício, Inês, Maria, Francisco, Mafalda, André, Rafa e Tiago, obrigada por fazerem parte deste percurso bonito e por me deixarem fazer parte do vosso. Sei que nem sempre foi fácil, mas a verdade é que a vida deu-nos limões e nós fizemos limonada: ultrapassámos obstáculos, saltámos barreiras, apoiámo-

nos uns nos outros e chegámos ao fim. A verdade é que as vossas conquistas são as minhas conquistas e é um orgulho saber que os meus amigos vão ser os melhores médicos que alguma vez vou conhecer. Obrigada pela confiança que sempre depositaram em mim.

Não posso deixar de agradecer à minha amiga de todas as horas, a Aleixo. Obrigada por seres colo amigo, abraço casa, alegria e por cuidares de todos os que por ti passam. Obrigada por compreenderes quando mais ninguém compreendia. Agora acabamos esta aventura juntas.

À família que a AAUBI me deu, ao Gui e à Bea, por acreditarem em mim quando eu mesma não acreditava. Por aturarem as minhas inseguranças e loucuras. Vocês são a prova que as amizades inesperadas são das mais bonitas.

A todos, obrigada por ficarem.

Por fim, não posso deixar de agradecer à Professora Doutora Catarina Sales Oliveira, por ter aceite entrar neste barco comigo. Juntas remámos em direção a bom porto e sem a sua ajuda imprescindível teria sido muito mais difícil enfrentar as ondas atribuladas que por vezes se ergueram. Obrigada pelo interesse e carinho que sempre demonstrou por este tema que a mim me diz tanto.

À Covilhã, a cidade neve que aqueceu o meu coração, que foi casa ao longo destes 6 anos, que foi alento nas noites mais frias e segurança nos dias mais quentes. Obrigada por me mostrares que a vida é mais do que aquilo que conhecemos. Irei sempre brindar a ti.

## Resumo

A igualdade de género constitui um princípio fundamental para o desenvolvimento de sociedades justas e equilibradas, sendo particularmente relevante em profissões com impacto direto na vida humana, como a medicina. Ao longo das últimas décadas, observou-se a feminização desta profissão, na medida em que ocorreu um aumento substancial do número de médicas do sexo feminino. Contudo, este panorama não se aplica a todas as especialidades profissionais. Assim, a presente investigação analisou a evolução da disparidade de género nas especialidades da área cirúrgica em Portugal entre 2010 e 2023, com base em dados públicos da Ordem dos Médicos. O estudo aplicou uma metodologia quantitativa, dividindo as especialidades em dois grandes grupos (cirúrgicas e médico-cirúrgicas) e avaliando a representatividade feminina ao longo do tempo. Verificou-se um crescimento sustentado do número de médicas especialistas, ainda que desigual entre as diversas especialidades. Observou-se que, em 2023, apenas 3 das especialidades analisadas apresentavam paridade de género (ginecologia e obstetrícia, dermatovenereologia e cirurgia pediátrica), enquanto outras, como urologia, ortopedia e cirurgia cardiotorácica, mantiveram uma representação feminina inferior a 15%. Análises de correlação sugeriram tendências distintas de evolução, com algumas especialidades a exibirem permanência de dinâmicas de exclusão de género. Por fim, compreende-se que estes resultados são coincidentes ao panorama internacional.

Posteriormente, de modo a complementar a análise quantitativa, procurou-se perceber, através de uma revisão sistemática da literatura científica recente, os desafios enfrentados pelas médicas cirurgiãs, sendo alguns destes a persistência de estereótipos de género; viés de género; dificuldades na conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional; disparidades na remuneração salarial e o impacto da síndrome do impostor. Foram também identificadas estratégias concretas para mitigar estas disparidades, incluindo políticas de mentoria, maior visibilidade de modelos femininos, reformas nos critérios de produtividade, e uma reconfiguração estrutural das instituições de saúde. Os resultados revelam que a feminização da medicina não garante paridade nas especialidades, exigindo políticas estruturais e medidas de combate ao viés institucional e cultural.

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

## **Palavras-chave**

Desigualdade de género; medicina; representatividade feminina; cirurgia; especialidades profissionais.

## Abstract

Gender equality is a fundamental principle for the development of fair and balanced societies and is particularly relevant in professions with direct impact on human life, such as medicine. In recent decades, it has been seen a clear feminization of the medical profession, marked by a substantial increase in the number of female physicians. However, this shift has not occurred uniformly across all medical specialties. So, this study analyzes the evolution of gender disparity within surgical specialties in Portugal between 2010 and 2023, based on publicly available data from the *Ordem dos Médicos* (Portuguese Medical Association). A quantitative methodology was applied, dividing specialties into two groups (surgical and medical-surgical) and assessing female representation over time. The results showed a sustained increase in the number of female specialists, although unevenly distributed across specialties. In 2023, only three specialties (obstetrics/gynecology, dermatovenereology and pediatric surgery) had achieved gender parity, while others such as urology, orthopedics, and cardiothoracic surgery continued to have female representation below 15%. Correlation analyses suggest distinct evolutionary patterns, with some specialties exhibiting gender-exclusion dynamics. These findings are consistent with international trends.

To complement the quantitative analysis, a systematic review of recent scientific literature was conducted to identify the main challenges faced by female surgeons. These include the persistence of gender stereotypes, gender bias, difficulties balancing personal and professional life, gender pay gap and the impact of impostor syndrome. Concrete strategies were also identified to address these disparities, including mentorship policies, increased visibility of female role models, reform of productivity criteria, and structural reconfiguration of healthcare institutions. The results demonstrate that the overall feminization of medicine does not ensure parity within specialties, highlighting the need for structural policies and measures to counteract institutional and cultural bias.

## Keywords

Gender inequality;medicine;female representation;surgery;specialties.

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo  
quantitativo

# Índice

1.	Introdução.....	1
1.1.	Enquadramento teórico.....	3
1.1.1.	Igualdade de género: dos objetivos aos números.....	3
1.1.2.	O SNS, a carreira médica e as especialidades.....	4
2.	Objetivos.....	5
3.	Materiais e Metodologia.....	7
4.	Resultados.....	9
4.1.	Especialidades cirúrgicas.....	14
4.2.	Especialidades médico-cirúrgicas.....	19
4.3.	Comparação entre as especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas.....	23
4.4.	Especialidades (ainda) assimétricas.....	25
5.	Discussão.....	29
5.1.	O panorama internacional da disparidade de género nas especialidades analisadas.....	29
5.1.1.	Médicas de formação especializada.....	30
5.1.2.	Médicas especialistas.....	32
5.1.3.	Cargos de Liderança: Chefes de Serviço e Órgãos candidatos à OM Portuguesa.....	35
5.2.	Especialidades cirúrgicas e médico cirúrgicas (ainda) assimétricas.....	36
5.2.1.	Ortopedia.....	37
5.2.2.	Cirurgia cardiorácica.....	39
5.2.3.	Neurocirurgia.....	42
5.2.4.	Urologia.....	44
5.2.5.	Ginecologia e obstetrícia.....	48
6.	Desafios da médica cirurgiã.....	51
6.1.	Papéis de género.....	51
6.3.	Cargos de liderança e trabalho académico.....	56
6.4.	Conciliação entre a vida pessoal e profissional.....	56

6.5. Remuneração salarial .....	58
6.6. Síndrome de Impostor .....	59
7. Estratégias para a diminuição da disparidade de género.....	63
7.1. Estratégias para colmatar ao viés de género.....	64
7.2. Estratégias para aumentar a atratividade das especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas .....	64
7.3. Estratégias que abordem a conciliação entre a vida pessoal e profissional.....	65
7.4. Iniciativas e projetos que promovem a integração da médica nas especialidades cirúrgicas .....	66
7.4.1. Cirurgia torácica/cardiotorácica .....	68
7.4.2. Neurocirurgia .....	68
7.4.3. Ortopedia .....	68
8. Conclusão .....	71
9. Referências Bibliográficas .....	73

## Lista de Figuras

Figura I. Evolução da percentagem de médicas especialistas inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023. ....	10
Figura II. Evolução da percentagem de médicos e médicas especialistas da área cirúrgica inscritos na OM portuguesa, entre 2010 e 2023. ....	11
Figura III. Evolução do número de médicas especialistas na área cirúrgica inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023. ....	12
Figura IV. Evolução da percentagem de médicas especialistas na área cirúrgica inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023. ....	12
Figura V. Evolução da percentagem de médicas cirurgiãs e médicos cirurgiões especialistas inscritos na OM portuguesa, entre 2010 e 2023. ....	14
Figura VI. Evolução do número de médicas especialistas do grupo 1 inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023. ....	16
Figura VII. Evolução da percentagem de médicas especialistas do grupo 1 inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023. ....	17
Figura VIII Crescimento total, entre 2010 e 2023, da percentagem de médicas cirurgiãs do grupo 1 inscritas na OM portuguesa. ....	18
Figura IX. Evolução do número de médicas especialistas do grupo 2 inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023. ....	21
Figura X. Evolução da percentagem de médicas especialistas do grupo 2 inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023. ....	22
Figura XI. Crescimento total, entre 2010 e 2023, da percentagem de médicas cirurgiãs do grupo 2 inscritas na OM portuguesa. ....	23
Figura XII. Discrição do viés de género e o seu impacto na criação de um ambiente de trabalho intolerante. [Adaptado e traduzido de Heisler et al. 2020 (8)] ....	55

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

## Lista de Tabelas

Tabela I. Divisão das especialidades em estudo em cirúrgicas e médico-cirúrgicas.....	7
Tabela II. Dados quantitativos gerais dos médicos especialistas inscritos na OM portuguesa, entre 2010 e 2023. ....	9
Tabela III. Dados quantitativos dos médicos e médicas especialistas da área cirúrgica inscritos na OM portuguesa, entre 2010 e 2023. ....	11
Tabela IV. Dados quantitativos das médicas especialistas do sexo feminino inscritas na OM portuguesas, entre 2010 e 2023. ....	12
Tabela V. Dados, em número e percentagem, das médicas cirurgiãs e médicos cirurgiões especialistas inscritos na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.....	13
Tabela VI. Dados quantitativos das médicas especialistas do grupo 1, inscritas na OM portuguesa, referentes ao ano 2010. ....	15
Tabela VII. Dados quantitativos das médicas especialistas do grupo 1, inscritas na OM portuguesa, referentes ao ano 2023. ....	15
Tabela VIII. Crescimento, de 2 em 2 anos, da percentagem de médicas cirurgiãs do grupo 1 inscritas na OM portuguesa. ....	18
Tabela IX. Dados quantitativos das médicas especialistas do grupo 2, inscritas na OM portuguesa, referentes ao ano 2010. ....	19
Tabela X. Dados quantitativos das médicas especialistas do grupo 2, inscritas na OM portuguesa, referentes ao ano 2023. ....	20
Tabela XI. Crescimento, de 2 em 2 anos, da percentagem de médicas cirurgiãs especialistas do grupo 2 inscritas na OM portuguesa. ....	23
Tabela XII. Dados, referentes a 2010 e 2023, em percentagem, das médicas cirurgiãs das especialidades do grupo 1 e 2 inscritas na OM portuguesa, assim como o crescimento observado entre os anos elencados.....	24
Tabela XIII. Dados referentes ao crescimento entre 2010 e 2023, em percentagem, da médica cirurgiã do grupo 1 e 2 inscrita na OM portuguesa. ....	25
Tabela XIV. Correlações (r) das especialidades em risco. ....	26
Tabela XV. Dados da sub-representação e sobre representação da médica cirurgiã em diferentes países estudados na bibliografia. ....	33

Tabela XVI. Principais obstáculos, elencados na literatura, experienciados pela médica cirurgiã das especialidades em risco. ....	37
Tabela XVII. Características atribuídas aos géneros quando em cargos de liderança. [Adaptado e traduzido de Ahmed et al. 2021 (17)].....	53

## Lista de Acrónimos

GRP	Gabinete de Relações Públicas
UBI	Universidade da Beira Interior
SNS	Serviço Nacional de Saúde
OM	Ordem dos Médicos
ORL	Otorrinolaringologia
GO	Ginecologia e Obstetrícia
EIGE	<i>European Institute for Gender Equality</i>
CIG	Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género
ULS	Unidade Local de Saúde
UE	União Europeia
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
STEM	<i>Science, Technology, Engineering and Maths</i>
EIGE	<i>European Institute for Gender Equality</i>
CIG	Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género
WINS	<i>Women In Neurosurgery</i>
WOMEDS	<i>Women in MEDicine in Spain</i>
ESTS	<i>European Society of Thoracic Surgeons</i>

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

# 1. Introdução

A igualdade entre homens e mulheres é um dos princípios fundadores da União Europeia (UE) sendo evidente o progresso significativo que tem ocorrido ao longo dos últimos anos (1). Contudo, apesar do panorama ser tendencialmente positivo, ainda é necessário colmatar várias discrepâncias. Alguns exemplos são: a educação, em que as mulheres estão sobre-representadas em áreas tradicionalmente ligadas a profissões femininas e ainda sub-representadas em áreas que permanecem masculinizadas; a igualdade salarial, em que, em média, as mulheres, na UE, ganham menos 16% do que os homens, também como consequência da assimetria anterior; a violência, sendo que, em 2023, na UE, 33% das mulheres foram vítimas de violência física ou sexual; e, também, nos cargos de liderança, persistindo uma sub-representação da mulher em áreas como a política, a economia, a ciência e a investigação. Deste modo, tendo em consideração esta realidade e com o objetivo de compreender estas discrepâncias, têm sido realizados estudos para que seja possível compreender os motivos para a sua existência e, também, para definir estratégias que diminuam as desigualdades atuais e permitam, futuramente, o alcance da paridade de género, permitindo assim que as mulheres tenham as mesmas oportunidades que os homens. (2–5)

Apesar dos avanços, as desigualdades de género persistem no mercado de trabalho, observando-se a mulher com salários mais baixos e em menor número nos cargos de decisão, encontrando-se em minoria nas profissões com melhores condições, como as STEM (*Science, Technology, Engineering and Maths*). Deste modo, é fundamental estudar a igualdade de género em todas as profissões e sectores de forma a perceber como ocorrem estas desigualdades e assimetrias (2,6). É exemplo a área da saúde, em que a literatura refere que uma baixa diversidade de género pode ter impacto na qualidade do tratamento dos e das pacientes, tendo em conta que uma unidade de trabalho mais diversificada é potencialmente melhor a abordar os vários problemas e perspetivas dos e das doentes melhorando, também, o método como as equipas interagem e resolvem problemas (7,8).

Ao observar especificamente a profissão médica, compreende-se que a diversidade de género na medicina e no internato médico é extremamente benéfica, dado que melhora a produtividade e criatividade, permitindo ainda que um maior número de indivíduos da população se identifique com os e as profissionais de saúde (9). Além disso,

o aumento do número de médicas especialistas é crucial devido à necessidade de providenciar um melhor seguimento dos e das pacientes, tendo em conta a sua realidade pessoal. Equipas de trabalho diversificadas permitem um maior número de experiências e perspetivas, logo é relevante promover esta diversidade, tanto ao nível do género, como noutros fatores. Por conseguinte, a literatura refere que os e as pacientes normalmente preferem ser observados por médicos ou médicas do mesmo sexo e, existe ainda, algum grau de evidência que sugere que os e as pacientes cirúrgicos têm melhores resultados e um menor número de complicações quando há concordância de género entre médico/médica e o/a paciente. Deste modo, compreende-se que ao caminhar em direção à paridade de género estamos a providenciar um melhor acesso à saúde. (10)

Atualmente, verifica-se em vários países, tanto ao nível das escolas médicas como das carreiras médicas de especialidade, um maior número de estudantes do sexo feminino (10–15). Esta realidade é uma mudança de paradigma razoavelmente recente, iniciada em meados da década de 90 do século passado (16), tendo em conta que, até então, a profissão médica era predominantemente masculina (17). Não obstante, apesar da recente feminização da área médica, uma análise mais fina das diferentes especialidades profissionais permite constatar várias discrepâncias, a nível mundial, principalmente nas especialidades cirúrgicas, onde a sub-representação da mulher continua a ser uma constante (13). São vários os estudos realizados neste âmbito, concluindo-se que as médicas cirurgiãs enfrentam vários desafios ao longo da carreira médica, nomeadamente viés de género, discriminação e assédio sexual (11). Apesar de haver uma preocupação internacional em perceber e combater estas diferenças, em Portugal são ainda escassos os estudos que analisam as desigualdades de género na profissão médica e, principalmente, nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas. Assim sendo, a presente dissertação pretende colmatar essa lacuna, investigando a disparidade de género na área cirúrgica em Portugal, com recurso a uma metodologia de cariz quantitativo. Para tal foram analisados dados do período temporal entre 2010 e 2023, com o objetivo de compreender se e como existe sub-representação da mulher e, posteriormente, interpretar, recorrendo à literatura existente, os desafios da médica cirurgiã e as possíveis estratégias que podem ser implementadas para mitigar estas adversidades.

## **1.1. Enquadramento teórico**

### **1.1.1. Igualdade de género: dos objetivos aos números**

Em 2015, as Nações Unidas iniciaram a Agenda 2030, tendo sido definidos os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) que têm como fundamento a necessidade de alcançar paz e prosperidade para o ser humano e o planeta. O quinto objetivo baseia-se na igualdade de género: alcançar igualdade de género e empoderar todas as mulheres e jovens mulheres. (1)

A igualdade de género, de acordo com o *European Institute for Gender Equality* (EIGE), é a “igualdade de direitos, responsabilidade e oportunidades de mulheres e homens e raparigas e rapazes” (2). Já a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) relata-a como a “igual visibilidade, empoderamento, participação e responsabilidade de mulheres e de homens em todas as esferas da vida pública e da vida privada” (3). Esta é uma problemática de direitos humanos e é fundamental que as sociedades tenham consciência da realidade atual e pretendam alcançar a equidade, através da identificação e análise dos motivos para a sua inexistência, com a criação de possíveis estratégias para a colmatar (18). Por outro lado, o EIGE, define disparidade de género como as “diferenças no acesso das mulheres e dos homens a recursos, estatuto e bem-estar, que geralmente favorecem os homens e, muitas vezes, são institucionalizadas através do direito, da justiça e das normas sociais” (2). É essencial que esta definição seja compreendida para a leitura do presente estudo tendo em conta que se pretende perceber se estas diferenças existem nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas.

De modo a compreender a realidade portuguesa no que diz respeito à igualdade de género, a CIG realiza diversos estudos por indicadores, sendo importante, no âmbito do presente estudo, realçar dois deles: (1) trabalho e emprego, e (2) educação, formação e ciência. No que concerne ao primeiro indicador, em 2020, a taxa de emprego dos 20 aos 64 anos das mulheres em Portugal era de 71,9%, sendo inferior à dos homens, que era de 77,8%. Já ao nível da remuneração salarial, observa-se uma diferença de 14% entre os dois géneros (*gender pay gap*), o que se traduz numa diferença de 149,20€ mensais com prejuízo para as mulheres. É relevante, também, referir que quanto mais qualificadas são as mulheres, menos ganham comparativamente aos homens. Deste modo, compreende-se que a mulher em Portugal recebe menos e tem uma menor taxa de emprego, o que revela a disparidade existente entre os dois géneros. (4)

Em relação à educação, formação e ciência, no Ensino Superior na área de “Saúde e proteção social” existem atualmente mais mulheres que homens, sendo que 76,9% dos

e das estudantes inscritos em 2021 eram mulheres. Já quando se analisa o pessoal docente, observa-se uma grande discrepância: no ensino obrigatório há uma dominância clara de mulheres enquanto docentes, contudo, no ensino superior, constata-se o inverso, 54% homens *vs* 46% mulheres. Verifica-se, também, que os homens estão em maioria (76,2%) nos cargos mais elevados da docência no ensino superior (neste caso, professor catedrático), enquanto a mulher é mais frequentemente leitora ou tem uma carreira de investigação. Assim, observa-se novamente a discrepância entre homens e mulheres. (5)

### **1.1.2. O SNS, a carreira médica e as especialidades**

Para compreender o contexto atual das várias especialidades médicas em Portugal é necessário, primeiro, conhecer o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e as carreiras médicas. Em 1979 foi criado o SNS e, posteriormente, em 1982, este foi considerado autónomo, tanto administrativa como financeiramente. Nesse mesmo ano, apresentou-se o primeiro diploma aplicado à Carreira Médica, em que surgiu a descrição das carreiras de saúde pública, clínica geral e médica hospitalar. (19,20) Atualmente são reconhecidas as mesmas três carreiras médicas, que refletem a diferenciação e qualificação profissionais. Para aceder à carreira médica hospitalar é necessária a habilitação profissional de especialista. Posteriormente, a carreira está estruturada em três categorias: assistente, assistente graduado e chefe de serviço. (21)

A Ordem dos Médicos (OM), no ano 1974, foi reconhecida pelo Governo como a “entidade disciplinadora do exercício da profissão médica”, passando a praticar a sua atividade de forma independente (22). Deste modo, cabe à OM regulamentar e reconhecer a individualização das especialidades profissionais. (23)

Em suma, compreende-se que os médicos e as médicas especialistas encontram-se categorizados por diferentes especialidades dependendo do internato médico efetuado. Em Portugal, após o mestrado integrado em Medicina, os médicos e médicas iniciam o período de formação generalizada (duração de 1 ano), seguido de um processo de formação médica especializada, com duração entre 4 a 6 anos. Após o seu término, o ou a profissional é oficialmente especialista, fazendo parte da carreira médica hospitalar. (21,24) A OM tem descritas 51 especialidades profissionais e é fundamental entender que, apesar de não ser uma classificação regulamentada, as diferentes Unidades Locais de Saúde (ULS), dividem-nas, comumente, por serviços clínicos, sendo alguns destes: departamento de psiquiatria e saúde mental, saúde da criança, saúde da mulher, serviços médicos, serviços cirúrgicos, entre outros (25).

## 2. Objetivos

O principal objetivo do presente trabalho é compreender qual o contexto português no que concerne à distribuição de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas, com o intuito de:

1. Analisar a paridade de género, entre 2010 e 2023, nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal;
2. Conhecer e analisar a evolução da distribuição de género nas especialidades elencadas de 2010 a 2023;
3. Perceber as semelhanças e diferenças entre Portugal e os restantes países na temática abordada;
4. Compreender quais os principais desafios da mulher enquanto médica cirurgiã;
5. Identificar estratégias que diminuam a disparidade entre géneros na Medicina.

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

### 3. Materiais e Metodologia

De modo a dar resposta aos dois primeiros objetivos e para permitir uma análise mais sistemática dos dados recolhidos, as especialidades analisadas foram divididas em dois grandes grupos de acordo com o serviço clínico em que normalmente se inserem: especialidades cirúrgicas e especialidades médico-cirúrgicas. Deste modo, segue na tabela I a divisão das 14 especialidades estudadas.

Tabela I. Divisão das especialidades em estudo em cirúrgicas e médico-cirúrgicas.

<b>Grupo 1: Especialidade cirúrgicas</b>	<b>Grupo 2: Especialidades médico-cirúrgicas</b>
Angiologia e cirurgia vascular	Dermatovenereologia
Cirurgia cardiotorácica	Estomatologia
Cirurgia geral	Ginecologia e obstetrícia (GO)
Cirurgia maxilo-facial	Oftalmologia
Cirurgia pediátrica	Ortopedia
Cirurgia plástica reconstrutiva e estética	Otorrinolaringologia (ORL)
Neurocirurgia	Urologia

Foram recolhidas as informações relativas ao número de especialistas do sexo feminino e masculino das diferentes especialidades supramencionadas em Portugal. Para tal, foi realizada uma recolha e análise dos dados quantitativos disponíveis publicamente na plataforma digital da Ordem dos Médicos (OM), referentes ao número de médicos e médicas inscritos na OM, por especialidade e faixa etária. Os dados recolhidos referem-se aos anos entre 2010 e 2023 das especialidades indicadas na tabela I. É relevante referir que a especialidade de cirurgia cardiotorácica encontra-se atualmente dividida em cirurgia torácica e cirurgia cardíaca, contudo, sendo esta divisão recente (aprovada em Diário da República no ano 2010) e tendo em conta que a duração do internato é de cinco a seis anos, respetivamente, só há dados desagregados das duas especialidades a partir de 2018. Deste modo, decidiu-se optar pelo estudo da especialidade de cirurgia cardiotorácica, tendo em conta que existem dados da evolução da especialidade ao longo do período de tempo que o presente estudo analisa.

O ano 2010 foi escolhido tendo em conta que se tratava do marco estabelecido pela Comissão Europeia para a finalização do estabelecimento do Espaço Europeu de Ensino Superior por via da transição para o modelo de Bolonha, que em Portugal se iniciou em 2005 (26). Para além deste motivo, considera-se também que o intervalo de 2010 a 2023 oferece uma janela temporal de 13 anos, suficiente para identificar tendências, mudanças e progressos, tendo em conta que se foca em dados recentes, o que assegura que as conclusões sejam relevantes para o contexto atual.

Por conseguinte, os dados foram armazenados e transferidos para o formato *Microsoft Excel*, de modo a serem organizados de acordo com os objetivos da presente

dissertação. Posteriormente, foi realizada a análise dos dados com recurso ao programa SPSS versão 30.0.0.0 (172), com o objetivo de proceder a testes de correlação.

De modo a dar resposta aos 3 últimos objetivos da presente dissertação, foi realizada uma pesquisa abrangente da literatura, dos últimos 5 anos, nas plataformas *PubMed* ®, *Google Scholar* ® e *B-on* ®, através da utilização da seguinte equação: ("*Surgical Specialt\**") AND ("*Gender Equit\**" OR "*Gender Inequalit\**" OR "*Gender Inequit\**" OR "*Gender Equalit\**" OR "*Gender Disparit\**").

Desta pesquisa obtiveram-se 101 resultados, dos quais foram selecionados 56 de acordo com a sua pertinência, tendo sido escolhidos, inicialmente, estudos quantitativos com objetivos semelhantes ao presente estudo. Posteriormente foram também recolhidos artigos para melhor contextualizar a igualdade de género a nível global e a realidade cirúrgica em Portugal.

Importante apenas ressaltar que é essencial compreender as diferenças entre as designações sexo biológico e género, na medida em que estes conceitos permitem perceber as complexas interações entre características biológicas e construções sociais que moldam a identidade humana. O sexo biológico é o atribuído à nascença, com base nas características genéticas, anatómicas e fisiológicas (neste caso, sexo feminino e masculino). Esta designação é do domínio da biologia. Por outro lado, a identidade de género ou, simplificando, o género, é um conceito social e do domínio da cultura, que está relacionado com o papel socialmente contruído associado ao homem/mulher. Deste modo, ter consciência da distinção destas designações é essencial para estudar as desigualdades de género, tendo em conta que é em torno do sexo e género que surgem diversas discussões teóricas e concetuais, nomeadamente o género e a biologia. Esta dicotomia converge teorias que argumentam que os comportamentos do homem e da mulher são produto das diferenças, determinações e predisposições físicas, biológicas e psicológicas. (27) Em suma, tendo em conta que os dados recolhidos utilizavam o sexo biológico em vez do género, e que a literatura analisada, nomeadamente os estudos de investigação, não eram coerentes no uso da nomenclatura, o único método possível, na escrita da presente dissertação, foi a utilização dos conceitos como sinónimos.

## 4. Resultados

Para uma melhor compreensão dos dados que se seguem, encontra-se, em apêndice a contabilização do número de médicas cirurgiãs inscritas na OM portuguesa durante o período decorrente entre 2010 e 2023, e a comparação, respetivamente, com o total de cirurgiões das mesmas. Foi com base nesta tabela que se elaboraram as tabelas e figuras que observam de seguida.

- Resultado 1: Aumento da percentagem de médicas especialistas inscritas na OM Portuguesa entre 2010 e 2023.

Ao analisar de forma geral o número de médicos e médicas inscritos na OM, desde 2010 até 2023, observou-se um aumento da percentagem representativa deste último grupo (figura I). Em 2010, 48,9% dos médicos especialistas eram do sexo feminino. Passado 2 anos, em 2012, constata-se que já se tinha atingido a paridade de género, com 52,4% dos médicos a serem mulheres. A evolução, observada na figura I, revela um retrocesso pontual com uma diminuição no número de médicas especialistas em 2014, contudo, a partir desse ano, observa-se, uma evolução sempre crescente na percentagem de médicas especialistas, atingindo, em 2023, 56,4%. (tabela II)

Tabela II. Dados quantitativos gerais dos médicos especialistas inscritos na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

Ano	Médicas especialistas (N)	Médicos e médicas especialistas (N)	Médicas especialistas (%)
2010	22491	46008	48,9%
2012	24552	46859	52,4%
2014	26980	52378	51,5%
2016	29852	56609	52,7%
2018	32609	60602	53,8%
2020	35427	64638	54,8%
2023	39958	70841	56,4%

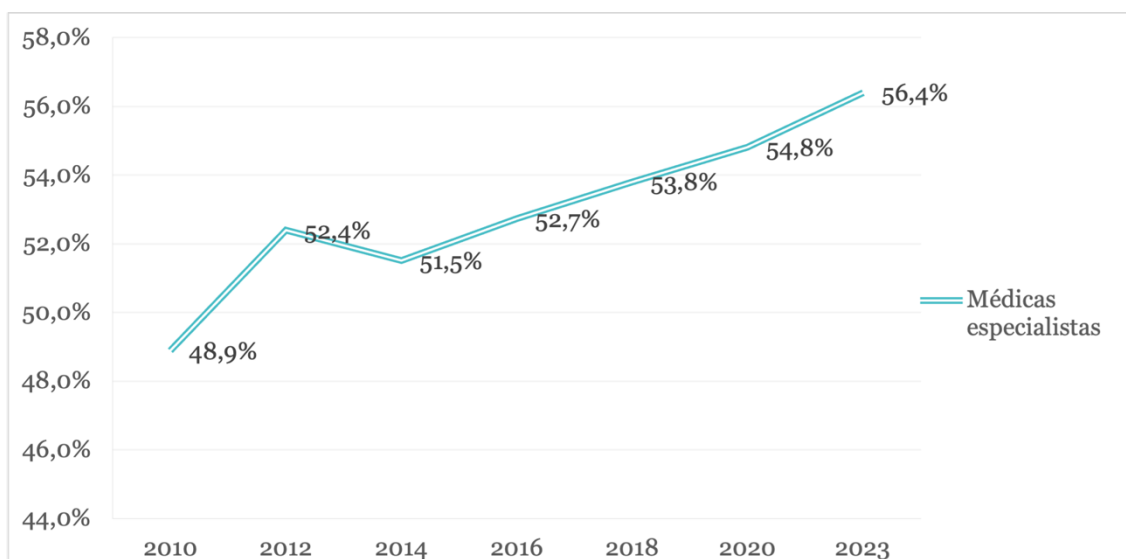


Figura I. Evolução da percentagem de médicas especialistas inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

- Resultado 2: Decréscimo, em ambos os géneros, da percentagem de médicos e médicas especialistas em áreas cirúrgicas, entre 2010 e 2023, apesar do aumento no número total de especialistas.

Ao observar o número total de médicos e médicas especialistas de ambos os géneros das 14 especialidades analisadas verifica-se que houve um aumento entre 2010 e 2023, sendo que em 2010 apenas 7655 dos médicos e das médicas especialistas eram da área cirúrgica, já em 2023 verificou-se que este número subiu para 9847. Contudo, ao observar a proporção, em 2010, 16,64% eram especialistas da área cirúrgica, número que, em 2012, sofreu um aumento (17,11%), mas, posteriormente, observou-se um decaimento na percentagem, alcançando, em 2023, 13,90% (figura IV). Em suma, compreende-se que esta discrepância entre o número e a percentagem se deve a um aumento superior do número de médicos e médicas das especialidades não cirúrgicas, verificando-se que, apesar do número total de cirurgiões estar a aumentar, não acompanha o aumento, tendencialmente superior, dos especialistas das restantes especialidades não cirúrgicas.

Tabela III. Dados quantitativos dos médicos e médicas especialistas da área cirúrgica inscritos na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

Ano	Médicos/médicas especialistas da área cirúrgica (N)	Médicos/médicas especialistas (N)	Médicos/médicas especialistas da área cirúrgica (%)
2010	7655	46008	16,6%
2012	8018	46859	17,1%
2014	8334	52378	15,9%
2016	8635	56609	15,3%
2018	8997	60602	14,8%
2020	9370	64638	14,5%
2023	9847	70841	13,9%

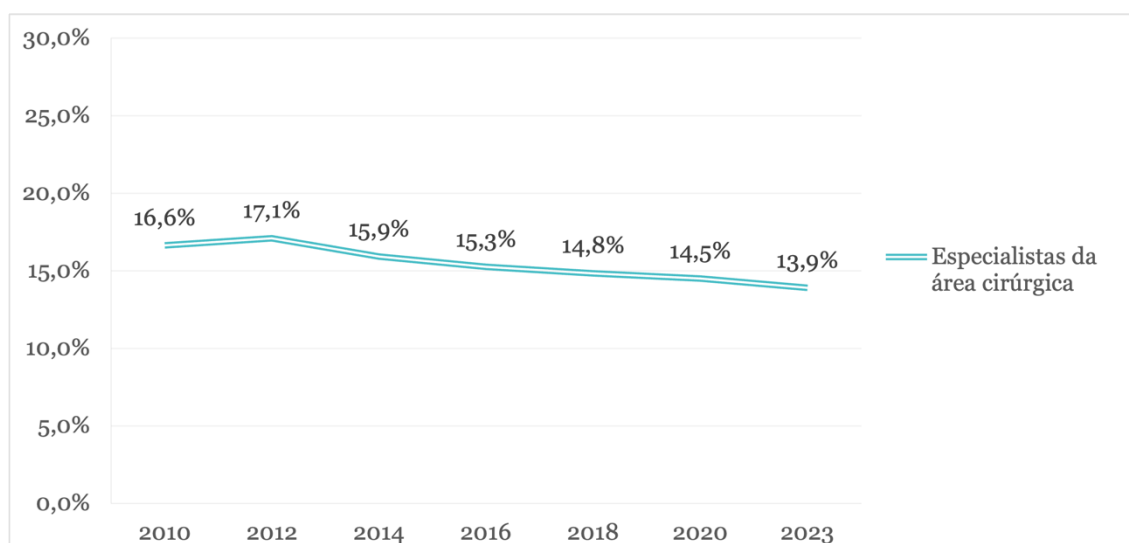


Figura II. Evolução da percentagem de médicos e médicas especialistas da área cirúrgica inscritos na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

- Resultado 3: Decréscimo na percentagem de médicas cirurgiãs especialistas, entre 2010 e 2023, apesar da evolução positiva no número, tendo como grupo de estudo as médicas especialistas.

Tendo como grupo de estudo as médicas especialistas, verifica-se que as médicas cirurgiãs encontram-se muito sub-representadas, sendo que, em 2010, apenas 9,57% das especialistas eram cirurgiãs. Seguindo para o ano 2012, verifica-se um pequeno aumento de médicas cirurgiãs (9,68%), contudo, observando a evolução, constata-se que a percentagem tem vindo a diminuir, sendo que, em 2023, apenas 9,07% das médicas especialistas eram cirurgiãs (tabela IV e figura III).

Apesar da proporção decrescente, se for analisado o número total de médicas cirurgiãs, verifica-se que este está tendencialmente em crescimento (figura IV). Contudo, o aumento no número total de médicas especialistas é ainda maior, o que revela que,

apesar do aumento do número de médicas cirurgiãs, a maioria das mulheres continua a optar por especialidade clínicas.

Tabela IV. Dados quantitativos das médicas especialistas do sexo feminino inscritas na OM portuguesas, entre 2010 e 2023.

Ano	Médicas cirurgiãs especialistas (N)	Médicas especialistas (N)	Médicas cirurgiãs especialistas (%)
2010	2152	22491	9,57%
2012	2377	24552	9,68%
2014	2574	26980	9,54%
2016	2790	29852	9,35%
2018	3019	32609	9,26%
2020	3248	35427	9,17%
2023	3623	39958	9,07%

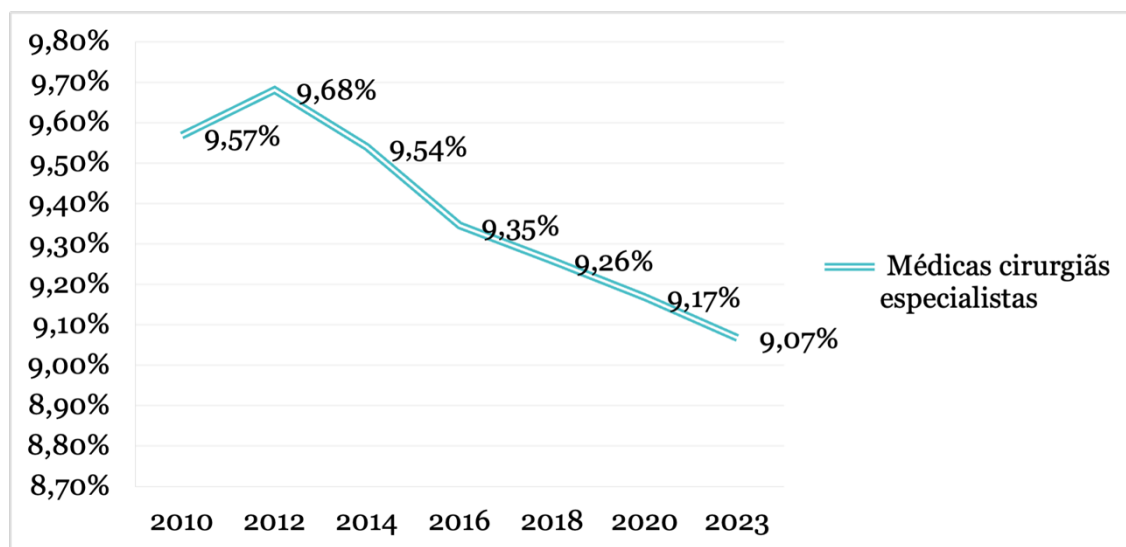


Figura IV. Evolução da percentagem de médicas especialistas na área cirúrgica inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

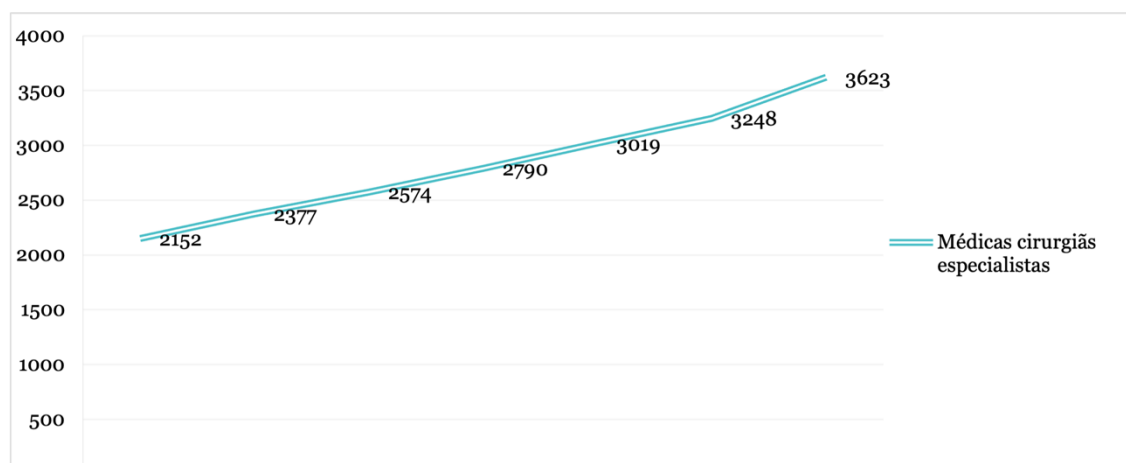


Figura III. Evolução do número de médicas especialistas na área cirúrgica inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

- Resultado 4: Evolução positiva na percentagem de médicas cirurgiãs especialistas, entre 2010 e 2023, tendo como grupo de estudo os médicos e médicas cirurgiões especialistas.

Ao analisar como grupo de estudo os médicos e médicas cirurgiões, verifica-se uma evolução positiva na percentagem representativa do sexo feminino, estando cada vez mais próxima da paridade (figura V). De notar que, em 2010, cerca de 28,1% dos médicos e médicas cirurgiões eram do sexo feminino, sendo que, ao longo dos anos analisados, observa-se uma subida de quase 10%, (8,7%), na medida em que 36,8% dos cirurgiões, em 2023, eram do sexo feminino (tabela V). Esta realidade demonstra que, apesar do aumento total no número de médicos cirurgiões de ambos os géneros, a percentagem de médicos cirurgiões do sexo masculino diminuiu de 71,9%, em 2010, para 63,2% em 2023 (figura V).

Tabela V. Dados, em número e percentagem, das médicas cirurgiãs e médicos cirurgiões especialistas inscritos na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

<b>Ano</b>	<b>Médicas cirurgiãs especialistas N (%)</b>	<b>Médicos cirurgiões especialistas N (%)</b>
2010	2152 (28,1%)	5503 (71,9%)
2012	2377 (29,6%)	5641 (70,4%)
2014	2574 (30,9%)	5760 (69,1%)
2016	2790 (32,3%)	5845 (67,7%)
2018	3019 (33,6%)	5978 (66,4%)
2020	3248 (34,7%)	6122 (65,3%)
2023	3623 (36,8%)	6224 (63,2%)

## A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

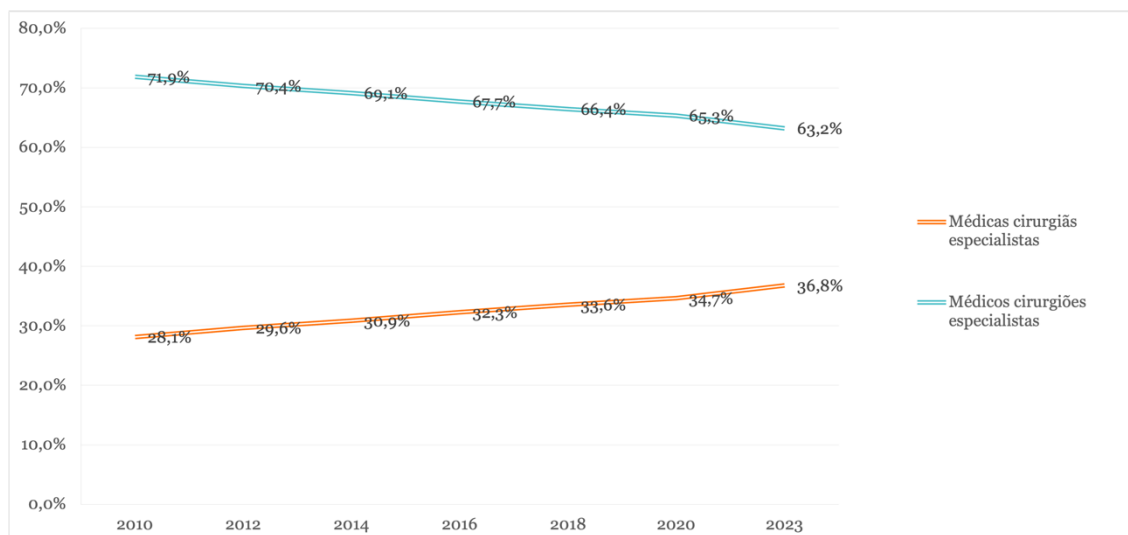


Figura V. Evolução da percentagem de médicas cirurgiãs e médicos cirurgiões especialistas inscritos na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

### 4.1. Especialidades cirúrgicas

- Resultado 5: Análise do número de médicas cirurgiãs do grupo 1 (especialidades cirúrgicas) no decorrer do período analisado

Ao analisar a tabela VI, observa-se que, em 2010, no que concerne ao número total de médicos e médicas, a especialidade cirúrgica com maior número de médicas é a Cirurgia Geral (323), seguida da Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética (52), Cirurgia Pediátrica (39), Angiologia e Cirurgia Vasculuar (22), Neurocirurgia (19), Cirurgia Maxilo-facial (19) e, com um menor número de médicas, Cirurgia Cardiorácica (13). No ano 2023, de acordo com a tabela VII, existiu um aumento no número total de médicas cirurgiãs e ambas as especialidades com maior e menor número de médicos mantiveram-se (cirurgia geral e cirurgia cardiorácica, respetivamente) (figura VI).

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

Tabela VI. Dados quantitativos das médicas especialistas do grupo 1, inscritas na OM portuguesa, referentes ao ano 2010.

<b>Especialidades cirúrgicas</b>	<b>Médicas 2010 (N)</b>	<b>Total 2010 (N)</b>	<b>S Feminino 2010 (%)</b>	
Cirurgia Geral	323	1510	21,4%	
Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética	52	206	25,2%	
Neurocirurgia	19	173	11,0%	
Angiologia e Cirurgia Vasculuar	22	149	14,8%	
Cirurgia Pediátrica	39	107	36,4%	
Cirurgia Cardiorácica	9	111	8,1%	
Cirurgia Maxilo-Facial	13	90	14,4%	
<b>TOTAL</b>	<b>477</b>	<b>2346</b>	-	<b>20,3%</b>

Tabela VII. Dados quantitativos das médicas especialistas do grupo 1, inscritas na OM portuguesa, referentes ao ano 2023.

<b>Especialidades cirúrgicas</b>	<b>Médicas 2023 (N)</b>	<b>Total 2023 (N)</b>	<b>S Feminino 2023 (%)</b>	
Cirurgia Geral	629	1887	33,3%	
Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética	90	301	29,9%	
Neurocirurgia	49	259	18,9%	
Angiologia e Cirurgia Vasculuar	55	231	23,8%	
Cirurgia Pediátrica	74	148	50,0%	
Cirurgia Cardiorácica	16	141	11,3%	
Cirurgia Maxilo-Facial	32	131	24,4%	
<b>TOTAL</b>	<b>945</b>	<b>3098</b>	-	<b>30,5%</b>

## A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

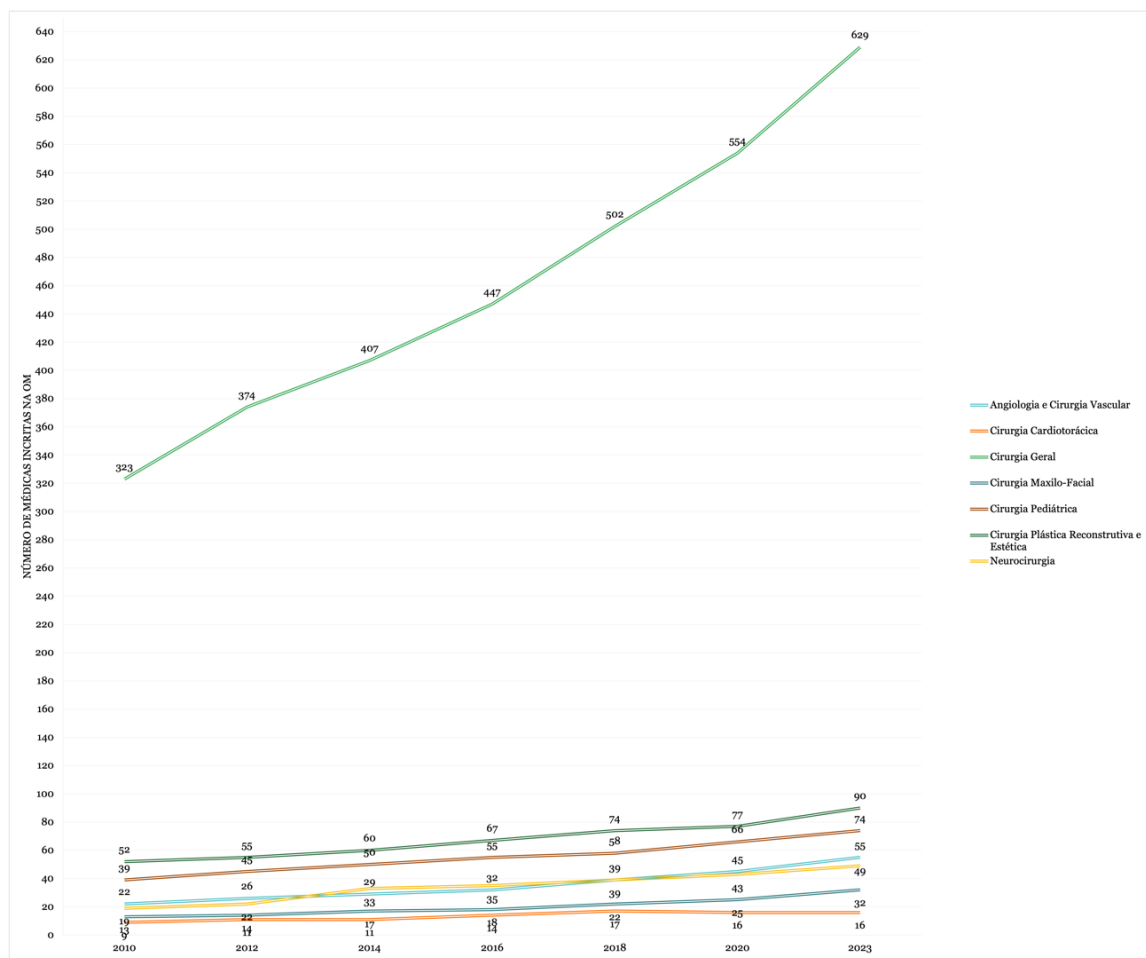


Figura VI. Evolução do número de médicas especialistas do grupo 1 inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

- **Resultado 6: Análise da proporção de médicas cirurgiãs do grupo 1 (especialidades cirúrgicas) no decorrer do período analisado**

Ao focar na proporção de médicas cirurgiãs (figura VII), observa-se que apenas 20,3% dos especialistas das especialidades do grupo 1 eram do sexo feminino. Já a Cirurgia Pediátrica era a especialidade que apresentava a percentagem mais elevada de médicos do sexo feminino (36,45%), enquanto a Cirurgia Cardiorácica se encontrava no extremo oposto (8,11%). Não obstante, em 2023, observou-se um aumento da proporção de médicas cirurgiãs, atingindo 30,5%. Ao analisar a representatividade da mulher em cada especialidade, observa-se que a Cirurgia Pediátrica continuou a ser a que apresenta uma maior proporção de médicas (50%), atingindo paridade, seguida pela Cirurgia Geral (33,33%), Cirurgia Plástica Reconstrutiva e Estética (29,9%), Cirurgia Maxilo-facial (24,43%), Angiologia e Cirurgia Vascul (23,81%), Neurocirurgia (18,92%) e Cirurgia Cardiorácica (11,35%).

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

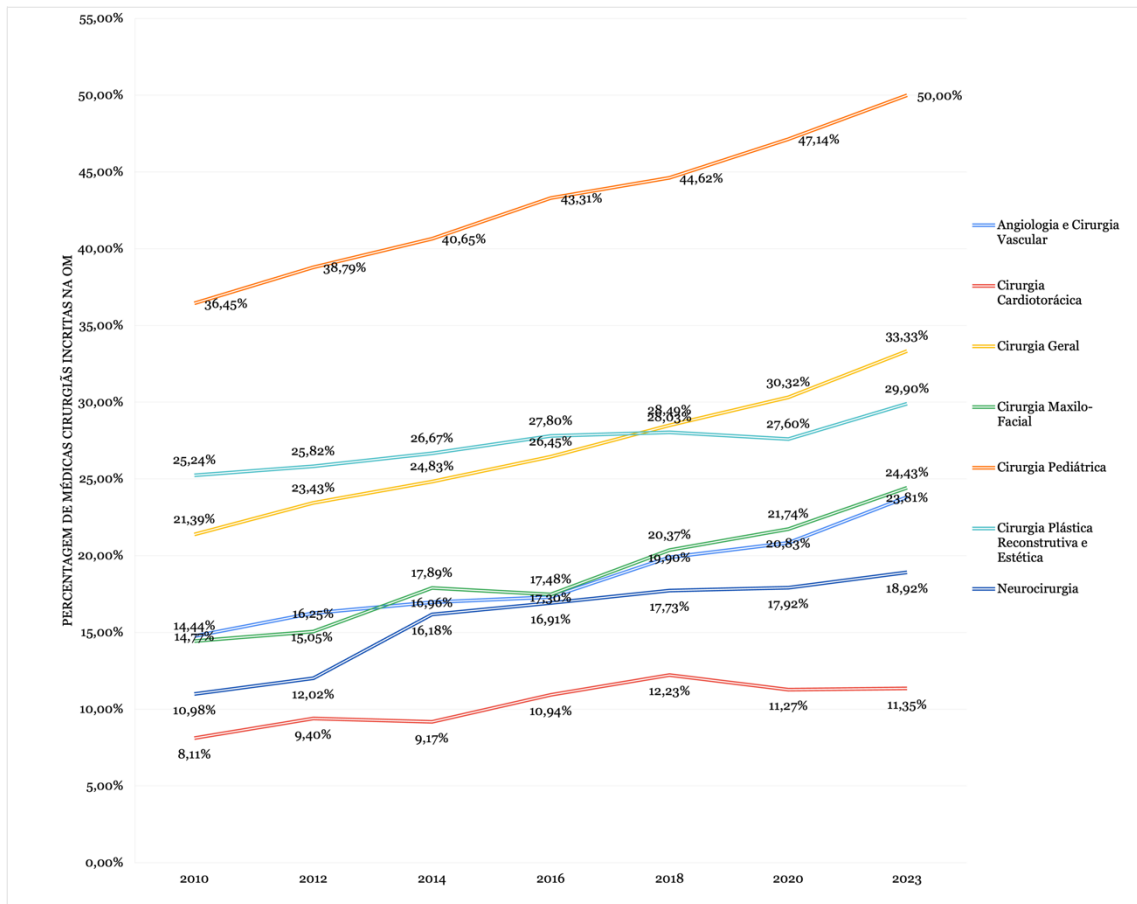


Figura VII. Evolução da percentagem de médicas especialistas do grupo 1 inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

Em suma, ao comparar os anos de 2010 e 2023, constata-se que as especialidades com maior e menor proporção de médicas cirurgiãs se mantêm (Cirurgia Pediátrica e Cardiorádica, respetivamente) mas com um aumento na proporção de médicas do sexo feminino em ambas: neste caso, a Cirurgia Pediátrica subiu de 36,45% para 50%, um crescimento de 13,55%, enquanto a Cirurgia Cardiorádica apresentou um crescimento mais modesto, de apenas 3,24% (passando assim de um total de aproximadamente 8% para 11%). Por conseguinte, é possível, referir que existiu uma evolução positiva no sentido da paridade de género em todas as especialidades cirúrgicas, tendo em conta que existiu um aumento na percentagem de profissionais do sexo feminino. A seguir à Cirurgia Pediátrica, a especialidade com uma evolução mais exponencial, entre 2010 e 2023, foi a Cirurgia Geral (11,94%), seguida da Cirurgia Maxilo-facial (9,98%), Angiologia e Cirurgia Vasculária (9,04%), Neurocirurgia (7,94%), Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética (4,66%) e, por fim, como já referido, a Cirurgia Cardiorádica (3,24%) (tabela VIII e figura VIII).

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

Tabela VIII. Crescimento, de 2 em 2 anos, da percentagem de médicas cirurgiãs do grupo 1 inscritas na OM portuguesa.

Especialidades cirúrgicas	Crescimento 2010-2014 (%)	Crescimento 2014-2018 (%)	Crescimento 2018-2023 (%)	Crescimento total (%)
Angiologia e Cirurgia Vascular	2,19%	2,94%	3,91%	9,04%
Cirurgia Cardiorácica	1,06%	3,06%	-0,88%	3,24%
Cirurgia Geral	3,44%	3,66%	4,84%	11,94%
Cirurgia Maxilo-Facial	3,45%	2,48%	4,06%	9,98%
Cirurgia Pediátrica	4,20%	3,96%	5,38%	13,55%
Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética	1,42%	1,36%	1,87%	4,66%
Neurocirurgia	5,19%	1,55%	1,19%	7,94%

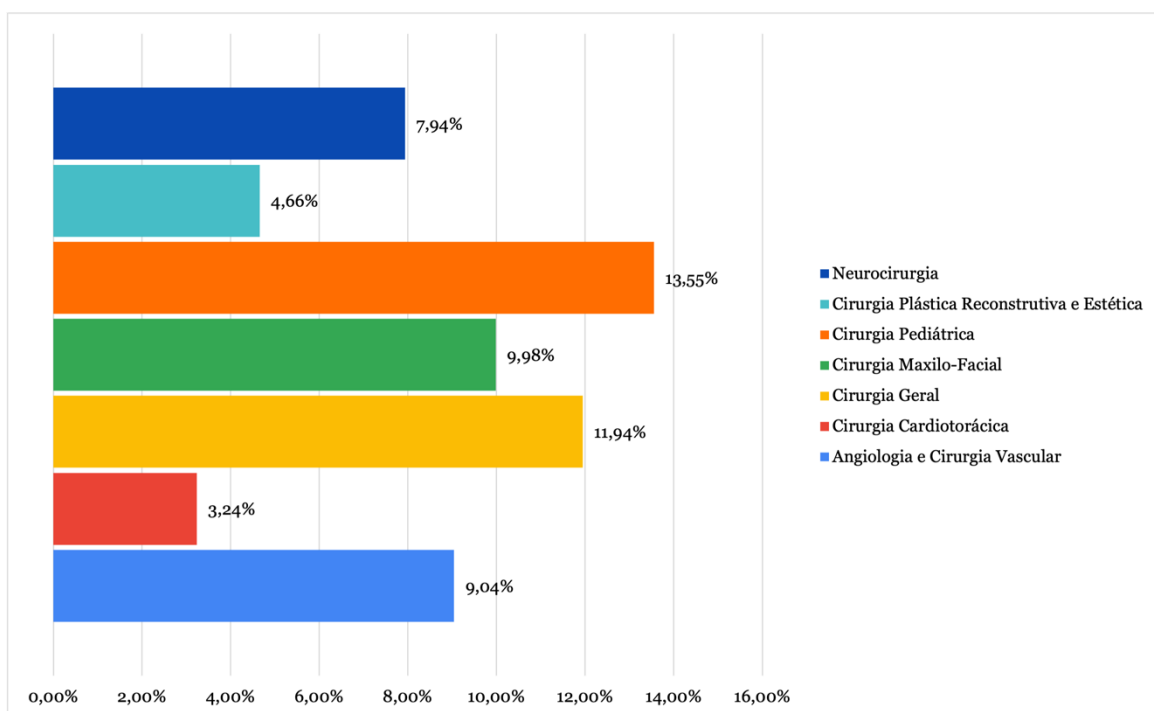


Figura VIII Crescimento total, entre 2010 e 2023, da percentagem de médicas cirurgiãs do grupo 1 inscritas na OM portuguesa.

Através dos dados recolhidos, conseguimos compreender que, se em 2010 não houve paridade de sexo em nenhuma das especialidades analisadas, em 2023, esta foi atingida em apenas uma das especialidades: a Cirurgia Pediátrica. Das restantes, nenhuma apresentou mais de 35% de representatividade de mulheres (figura VII). Contudo, podemos verificar que, comparando 2010 e 2023, houve, em todas as especialidades, um aumento da proporção de profissionais do sexo feminino (figura VIII).

## 4.2. Especialidades médico-cirúrgicas

- Resultado 7: Análise do número de médicas cirurgiãs do grupo 2 (especialidades médico-cirúrgicas) no decorrer do período analisado

No ano 2010, o número total de médicas do sexo feminino inscritas na OM nas especialidades médico-cirúrgicas era 1675 (tabela IX). Ao observarmos os dados recolhidos, compreende-se que a especialidade com o maior número total de médicas inscritas é Ginecologia e obstetrícia (GO) (885), seguida de Oftalmologia (283), Dermatoveneorologia (158), Estomatologia (149), Otorrinolaringologia (ORL) (124), Ortopedia (70), e Urologia (6). Em 2023 (tabela X), verifica-se o aumento do número total de médicos em todas as especialidades, exceto em estomatologia em que houve uma diminuição comparativamente com 2010 (584 e 672, respetivamente). A especialidade de GO mantém-se com o maior número total de médicos (1910), assim como a Urologia apresenta, novamente, o menor número de médicos inscritos (253). (figura IX)

Tabela IX. Dados quantitativos das médicas especialistas do grupo 2, inscritas na OM portuguesa, referentes ao ano 2010.

<b>Especialidades médico-cirúrgicas</b>	<b>Médicas 2010 (N)</b>	<b>Total 2010 (N)</b>	<b>S Feminino 2010 (%)</b>	
Otorrinolaringologia	124	570	21,8%	
Ginecologia e obstetrícia	885	1518	58,3%	
Dermatoveneorologia	158	322	49,1%	
Estomatologia	149	672	22,2%	
Oftalmologia	283	890	31,8%	
Ortopedia	70	984	7,1%	
Urologia	6	353	1,7%	
<b>TOTAL</b>	<b>1675</b>	<b>5309</b>	-	<b>31,6%</b>

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

Tabela X. Dados quantitativos das médicas especialistas do grupo 2, inscritas na OM portuguesa, referentes ao ano 2023.

<b>Especialidades médico-cirúrgicas</b>	<b>Médicas 2023 (N)</b>	<b>Total 2023 (N)</b>	<b>S Feminino 2023 (%)</b>	
Otorrinolaringologia	257	748	34,4%	
Ginecologia e obstetrícia	1299	1910	68,0%	
Dermatoveneorologia	258	450	57,3%	
Estomatologia	173	584	29,6%	
Oftalmologia	459	1176	39,0%	
Ortopedia	195	1406	13,9%	
Urologia	37	475	7,8%	
<b>TOTAL</b>	<b>2678</b>	<b>6749</b>	-	<b>39,7%</b>

- Resultado 8: Análise da percentagem de médicas cirurgiãs do grupo 2 (especialidades médico-cirúrgicas) no decorrer do período analisado

No que toca à percentagem de médicas cirurgiãs, em 2010 (tabela IX) verificou-se que estas representavam na totalidade 31,6% dos médicos e médicas destas especialidades. A Urologia era a especialidade mais sub-representada (1,7%), seguida da Ortopedia (7,1%), ORL (21,75%), Estomatologia (22,17%), Oftalmologia (31,8%), Dermatovenereologia (49%) e, por fim, a mais representada, GO (58,3%). Não obstante, em 2023 (tabela X), observa-se um aumento na percentagem total de médicas (39,7%) e é novamente em GO que se observa uma maior representatividade feminina, sendo que 68% dos e das ginecologistas e obstetras são do sexo feminino, seguida pelas seguintes especialidades: Dermatoveneorologia (57,33%), Oftalmologia (39,03%), ORL (34,36%), Estomatologia (29,62%), Ortopedia (13,87%) e, por fim, é em Urologia que se verifica uma menor percentagem de médicas (7,79%). (figura X)

## A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

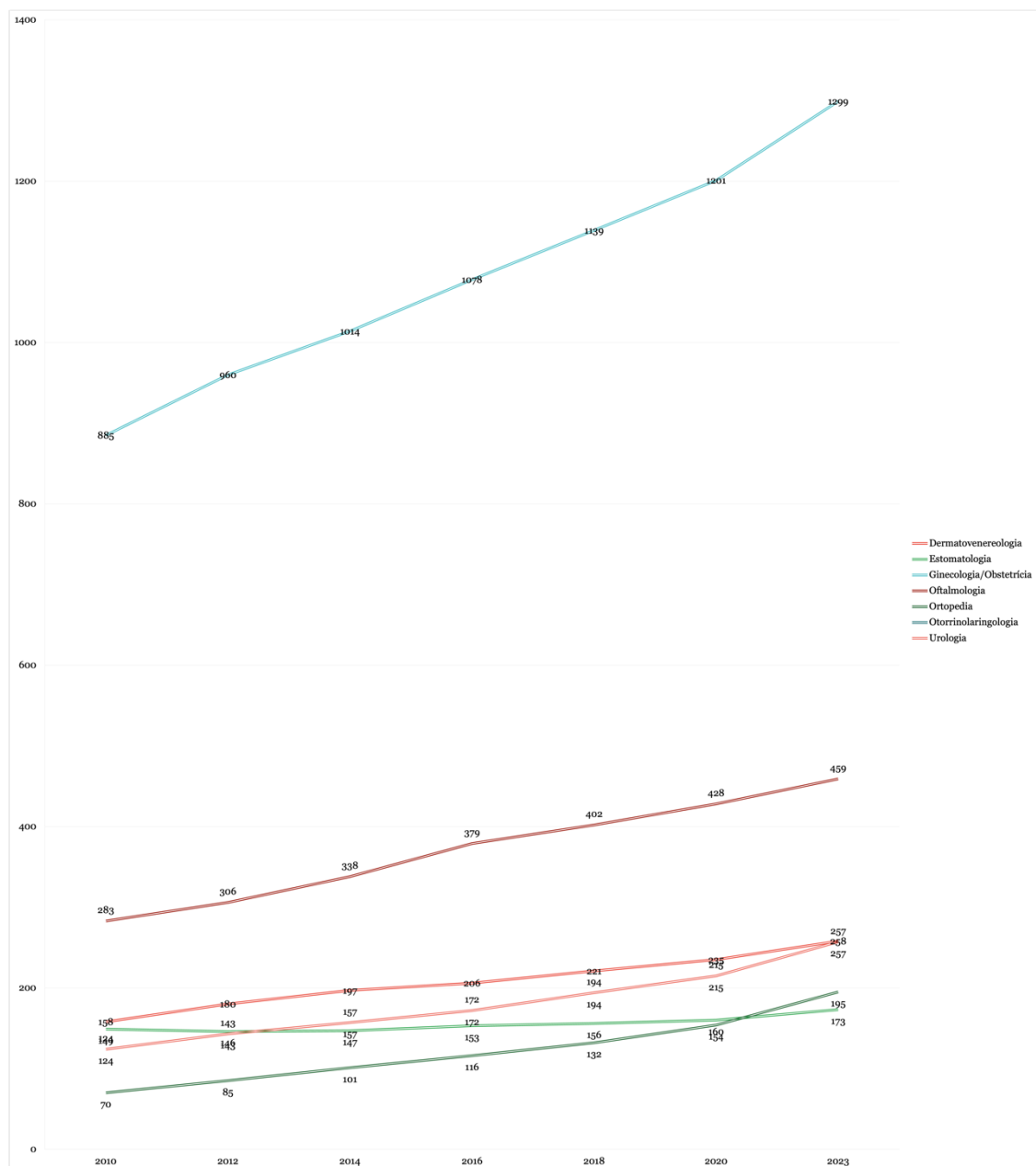


Figura IX. Evolução do número de médicas especialistas do grupo 2 inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

Em suma, verifica-se que, em 2010, apenas uma das especialidades supramencionadas tinha atingido paridade, a referir, GO, apesar da Dermatoveneorologia se encontrar muito perto da mesma, na medida em que tinha 49,07% médicas cirurgiãs inscritas no mesmo ano. Já em 2023, pode-se constatar que, para além de GO, também Dermatoveneorologia atingiu e ultrapassou a igualdade de género. Todavia, é fundamental evidenciar que, em todas as especialidades médico-cirúrgicas, observa-se um aumento do número de médicas especialistas. (figura X)

## A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

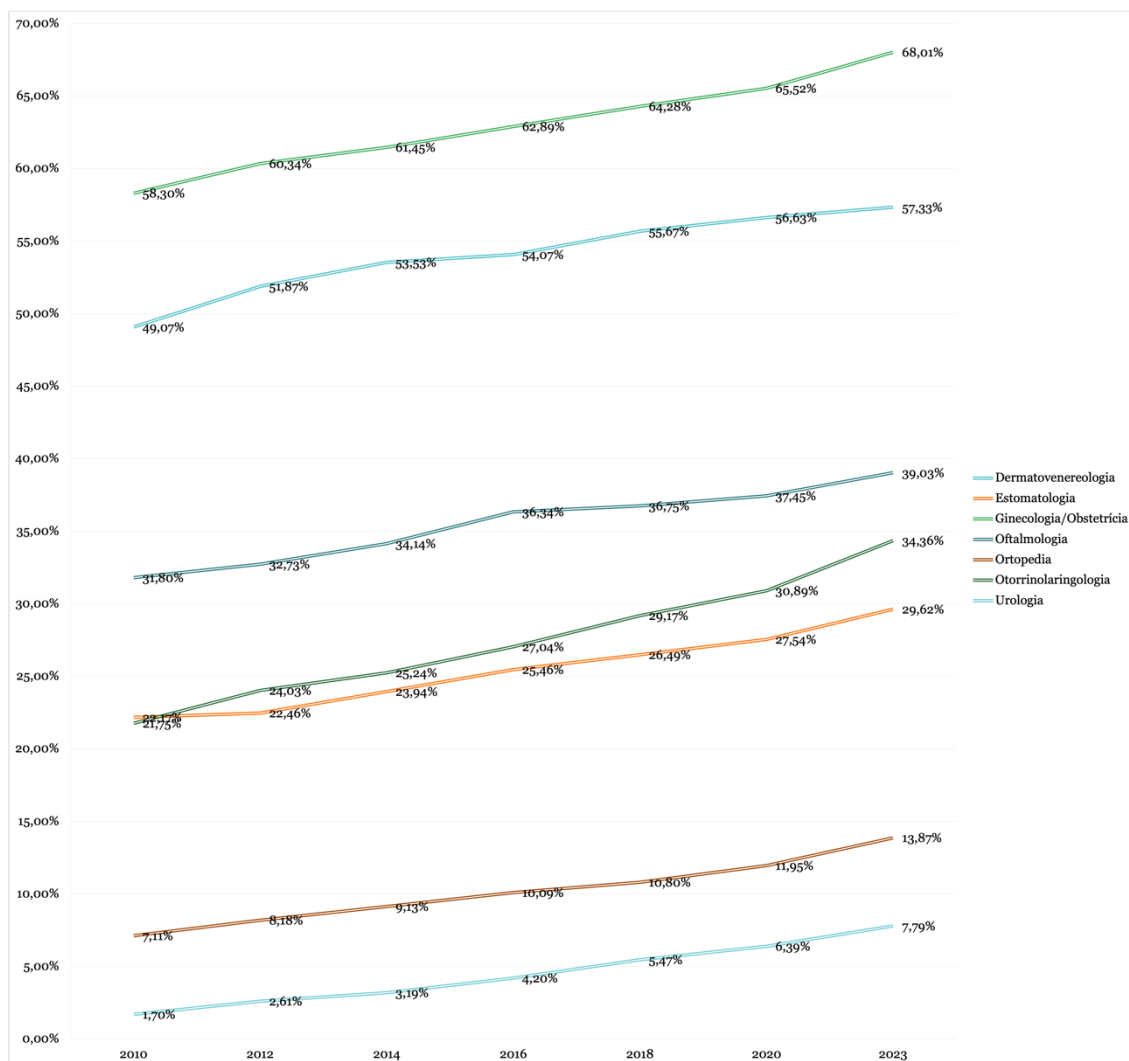


Figura X. Evolução da percentagem de médicas especialistas do grupo 2 inscritas na OM portuguesa, entre 2010 e 2023.

Ao analisar o crescimento do número de mulheres especialistas de 2010 para 2023 (tabela XI, figura XII), constata-se que a especialidade de ORL foi a que apresentou maior evolução na representatividade feminina (12,6%), seguida de GO (9,71%), Dermatovenereologia (8,27%), Estomatologia (7,45%), Oftalmologia (7,23%) e Ortopedia (6,76%). O menor aumento do número de médicas encontra-se na especialidade de Urologia, em que existiu um crescimento de apenas 6%.

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

Tabela XI. Crescimento, de 2 em 2 anos, da percentagem de médicas cirurgiãs especialistas do grupo 2 inscritas na OM portuguesa.

Especialidades médico-cirúrgicas	Crescimento 2010-2014 (%)	Crescimento 2014-2018 (%)	Crescimento 2018-2023 (%)	Crescimento Total (%)
Dermatovenereologia	4,46%	2,13%	1,67%	8,27%
Estomatologia	1,77%	2,54%	3,14%	7,45%
Ginecologia e obstetrícia	3,15%	2,82%	3,73%	9,71%
Oftalmologia	2,34%	2,60%	2,28%	7,23%
Ortopedia	2,02%	1,67%	3,07%	6,76%
Otorrinolaringologia	3,49%	3,93%	5,19%	12,60%
Urologia	1,49%	2,27%	2,32%	6,09%

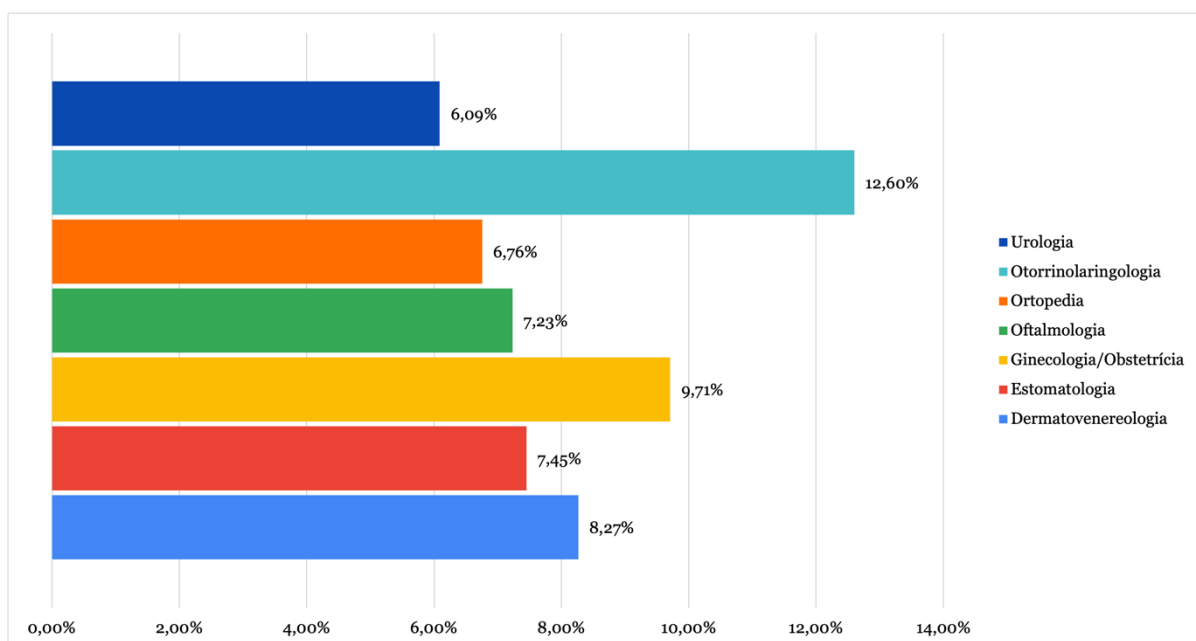


Figura XI. Crescimento total, entre 2010 e 2023, da percentagem de médicas cirurgiãs do grupo 2 inscritas na OM portuguesa.

É necessário evidenciar que, apesar do decréscimo da representatividade feminina na especialidade de Estomatologia, esta manteve o crescimento da percentagem de médicas do sexo feminino. A realçar, também, que a especialidade de Ortopedia, a segunda especialidade das descritas a ter maior número total de médicos, se mantém a segunda especialidade com menor número de médicas especialistas em 2023.

### 4.3. Comparação entre as especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas

Como observado na tabela XIII, em 2010, entre todas as especialidades analisadas, a com maior representatividade da mulher era GO (58,3%), seguida de Dermatovenereologia (49,07%), Cirurgia Pediátrica (36,45%), Oftalmologia (31,8%),

Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética (25,24%), Estomatologia (22,17%), ORL (21,75%), Cirurgia geral (21,39%), Angiologia e Cirurgia Vascular (14,77%), Cirurgia Maxilo-facial (14,44%), Neurocirurgia (10,98%), Cirurgia Cardiorácica (8,11%), Ortopedia (7,11%) e, por fim, a especialidade com menor proporção de médicas cirurgiãs, Urologia (2,37%). Concluindo que, apenas uma especialidade tinha atingido paridade (GO), apesar de Dermatoveneorologia se encontrar muito próxima.

Tabela XII. Dados, referentes a 2010 e 2023, em percentagem, das médicas cirurgiãs das especialidades do grupo 1 e 2 inscritas na OM portuguesa, assim como o crescimento observado entre os anos elencados.

<b>Especialidades</b>	<b>Médicas cirurgiãs 2010 (%)</b>	<b>Médicas cirurgiãs 2023 (%)</b>	<b>Evolução (%)</b>
Ginecologia e Obstetrícia	53,80%	68,01%	9,71%
Dermatoveneorologia	49,07%	57,33%	8,27%
Cirurgia Pediátrica	36,45%	50%	13,55%
Oftalmologia	31,80%	39,03%	7,23%
Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética	25,24%	29,90%	3,24%
Estomatologia	22,17%	29,62%	7,45%
Otorrinolaringologia	21,75%	34,36%	12,60%
Cirurgia Geral	21,39%	33,33%	11,94%
Angiologia e Cirurgia Vascular	14,77%	23,81%	9,04%
Cirurgia Maxilo-facial	14,44%	24,43%	9,98%
Neurocirurgia	10,98%	18,92%	7,94%
Cirurgia Cardiorácica	8,11%	11,35%	3,24%
Ortopedia	7,11%	13,87%	6,76%
Urologia	2,37%	7,79%	5,42%

Ao analisar os mesmos dados em 2023 (tabela XIII), verificamos que a especialidade com maior representatividade da mulher manteve-se a mesma, a referir, GO (68,01%), seguida de Dermatoveneorologia (57,33%), Cirurgia Pediátrica (50%), Oftalmologia (39,03%), ORL (34,36%), Cirurgia Geral (33,33%), Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética (29,90%), Estomatologia (29,62%), Cirurgia Maxilo-facial (24,43%), Angiologia e Cirurgia Vascular (23,81%), Neurocirurgia (18,92%), Ortopedia (13,87%), Cirurgia Cardiorácica (11,35%), e, por fim, a especialidade com menor proporção de médicas cirurgiãs, novamente, Urologia (7,79%).

Deste modo, constata-se uma diferença positiva no que toca a paridade de género, quando comparado com 2010, tendo em conta que são três as especialidades em que se

verifica paridade de género em 2023: GO, Dermatoveneorologia e Cirurgia Pediátrica. Para além deste dado relevante, observa-se também que existiu uma evolução global positiva no sentido da paridade de género, tendo em conta que em todas as especialidades houve um aumento no número de médicas cirurgiãs entre 2010 e 2023.

Ao estudar a evolução de todas as especialidades analisadas (tabela XIV), verifica-se que a Cirurgia Pediátrica foi a especialidade que sofreu uma evolução mais exponencial, na medida em que a proporção de médicas aumentou em 13,55% entre 2010 e 2023. Segue-se ORL (12,6%), Cirurgia Geral (11,94%), Cirurgia Maxilo-facial (9,98%), GO (9,71%), Angiologia e Cirurgia Vascular (9,04%), Dermatoveneorologia (8,27%), Neurocirurgia (7,94%), Estomatologia (7,45%), Oftalmologia (7,23%), Ortopedia (6,76%), Urologia (5,42%), Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética (4,66%) e Cirurgia Cardiorácica (3,24%).

Tabela XIII. Dados referentes ao crescimento entre 2010 e 2023, em percentagem, da médica cirurgiã do grupo 1 e 2 inscrita na OM portuguesa.

<b>Especialidade</b>	<b>Crescimento 2010 – 2023 (%)</b>
Cirurgia Pediátrica	13,55%
Otorrinolaringologia	12,60%
Cirurgia Geral	11,94%
Cirurgia Maxilo-Facial	9,98%
Ginecologia e obstetrícia	9,71%
Angiologia e Cirurgia Vascular	9,04%
Dermatovenereologia	8,27%
Neurocirurgia	7,94%
Estomatologia	7,45%
Oftalmologia	7,23%
Ortopedia	6,76%
Urologia	6,09%
Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética	4,66%
Cirurgia Cardiorácica	3,24%

#### **4.4. Especialidades (ainda) assimétricas**

É de notar, com a análise efetuada, que há especialidades que se encontram em extremos opostos da paridade de género. De um lado, observam-se as mais sub-representadas, como é o caso da Urologia, Ortopedia e Cirurgia Cardiorácica. No outro polo encontramos especialidades sobre-representadas, a evidenciar a GO e a Cirurgia Pediátrica. Outro caso interessante de analisar com maior detalhe é a Estomatologia, tendo sido a única especialidade em que se verificou uma diminuição do número total de médicos e médicas, entre 2010 e 2023. Deste modo, é interessante explorar de forma

mais aprofundada estas especialidades em específico, as quais serão intituladas de especialidades (ainda) assimétricas.

- Correlações

O Coeficiente de Correlação de Pearson aplicado aos dados analisados permite compreender a relação entre o número de médicos e médicas nas diferentes especialidades ao longo dos 13 anos analisados. Assim, a proximidade do coeficiente do valor +1,000 indica que há uma correlação positiva e, portanto, significa que à medida que o número de homens aumenta, o número de mulheres também tende a aumentar. Se coeficiente for -1,000, indica uma correlação negativa perfeita, isto é, quando o número de médicos homens aumenta, o número de médicas mulheres diminui proporcionalmente, e vice-versa.

Tabela XIV. Correlações (r) das especialidades em risco.

Especialidade	Correlação (r)	Tipo de Correlação	Interpretação
<b>Ortopedia</b>	+0,993	Positiva muito forte	Crescimento conjunto quase perfeito; forte inclusão feminina
<b>Cirurgia Cardiorácica</b>	+0,952	Positiva muito forte	Expansão paralela de ambos os sexos
<b>Urologia</b>	+0,940	Positiva muito forte	Crescimento geral com maior entrada feminina
<b>Cirurgia Pediátrica</b>	+0,780	Positiva forte	Mulheres e homens a aumentar em conjunto
<b>Ginecologia e obstetrícia</b>	-0,679	Negativa moderada	Feminização progressiva; diminuição relativa de homens
<b>Estomatologia</b>	-0,838	Negativa forte	Substituição entre sexos; dinâmica excludente

Desta forma, dando enfoque às especialidades de Ortopedia e Cirurgia Cardiorácica, observa-se um coeficiente muito próximo de +1,000, o que indica uma correlação positiva muito forte. Por conseguinte, conclui-se que o número de homens e mulheres estão a crescer paralelamente nestas especialidades ao longo do tempo e não há nenhum indício de substituição entre os dois grupos (isto é, quando um grupo cresce enquanto o outro diminui). Ao analisar individualmente cada uma destas especialidades, em Ortopedia, apesar de ser uma área dominada por homens, a presença de mulheres está a aumentar rapidamente. Já em Cirurgia Cardiorácica, observa-se um cenário mais equilibrado no que toca ao aumento no número de médicos e médicas, mesmo que o número de mulheres ainda seja baixo.

Esta realidade também se verifica em Urologia, em que a correlação também é positiva muito forte, com um crescimento geral com maior entrada feminina, o que indica que apesar de ser historicamente masculina, está a tornar-se mais acessível às mulheres. No que toca à Cirurgia Pediátrica, a correlação também é fortemente positiva, apesar de ser inferior às especialidades supramencionadas ( $r=+0,780$ ).

No polo oposto, encontramos GO e Estomatologia, com valores de coeficiente negativos, em que a correlação é moderadamente negativa para GO, e fortemente negativa para Estomatologia. Esta realidade em GO revela uma feminização crescente acompanhada pela redução proporcional de homens, apontando para uma possível preferência crescente das mulheres pela especialidade, ao passo que os homens se afastam. Em Estomatologia, é indicativa uma dinâmica de substituição direta entre sexos, em que o aumento da representação feminina ocorre simultaneamente com a saída dos profissionais do sexo masculino.

A maioria destas conclusões são bastante positivas no que toca à paridade de género, na medida em que, em especialidades como GO, Ortopedia, Cirurgia Cardiorácica e Urologia observa-se uma evolução no sentido da igualdade de género. Contudo, é necessário compreender o porquê desta evolução não ser constante para todas as especialidades e, também, perceber qual é o ritmo em que se caminha para a paridade, de modo a entender quanto tempo falta para esta ser uma realidade geral. De modo a completar a análise é crucial perceber os motivos pelo qual as especialidades sub-representadas são pouco atrativas para o sexo feminino e, também, que características apresentam para suscitarem um maior interesse por parte do sexo masculino.

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

## 5. Discussão

### 5.1. O panorama internacional da disparidade de género nas especialidades analisadas

São vários os estudos realizados dentro da área da disparidade de género na profissão médica, verificando-se, mundialmente, um esforço para a análise das diferentes especialidades, de forma a compreender em que patamar se encontram no que toca à igualdade de género. Assim, para perceber a realidade portuguesa, é necessário compreender a realidade global, através da análise da literatura existente na área.

Tal como já referido, tem se observado uma mudança no paradigma mundial da igualdade de género na profissão médica, com o aumento do número de mulheres a ingressarem nas escolas médicas e, portanto, com a feminização da carreira médica. Não obstante, apesar deste mesmo aumento se verificar na área da cirurgia, são poucas as especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas que já alcançaram paridade, revelando, assim, que a mulher continua sub-representada. (28–32) É exemplo, o Canadá, em que tradicionalmente a cirurgia era uma área predominantemente masculina, mas na última década a proporção de médicas cirurgiãs nos rankings de cirurgiões canadianos aumentou para 30%, não obstante, continua a não se atingir a paridade de género (33). Já nos Estados Unidos há uma preocupação constante com a análise desta tendência pois verifica-se que as médicas continuam a ser uma minoria nas especialidades cirúrgicas (11,12). Um estudo estadunidense realizado em 2023 evidenciou esta realidade, sendo que, na sua globalidade, existem mais médicas não cirurgiãs do que cirurgiãs (54% e 16,7%, respetivamente) (11). Na Polónia o número total de médicas cirurgiãs em 2020 era de 11,9%, apesar do número de profissionais formadas ser superior ao número de médicos graduados (34).

Um caso interessante é uma análise realizada no Reino Unido em que se verificou que, a cada ano, o número de mulheres a candidatarem-se às escolas médicas aumenta, sendo que, em 2020, cerca 55% dos candidatos eram do sexo feminino. Contudo, menos de 30% continuavam a carreira na área cirúrgica. Constatou-se também que, nas especialidades cirúrgicas, 35% dos médicos internos e 14% dos médicos especialistas são mulheres, enquanto que, nas restantes especialidades, 57% e 37% dos médicos internos e especialistas, respetivamente, são mulheres. (35)

Estes valores sugerem que o problema não é a desigualdade de género nas escolas médicas, mas que esta surge nas especialidades, evidenciando a dificuldade em atrair

estudantes do sexo feminino para as especialidades cirúrgicas (35,36). Apesar do panorama negativo, é necessário ressaltar um ponto positivo nos dados supramencionados, na medida em que a quantidade de mulheres médicas especialistas (tanto cirurgiãs como não cirurgiãs) tem vindo a aumentar ao longo do tempo, apesar deste aumento ser proporcionalmente muito inferior ao aumento da presença feminina em Medicina (7,31,37).

Todos estes dados são coincidentes com os resultados do presente estudo, como observado na tabela II, tendo em conta que, entre 2010 e 2023, observa-se claramente um aumento no número de médicas especialistas, do sexo feminino (49% e 56% de médicas do sexo feminino, em 2010 e 2023, respetivamente) (figura I). Ao observar apenas as especialidades selecionadas, neste caso, as cirúrgicas e médico-cirúrgicas, verifica-se também um crescimento na representação da médica cirurgiã de 2010 (28%) para 2023 (37%), apesar de ainda não se observar paridade.

A problemática da disparidade de género nas especialidades cirúrgicas é assim relevante e deve ser acompanhada, comparando as diferentes especialidades, serviços e países. Para compreender estas tendências é fundamental perceber se existem fatores socioculturais predisponentes para as discrepâncias identificadas. Vários estudos referem inúmeros obstáculos que podem justificar a baixa proporção de mulheres nas especialidades analisadas, nomeadamente o viés de género, os estereótipos associados às especialidades cirúrgicas, a conciliação entre a vida profissional e familiar, o assédio sexual, a falta de confiança e a síndrome de impostor, entre outros. (30,31)

### **5.1.1. Médicas de formação especializada**

Analisando de seguida a disparidade de género entre os médicos e médicas de formação especializada, um estudo que quantificou o número de médicos e médicas em vinte especialidades diferentes, revelou que as cinco especialidades com menor representação do sexo feminino eram todas especialidades cirúrgicas (ORL, Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética, Urologia, Ortopedia e Neurocirurgia) (18). Para além deste estudo, grande parte da literatura evidencia os mesmos resultados, o que demonstra que a disparidade de género na carreira cirúrgica não existe apenas após a formação, mas que eventualmente se inicia no internato médico, quando ocorre a divisão dos médicos recém-formados pelas diferentes especialidades (10,12,13,31,35,38–42). Porém, apesar das especialidades cirúrgicas serem aquelas em que existe maior sub-representação feminina, observa-se, globalmente, uma mudança desta realidade, tendo em conta que já se verificou, em vários países, o seu aumento. A referir, no Canadá, o número de médicas em formação especializada cresceu de 32% para 43%, na última

década (33). Neste mesmo país, um estudo demonstrou que, quando analisada a proporção de médicos em formação nas especialidades cirúrgicas, a especialidade de Cirurgia Geral já atingiu paridade, com 53% dos formandos do sexo feminino (33). Já em França, constatou-se que 55,6% das candidaturas às especialidades cirúrgicas em 2022 eram de médicos do sexo feminino (28). Também na Alemanha, Reino Unido e Estados Unidos verificou-se um aumento no número de médicas no acesso à especialização (12,30,35).

Estes dados são extremamente positivos pois revelam que, aos poucos, o mundo está a evoluir para uma sociedade igualitária. As médicas de formação especializada são futuras especialistas, deste modo, pode concluir-se que, apesar das especialidades cirúrgicas apresentarem disparidade entre os géneros, a paridade não é uma realidade longínqua (35). Contudo, é necessário a realização de estudos contínuos para compreender se estas médicas terminam o internato e formam-se enquanto especialistas. A recolha destes dados é fundamental dado que um dos estudos revistos analisou se os médicos completavam o internato e eram certificados em todos os campos cirúrgicos, e os resultados revelaram que a proporção de médicos do sexo feminino a completar o internato era inferior à dos do sexo masculino (30).

No que toca às especialidades cirúrgicas com um menor número de médicas em formação, quando analisada a literatura, verifica-se que a Cirurgia Cardíaca tinha o menor número de médicas em especialização (20%) (33). Noutro estudo, observou-se que o médico cirurgião recém-graduado do sexo masculino tinha maior probabilidade de ingressar nas subespecializações de Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética e Angiologia e Cirurgia Vascular, do que a médica nas mesmas condições (12). Deste modo, verifica-se que em mais do que um estudo, a especialidade com menor percentagem de médicas em formação é a Cirurgia Cardíaca/Cardiorácica.

No que concerne à realidade portuguesa, os dados relativos aos médicos e médicas de formação especializada não foram recolhidos, na medida em que não estão disponíveis publicamente. Deste modo, não é possível compreender se a realidade portuguesa é semelhante às elencadas na literatura. Contudo, ao comparar os resultados do presente estudo com aqueles observados na literatura, verifica-se que a Cirurgia Cardiorácica é uma das especialidades mais sub-representadas em ambos os casos. Esta realidade também se verifica, como será referido de seguida, na bibliografia referente aos médicos/as especialistas (11,12,33,34).

É relevante, para tentar compreender o porquê de serem constantemente as mesmas especialidades a terem um menor número de médicos em formação, observar o

estudo francês que teve como objetivo descrever a atratividade das especialidades cirúrgicas e a distribuição de género dos médicos nas mesmas. Este demonstrou que, entre 13 especialidades cirúrgicas, nos anos 2017 a 2022, as mais atrativas eram a Oftalmologia, Cirurgia Maxilo-facial e Cirurgia ouvidos/nariz/garganta (isto é, ORL), enquanto que as menos atrativas eram a Cirurgia Torácica e Cardiovascular e a Angiologia e Cirurgia Vascular. (28) Estes dados estão em conformidade com a restante bibliografia, na medida em que estas especialidades são aquelas que se tem observado, consistentemente, um menor número de médicas cirurgiãs (11,12,33,34). Alguns dos motivos referidos na bibliografia para explicar esta realidade são, principalmente, a falta de *role models* e tutoras do sexo feminino, a falta de apoio durante a gravidez e paternalidade e uma cultura de trabalho pouco apelativa para a mulher (11). Outro motivo indicado para esta tendência incide sobre a mudança de prioridades na atual geração de médicos/as, na medida em que estes priorizam um estilo de vida mais controlável, em que próprio consegue controlar o tempo despendido nas responsabilidades profissionais. Contudo, esta explicação não esclarece o porquê de outras especialidades cirúrgicas, com um estilo de vida pouco controlável, permanecerem atrativas. Uma das possíveis explicações para esta discrepância é a capacidade que estas especialidades, nomeadamente a Cirurgia Maxilo-facial e Oftalmologia, têm em atrair os recém médicos/as, por apresentarem outras características como: a possibilidade de serem melhor remunerados e a menor responsabilidade por pacientes em estado crítico ou emergente. (28) Outra realidade que tem implicação na disparidade de género verificada e que é fundamental referir é o viés género existente que antecede a escolha da especialidade. Este viés advém da socialização e atribuição de diferentes papéis de género ao homem e à mulher e será esclarecido na presente dissertação nos capítulos seguintes. (38)

### **5.1.2. Médicas especialistas**

A notar que, nos estudos analisados que quantificavam as médicas cirurgiãs das diferentes especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas, observou-se uma certa constante nas especialidades com maior representação e sub-representação (tabela XVII). Sendo que, em vários países, a Cirurgia Oncológica e a Cirurgia Pediátrica eram as que tinham maior número de médicas cirurgiãs, enquanto a Cirurgia Cardíaca/Cardiotorácica encontrava-se constantemente entre as especialidades mais sub-representadas, assim como a Ortopedia/Cirurgia ortopédica (11,31,34). A referir, um estudo estadunidense em que se verificou que a Cirurgia Cardíaca (7,3%) e a Ortopedia (7,3%) eram as especialidades em que as médicas estavam menos representadas, enquanto a Cirurgia Oncológica era a que tinha uma maior percentagem de médicas

cirurgiãs (44,7%) (13). Na Polónia, também se obtiveram os mesmos resultados, sendo a Cirurgia Geral e Oncológica as que tinham uma maior representação feminina (12,5% e 13,5%, respetivamente) (34), enquanto a Cirurgia Cardíaca e Angiologia e Cirurgia Vasculiar eram as mais sub-representadas (5,6% e 6,4%, respetivamente) (34). Em 2021, na Austrália, a Cirurgia Pediátrica era a especialidade com maior proporção de médicas cirurgiãs (31%), sendo a Ortopedia aquela que tinha o menor número (6%), seguida da Cardiorácica (7%) (31). Na Alemanha as especialidades cirúrgicas em que se constatou um maior *gender gap* foram a Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Ortopédica e Neurocirurgia (30). No que toca a esta última especialidade, um estudo analisou a proporção de médicas especialistas, concluindo que apenas 27,4% dos neurocirurgiões alemães eram do sexo feminino (30). Por outro lado, no que concerne à diversidade de género nas especialidades cirúrgicas no Reino Unido, um estudo comparou 10 especialidades para compreender a evolução da diversidade de género. Os resultados revelaram que, em 2020, as especialidades com maior número de médicas especialistas eram Oftalmologia e Cirurgia Pediátrica (32,4% e 31,7%, respetivamente), enquanto as especialidades no extremo oposto eram Cirurgia Cardiorácica, Neurocirurgia e Ortopedia (10,8%, 8,2% e 7,3%, respetivamente) (35).

Tabela XV. Dados da sub-representação e sobre representação da médica cirurgiã em diferentes países estudados na bibliografia.

Países	Especialidades analisadas	Especialidades + sub-representadas	Especialidades mais sobre-representadas
<b>Estados Unidos</b> (13)	Cirurgia Geral Cirurgia Colorretal Cirurgia oncológica Cirurgia torácica Cirurgia Cardíaca Urologia Angiologia e Cirurgia Vasculiar Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética Ortopedia ORL Neurocirurgia	Cirurgia Cardíaca (7,3%) Ortopedia (7,3%) Neurocirurgia (9,5%) Cirurgia torácica (10,3%) Urologia (12,6%)	Cirurgia Oncológica (44,7%) Cirurgia Colorretal (28,5%) Cirurgia Geral (26,1%)
<b>Polónia</b> (34)	Cirurgia Geral Cirurgia Oncológica Angiologia e Cirurgia Vasculiar Cirurgia Torácica Cirurgia Cardíaca	Cirurgia Cardíaca (5,6%) Angiologia e Cirurgia Vasculiar (6,4%)	Cirurgia Geral (12,5%) Cirurgia Oncológica (13,5%)

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

<b>Austrália e Nova Zelândia</b> (31)	Cirurgia Cardiorácica Cirurgia Geral Neurocirurgia ORL Cirurgia Pediátrica Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética Ortopedia Urologia Angiologia e Cirurgia Vascular	Ortopedia (6%) Cirurgia Cardiorácica (7%)	Cirurgia Pediátrica (31%) Cirurgia Geral (21%)
<b>Alemanha</b> (30)		Cirurgia Maxilo-facial Cirurgia Cardíaca Cirurgia Ortopédica Neurocirurgia	
<b>Reino Unido</b> (35)	Cirurgia Cardiorácica Cirurgia Geral Neurocirurgia Oftalmologia ORL Cirurgia Pediátrica Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética Ortopedia Urologia Angiologia e Cirurgia Vascular	Neurocirurgia (8,2%) Ortopedia (7,3%) Cirurgia Cardiorácica (10,8%)	Oftalmologia (32,4%) Cirurgia Pediátrica (31,7%)

Ao comparar a literatura com o panorama português, através da análise dos resultados do presente estudo, verifica-se que as especialidades mais sobre-representadas, assim como as mais sub-representadas, são praticamente as mesmas que aquelas descritas na bibliografia para outras geografias. Sendo que, como visto na figura VII, a cirurgia pediátrica é a única especialidade cirúrgica, em Portugal, que já atingiu paridade. Já na figura X, observa-se, por ordem crescente, a urologia, cirurgia cardiorácica e ortopedia, como as especialidades mais sub-representadas. Não obstante, é necessário referir que a cirurgia pediátrica não é a que apresenta uma maior representatividade de mulheres médicas, sendo antes a GO (68% em 2023) e a dermatoveneorologia (57,3% em 2023). A não referência a estas especialidades na literatura analisada pode ser explicada pelo facto de as mesmas não terem sido alvo de estudo na bibliografia recenseada.

Em suma, estes dados revelam a disparidade de género na área cirúrgica nos países em questão e comprovam que existem determinadas especialidades em que a mulher está quase constantemente sub-representada. É necessário compreender o motivo pelo qual certas especialidades são sistematicamente as que têm um número muito reduzido de mulheres, sendo que a bibliografia já identifica alguns dos obstáculos experienciados pela mesma, tanto pela médica cirurgiã em geral, como especificamente pelas médicas especialistas nestas áreas.

### **5.1.3. Cargos de Liderança: Chefes de Serviço e Órgãos candidatos à OM Portuguesa**

Para compreender a disparidade de género nas especialidades cirúrgicas na íntegra é necessário analisar outro patamar, sendo este os cargos de liderança, de modo a compreender se as disparidades constatadas são consistentes nos vários níveis da hierarquia da profissão. Nos serviços clínicos, o chefe de serviço é a categoria mais elevada da carreira médica, podendo considerar-se a forma mais apropriada de representar os cargos de liderança. Deste modo, vários estudos demonstram que a maioria dos cargos de liderança na profissão médica e, conseqüentemente, nas especialidades cirúrgicas, são atribuídos aos médicos do sexo masculino, observando-se a ausência ou um baixo número de médicas em posições de chefia (11,29,30,33,34,36,37,43). É exemplo um estudo alemão em que apenas 13% dos cargos de chefia eram ocupados por mulheres. Este decréscimo da representação feminina, à medida que se vai progredindo na carreira é superior nas especialidades cirúrgicas, quando comparado com outras áreas. Ao analisar especificamente os departamentos de Neurocirurgia, verificou-se a mesma sub-representação da mulher nos cargos referidos. (30) No que toca à realidade canadiana, 85% dos cargos de chefia são ocupados por homens, verificando-se, também, que quando a mulher ocupa o cargo de liderança, este é, mais frequentemente, dentro da vertente educativa (33). Já no Brasil, verifica-se, novamente, uma baixa proporção de médicas cirurgiãs nos cargos de chefia, sendo que, nas sociedades cirúrgicas, apenas 5% dos presidentes/vice-presidentes são médicas e nos departamentos cirúrgicos das universidades apenas 12% dos chefes de departamento são mulheres (44).

Em Portugal, foi feito um estudo que analisou a distribuição de género em cargos de liderança na área médica, tendo como exemplo as candidaturas aos Órgãos da OM 2017-2019, sendo que, dos candidatos, apenas 37% eram do sexo feminino. Ao realizar uma análise mais profunda, compreende-se que a maioria das médicas candidatavam-se a posições relativamente inferiores, nomeadamente ao cargo de secretária (56%), vogal (42%), ou até, posições com menor possibilidade de desempenho efetivo, neste caso, suplente (54%), sendo que, dos candidatos a presidente (15 candidatos), apenas 1 deles era do sexo feminino (7%). Estes valores foram comparados com dados esperados (de acordo com o número de médicas inscritas na OM) e revelou que o número de candidatas a nível nacional é bastante inferior ao esperado e, principalmente, não atinge a paridade. Uma das hipóteses referida no estudo como motivo para esta baixa representação da mulher é a existência de papéis de género, tendo em conta que o género feminino não está tradicionalmente associado a cargos de liderança, o que pode influenciar as

mulheres a optarem por posições de menor exposição ou envolvimento menos ativo. Por outro lado, há outros obstáculos associados ao papel de género que a bibliografia sugere, nomeadamente: a maternidade; a imagem social de priorização da família; a dedicação de mais tempo às tarefas domésticas do que o seu companheiro; assim como o menor interesse, por parte da mulher, em assumir estes cargos por perceções associadas aos mesmos (como o possível afastamento da atividade médica). (43)

Em suma, se observarmos de forma geral os cargos de liderança e a representatividade da mulher médica nos mesmos, compreendemos que a realidade portuguesa assemelha-se bastante ao panorama descrito na bibliografia, tendo em conta que, à medida que os médicos/as progredem na carreira, verifica-se um decréscimo na proporção da representação feminina. Alguns dos motivos descritos na bibliografia que justificam esta realidade já foram supramencionados e serão esclarecidos no decorrer da presente dissertação.

## **5.2. Especialidades cirúrgicas e médico cirúrgicas (ainda) assimétricas**

Como observado na bibliografia e nos resultados do presente estudo, existem especialidades que são globalmente conhecidas e estudadas por se apresentarem constantemente como áreas em que existe um menor número de médicas cirurgiãs, sendo estas as que foram anteriormente intituladas de especialidades em risco (a referir, a Neurocirurgia, Cirurgia Cardiotorácica, Ortopedia) (32). Outra especialidade que é necessário realçar é a Urologia pois, apesar de não se observar nos estudos anteriormente referidos, no presente estudo foi a que apresentou menor representatividade entre ambos os grupos (especialidades médico-cirúrgicas e cirúrgicas). Um dos motivos pelo qual não se observa estes resultados nos estudos já referidos é a não inclusão desta especialidade nas especialidades analisadas, tendo em conta que existe literatura que vai de encontro aos resultados desta dissertação, indicando a Urologia como uma das principais especialidades com disparidade de género. (7,45-47)

Por outro lado, é relevante, também, analisar com maior incidência a especialidade de GO, tendo em conta que esta encontra-se no extremo oposto da sub-representação da mulher, estando, até, de entre todas as especialidades profissionais, naquelas com maior proporção de médicas. Este resultado vem de encontro ao panorama atual, tendo em conta que as especialidades com uma maior percentagem de mulheres são aquelas em que o principal foco é a saúde infantil e da mulher, a Pediatria e GO, respetivamente. (45)

No que concerne aos motivos que tornam as especialidades cirúrgicas pouco atrativas para as médicas, alguns deles são comuns à área cirúrgica e não apenas específicos de algumas destas especialidades.

Tabela XVI. Principais obstáculos, elencados na literatura, experienciados pela médica cirurgiã das especialidades em risco.

<b>Especialidades</b>	<b>Principais obstáculos</b>
<b>Ortopedia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificuldade em articular a vida pessoal e profissional;</li><li>• Reduzido número de tutoras do sexo feminino;</li><li>• Microagressões;</li><li>• Estereótipos associados à personalidade do cirurgião ortopédico.</li></ul>
<b>Cirurgia Cardiorácica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Baixo número de vagas disponíveis, instabilidade profissional e pouco tempo de estágio;</li><li>• Falta de modelos e tutores do sexo feminino e a sub-representação em cargos académicos e de liderança;</li><li>• Síndrome de impostor e falta de confiança.</li></ul>
<b>Neurocirurgia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conciliação entre a vida pessoal e profissional;</li><li>• Discriminação e viés de género.</li></ul>
<b>Urologia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificuldade na progressão da carreira: remuneração salarial, cargos de liderança, posições académicas e falta de reconhecimento.</li><li>• Estereótipo e viés de género associado à especialidade;</li><li>• Falta de <i>role models</i> e tutoras do sexo feminino.</li></ul>
<b>Ginecologia e obstetrícia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fatores pessoais, sociais, culturais e experiências pessoais.</li></ul>

### **5.2.1. Ortopedia**

A ortopedia, de entre os dois grupos analisados, é a segunda especialidade que apresenta maior sub-representação. Estes resultados não se cingem apenas ao presente estudo pois, na bibliografia, observa-se o mesmo fenómeno (10,17,48). É exemplo, os Estados Unidos, em que, de acordo com um estudo realizado em 2020, apenas 16% dos médicos em formação eram mulheres, enquanto que, dos médicos especialistas, a

percentagem era ainda mais reduzida, sendo de apenas 6% (10). Estes valores são extremamente alarmantes e algumas das justificações para os mesmos são:

- A dificuldade em articular a vida pessoal e profissional.

Ao analisar a bibliografia existente sobre os obstáculos que as médicas experienciam enquanto cirurgiãs, observa-se constantemente a dificuldade em conciliar a vida pessoal e profissional entre as principais problemáticas. Deste modo, a literatura revista não correlaciona diretamente a sobrecarga de trabalho com a baixa atratividade apenas para esta especialidade em específico, mas sim, como um obstáculo experienciado em todas as especialidades cirúrgicas. Vários estudos demonstraram que a área cirúrgica é uma carreira pouco atrativa para as especialistas do sexo feminino tendo em conta a inflexibilidade do internato e a dificuldade percebida em manter relações fora do ambiente profissional. Assim, conclui-se que este obstáculo não é uma realidade específica de Ortopedia e acaba por ser um dos principais motivos pelo qual as médicas recém-formadas não escolhem especialidades cirúrgicas. (17,49)

- O reduzido número de tutoras do sexo feminino.

A importância de tutores ao longo da carreira médica e principalmente no início da mesma é inegável, na medida em que fornecem perspetivas realistas e permitem compreender os pontos positivos da área. (50) Por conseguinte, a literatura evidencia que os médicos do sexo feminino tendem a valorizar mais os tutores do que os colegas do sexo oposto e, principalmente, valorizam a atribuição de tutores do mesmo sexo (10,51). A implicação deste reduzido número de tutoras na especialidade de ortopedia foi comprovada por um estudo realizado nos Estados Unidos. Este observou que os estados em que existia um maior número de estudantes de Medicina a escolherem a especialidade de Ortopedia eram aqueles que apresentavam um maior número de médicas ortopedistas. Sendo que, nos locais com uma proporção reduzida de médicas ortopedistas verificou-se um número reduzido de novos ingressos de médicas do sexo feminino na especialidade. Este resultado revela a importância da existência tutores do mesmo género, neste caso feminino, no alcance da paridade de género, revelando que, em Ortopedia, o reduzido número de tutoras tem um impacto negativo na especialidade. (10)

- As microagressões.

Este conceito define a discriminação subtil ou não intencional das minorias e é descrita na literatura como uma das realidades vividas pelas médicas especialistas em

Ortopedia. De acordo com um artigo em que as participantes eram membros do grupo *Women in Orthopedics*, 74% das cirurgiãs ortopédicas que responderam referiram já ter experienciado, durante o internato, algum tipo de microagressão, principalmente por pacientes, famílias e cirurgiões do sexo oposto (52). Algumas das evidências desta realidade são estudadas por Barnes *et al.* 2020, que demonstrou que 58% das cirurgiãs ortopédicas já foram erradamente tratadas como enfermeiras ou como outro profissional de saúde e 47% das mesmas sentem que os/as enfermeiros/as não as respeitam. (53) Esta discriminação torna-se um obstáculo constante na vida das médicas que escolhem Ortopedia e, deste modo, torna a especialidade pouco atrativa, influenciando a sua escolha.

- Os estereótipos associados à personalidade do cirurgião ortopédico.

Estes estereótipos são referidos na literatura como *hidden curriculum*, que descreve o que significa ser um cirurgião ortopédico: homem sexista, pouco inteligente e forte fisicamente. Desta forma, observa-se a influência negativa que este viés de género explícito tem na paridade de género dentro da especialidade, na medida em que influencia, negativamente, a decisão das médicas com um perfil e currículo ideal para a especialidade. Estes mitos muitas vezes são reforçados pelos médicos das restantes especialidades que não têm o conhecimento atual e real sobre a especialidade em questão (17). Whitaker *et al.* 2020 demonstrou que 95% das estudantes de medicina do sexo feminino percebem a ortopedia como uma especialidade predominantemente masculina e 60% considera que para ser especialista nesta área é necessária força física. Esta crença é extremamente baseada no estereótipo antiquado supramencionado e não há evidência científica que comprove a mesma. (54)

Todos estes são desafios vivenciados pelas médicas ortopedistas, alguns específicos desta especialidade, como o estereótipo atribuído ao ortopedista, e, outros, sentidos em toda a área cirúrgica. Estes desafios serão explanados adiante aquando da exposição dos desafios da médica cirurgiã.

### **5.2.2. Cirurgia Cardiorácica**

No que concerne ao panorama da Cirurgia Cardiorácica, um estudo realizou uma análise da sua situação específica em diferentes países europeus concluindo que é uma das especialidades que apresenta consistentemente uma maior sub-representação feminina, apesar do número de médicas estar a aumentar entre as camadas mais jovens de médicos. Em Itália, no que toca aos médicos em formação especializada, a distribuição entre os géneros é bastante uniforme (51% e 49%). Em relação aos cirurgiões, observou-

se uma sub-representação do médico do sexo feminino, tendo em conta que representava apenas 27% dos cirurgiões. Ao olhar para a situação suíça, verifica-se que apenas 8,5% dos médicos de Cirurgia Torácica são do sexo feminino. Já no Reino Unido, apenas 10% dos cirurgiões com cargos de consultores (equivalente ao patamar de médico especialista em Portugal) eram do sexo feminino. (29) Estes dados são coincidentes com aqueles observados em Portugal, em que apenas 11,35% dos médicos especialistas em Cirurgia Cardiorácica são do sexo feminino. Deste modo, é necessário compreender o porquê de esta ser uma das especialidades constantemente sub-representada.

Por um lado, de acordo com um estudo francês, a Cirurgia Torácica e Cardiovascular é um exemplo de especialidade em estado crítico, isto é, que está a sofrer uma grande diminuição no número de médicos e pode, futuramente, não ter estudantes de medicina a candidatarem-se à mesma. Esta realidade tem vindo a verificar-se em vários países, nomeadamente no Reino Unido, Canadá e Estados Unidos. (28) Este panorama verifica-se de forma ainda mais afinçada no género feminino e alguns dos motivos elencados para justificar esta realidade são comuns a todas as especialidades cirúrgicas, nomeadamente a insuficiência de *role models* e tutores, a discriminação baseada no género e a dificuldade em conciliar a maternidade e parentalidade com a atividade laboral. Estas problemáticas são tão prejudiciais que conduzem as próprias médicas a desistir do internato, sendo que a proporção de médicas das que desistem superior à dos médicos do sexo oposto. (55)

Por outro lado, ao analisar a restante literatura compreendem-se alguns dos obstáculos específicos desta cirurgia, como é o caso da perceção de um mercado de trabalho instável e com poucas vagas disponíveis, assim como o reduzido período de contacto com a área antes da escolha da especialidade. Deste modo, seguem os principais tópicos:

- Baixo número de vagas disponíveis, instabilidade profissional e pouco tempo de estágio.

Num estudo realizado aos/às médicos/as em formação em áreas cirúrgicas, pretendeu-se compreender os principais motivos que tornam as especialidades cirúrgicas pouco atrativas, sendo que, no que toca à Cirurgia Cardiorácica, o principal item reportado foi a falta de vagas disponíveis e a instabilidade profissional a longo prazo. Esta perceção do mercado de trabalho afeta a decisão da escolha de especialidade, levando a um afastamento dos mesmos desta cirurgia. (56)

Outro ponto referido no estudo supramencionado é o pouco tempo de estágio antecedente à escolha da especialidade. Isto é, a população em estudo referiu que um estágio em Cirurgia Cardiorácica de apenas 2, 3 ou 4 meses, não é suficiente para conhecer a especialidade e reconhecer os aspetos que a tornam cativante, até que, foi demonstrado, que as rotações com um período de tempo de estágio superior apresentavam um maior número de formandos com interesse na especialidade em questão. (56) Estes resultados são corroborados por outro estudo, realizado a médicos não especialistas, em que se verificou uma diferença significativa no tempo de exposição entre os médicos e as médicas, sendo que um menor número de médicas realizaram estágios na especialidade (44%, comparado com 55% dos médicos do sexo masculino). (50) Uma das explicações para este baixo número de médicas a realizar estágios está relacionado com os mesmos serem eletivos e ser necessário ter conhecimento dos mesmos para posteriormente pedir para os realizar. Deste modo, é necessário dar a conhecer estes estágios às médicas, promovendo o seu interesse nos mesmos. (50)

- A falta de modelos e tutores do sexo feminino e a sub-representação em cargos académicos e de liderança.

Tal como observado em Ortopedia, o baixo número atual de médicas especialistas em Cirurgia Cardiorácica promove um ciclo vicioso negativo, na medida em que ter poucas especialistas na área está diretamente relacionado com um menor número de tutoras do sexo feminino e, deste modo, a especialidade torna-se menos atrativa para as estudantes do mesmo sexo. Por conseguinte, há uma tendência para a sobrecarga da médica especialista devido ao grande número de responsabilidades associadas à mentoria. (50,55,56) Esta realidade é demonstrada num estudo dirigido ao/às internos/as, em que se verificou que a médica em formação era mais provável de querer ter uma tutora do mesmo sexo do que os pares do sexo masculino (29% e 5%, respetivamente) (56). Outro dado que apoia esta realidade é o de que cerca de 60% das estudantes de Medicina do sexo feminino referem que teriam um maior interesse na especialidade se tivessem conhecido uma cirurgiã Cardiorácica (57). Noutro estudo os resultados são bastante semelhantes mostrando que a presença de tutores do sexo feminino foi significativamente associado ao aumento do interesse nesta especialidade e foi um fator decisivo em mais de um terço das médicas inquiridas.

Por outro lado, não é apenas enquanto tutoras que as médicas estão sub-representadas, de acordo com Gao *et al.* 2021 há uma grande sub-representação da mesma em cargos de liderança e autoria académica, mesmo quando a experiência é equivalente. (55) Este panorama afeta, de certo modo, a atratividade da especialidade

para as futuras médicas especialistas tendo em conta que as mesmas percecionam esta baixa proporção como uma maior dificuldade de progressão na carreira, que depois se reflete numa menor remuneração salarial e principalmente, menor satisfação com a atividade laboral quando comparadas com os colegas do sexo masculino. (33,38,58,59)

- Síndrome de impostor e a falta de confiança.

Na bibliografia é referido que as médicas sentem-se frequentemente menos preparadas que os pares do sexo oposto, apesar do desempenho nos exames ser semelhante em ambos os sexos. Deste modo, observa-se um menor nível de autoconfiança por parte das médicas cirurgiãs, suportado pelo sentimento de não pertença, que é reforçado por um ambiente predominantemente masculino e por uma cultura de trabalho pouco inclusiva. (55) Um dos estudos que vai ao encontro desta realidade demonstrou que os médicos inquiridos do sexo masculino eram mais prováveis de se autoconsiderar candidatos excelentes ou acima da média (71%), enquanto que uma maior proporção de médicos do sexo feminino se considerava mediana (50). Esta realidade aplica-se de forma constante à maioria das especialidades cirúrgicas e acaba por não ser um obstáculo específico da especialidade em análise. Deste modo, estará melhor explanado no capítulo seguinte, que aborda os vários obstáculos vivenciados pela médica cirurgiã.

Outros motivos elencados na bibliografia que são consistentemente associados a todas as especialidades cirúrgicas são a discriminação baseada no género e o desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional, estando, também, descritos no capítulo que se segue.

### **5.2.3. Neurocirurgia**

Lulla *et al.* 2021 realizaram uma revisão sistemática em que se compara a disparidade de género em Neurocirurgia, em diferentes países. Os dados demonstraram que em nenhum país há paridade de género, não obstante, é na Europa que se observa a maior percentagem de médicas neurocirurgiãs, nomeadamente em Itália (36%), seguida da Alemanha (29%), Dinamarca (26%) e Finlândia (25%). Contudo, em simultâneo, há países europeus com uma disparidade extremamente elevada, em que se verificou 0% de médicas neurocirurgiãs. (60) De acordo com o presente estudo, em Portugal, cerca de 19% dos neurocirurgiões são do sexo feminino.

Alguns dos motivos elencados na bibliografia como desafios das médicas cirurgiãs na escolha desta especialidade são a falta de *role models* com sucesso do sexo

feminino, o medo de discriminação de género e a dificuldade em conciliar a vida pessoal e profissional (61), sendo este último o desafio mais frequentemente referido na literatura (62). Por conseguinte, alguns esclarecimentos dos obstáculos da médica neurocirurgiã encontram-se inframencionados, nomeadamente:

- Conciliação entre a vida pessoal e profissional.

A Neurocirurgia é uma especialidade em que a médica tem, com maior frequência, de optar entre a vida familiar ou a carreira, tendo dificuldade em conciliar as duas, e, por isso, as neurocirurgiãs acabam por ter menor probabilidade de casar e ter filhos (60). Esta evidência deve-se, muitas vezes, às cirurgias de tempo prolongado que exigem um grande nível de concentração e um elevado período de tempo em pé, a exposição a substâncias que podem ser nocivas para o feto e grávida, o grande número de turnos noturnos e a elevada carga de trabalho, que são, portanto, condições de trabalho não adequadas para uma mulher grávida (63). Neste âmbito, foi realizado um estudo qualitativo, em que entrevistaram médicas neurocirurgiãs com o objetivo de conhecer as experiências das mesmas no que toca à gravidez e maternidade. As principais conclusões retiradas revelaram o estigma e preconceito que existe em relação à gravidez, em que as médicas expressaram receio em parecerem menos comprometidas com a profissão, até que muitas relataram que adiaram ou evitaram a maternidade por ausência de apoio institucional e pressões inerentes à própria profissão. Por conseguinte, compreende-se também, através dos relatos das médicas neurocirurgiãs, que a cultura profissional da Neurocirurgia, em que o ambiente é pouco colaborativo, com apoio limitado, competitivo e com muitos desafios profissionais, muitas vezes desencoraja a fragilidade ou vulnerabilidade e a grávida, que é vista como uma figura frágil, sensível e vulnerável, é percecionada pelos/as colegas como incapaz de realizar a profissão na íntegra e com a mesma dedicação que anteriormente tinha. Deste modo, ela vê-se obrigada a mitigar estes estigmas e provar a sua competência, de modo a ter a validação dos pares. Esta necessidade de afirmação pode levar à exaustão. (63) Esta conjuntura pode influenciar as médicas neurocirurgiãs a desistirem totalmente da especialidade ou da atividade profissional em *full-time* como neurocirurgiãs. Os resultados de um estudo japonês corroboram esta afirmação, na medida em que, de entre 427 médicas neurocirurgiãs, 17% desistiram da especialidade como trabalho a tempo inteiro e o principal motivo para o abandono foi a dificuldade em conciliar a carreira com a maternidade e a sobrecarga física (52% das médicas inquiridas) (64)

Deste modo, e assumindo a importância que as médicas recém-formadas atribuem à vida pessoal, principalmente à vida familiar, compreende-se que a

Neurocirurgia acaba por ser uma especialidade pouco escolhida pelas mesmas, na medida em que, muitas acreditam, tanto por crenças próprias como pelo *feedback* de colegas, que a vida pessoal desta especialidade é afetada pela carga de trabalho e percebem que as especialidades cirúrgicas são incompatíveis com a gravidez e maternidade. (62,63)

- Discriminação e viés de género.

Um estudo multinacional realizou um inquérito direcionado aos neurocirurgiões de ambos os géneros com questões relacionadas com a demografia, ensino cirúrgico, objetivos e satisfação com a profissão e disparidades. As conclusões demonstraram que uma percentagem elevada das neurocirurgiãs inquiridas (80%) já experienciaram discriminação baseada no género no local de trabalho, sendo que, a principal fonte de discriminação identificada foram os pacientes e familiares dos mesmos. Por conseguinte, 44% das neurocirurgiãs inquiridas referiram que tinham de ter uma postura mais séria e menos amigável que os respetivos pares do sexo oposto, de forma a serem reconhecidas. Estes dados evidenciam o viés de género implícito e explícito nesta profissão, que é historicamente dominada pelo sexo masculino. (61)

Todos estes dados explicam, de certo modo, o baixo número de médicas cirurgiãs a escolherem a especialidade, tendo em conta que o *feedback* das atuais neurocirurgiãs é bastante negativo, tanto no que toca à baixa qualidade de vida, como à discriminação e viés de género experienciado. A existência destes entraves, assim como o baixo número de *role models* tornam a Neurocirurgia uma especialidade pouco atrativa para as futuras médicas especialistas. Deste modo, é necessário a criação de estratégias específicas que colmatem as falhas referidas. (61) É exemplo de uma estratégia criada nos Estados Unidos para o combate da disparidade de género na Neurocirurgia, a *Women in Neurosurgery* (WINS).

Para além destas estratégias, é também fundamental unir esforços na realização de estudos que comprovem que muitas das crenças não são fundamentadas, nomeadamente a incompatibilidade total entre a gravidez/maternidade e vida profissional na especialidade de Neurocirurgia. (62,63)

#### **5.2.4. Urologia**

Em 2021, nos Estados Unidos, a percentagem de urologistas do sexo feminino era 10,9%, valor que evidencia a extrema desigualdade de género que existe nesta especialidade (45). Já na Europa, ao observar a percentagem de médicas especializadas,

em 2022, verifica-se que esta varia entre 9,62% e 25,71% (7). Ao comparar estes dados aos resultados do presente estudo, constata-se que, em Portugal, a médica urologista encontra-se ainda mais sub-representada, apresentando em 2023, uma percentagem de 6,39%.

Ao contrário da Neurocirurgia, a literatura não identifica de forma tão consistente os motivos da sub-representação da mulher nesta especialidade, sendo que não são constantemente coincidentes. Alguns dos motivos elencados são as diferenças na remuneração salarial, o atraso no avanço para cargos de liderança ou académicos e a falta de reconhecimento (45,46). Outra causa referida é a falta de *role models* e tutores do sexo feminino, principalmente no que toca à Urologia oncológica, tendo em conta que, no passado, verificou-se um maior número de médicas urologistas subespecializadas na Urologia pediátrica ou feminina (47). Por fim, os estereótipos e viés de género são outro dos motivos referidos na bibliografia, sendo a Urologia percecionada pela médica como sexista e mais adequada ao género masculino (46).

- Dificuldade na progressão da carreira: remuneração salarial, cargos de liderança, posições académicas e falta de reconhecimento.

A progressão da carreira está relacionada com diversos fatores, nomeadamente a atribuição de cargos de liderança, sendo normalmente este o último patamar da progressão da carreira envolvendo uma melhoria das condições de trabalho e de remuneração; e as posições académicas, que normalmente estão associadas a um avanço na trajetória profissional, pois permitem que os profissionais ganhem reconhecimento e prestígio. Assim, a falta deste reconhecimento afeta negativamente o avanço na carreira e, por conseguinte, influencia a remuneração salarial, na medida em que a promoção a cargos superiores envolve um aumento da mesma. (33,44,58)

Deste modo, no que concerne aos cargos de liderança e reconhecimento, a literatura é bastante consistente, evidenciando que o médico urologista é promovido mais frequentemente que a médica que se encontra nas mesmas condições. Desta forma, à médica urologista é mais vezes atribuído um elevado número de deveres não académicos, não remunerados e administrativos e a mesma tem menos probabilidade de negociar a remuneração e o contrato de trabalho. Esta distribuição de tarefas e dificuldade de negociação podem estar relacionadas com a falta de confiança e as características que estão mais associadas à personalidade feminina, nomeadamente o altruísmo, flexibilidade e benevolência. De notar que, até na atribuição de prémios de prestígio, as médicas urologistas tendem a ser menos reconhecidas, sendo este reconhecimento muitas vezes crucial para o avanço na carreira e para a obtenção de

certas promoções. Este último facto foi verificado na bibliografia, constatando-se que a probabilidade do médico urologista ser rapidamente promovido é três vezes superior à do sexo oposto que se encontra nas mesmas condições académicas e laborais. (45,46)

Relativamente à remuneração salarial, a literatura revela que existe, efetivamente, uma diferença salarial baseada no género, tendo tido como exemplo os censos americanos de 2017. Estes demonstraram que apenas 33,9% das médicas urologistas tinham um rendimento superior a 350.000\$, comparado com 49,2% dos médicos na mesma posição. Este cenário está relacionado com o tipo de trabalho atribuído à médica, na medida em que esta trabalha com maior frequência em contextos menos rentáveis, realiza um menor número de cirurgias e observa menos pacientes, apesar do número de horas de trabalho ser semelhante entre ambos os géneros. Este panorama pode ser justificado, novamente, pelo papel de género atribuído à mulher, sendo esta percecionada como mais complacente e tolerante e, por estas características, os/as diretores/as acabam por lhes delegar menos tarefas ou as menos interessantes. Esta é uma demonstração clara do viés de género explícito na especialidade de Urologia. (45,46)

- Estereótipo e viés de género associado à especialidade.

Como evidenciado no tópico anterior, a Urologia é uma das especialidades, tal como ortopedia, em que persiste a segregação de género de acordo com os estereótipos e papéis de género conhecidos. Neste caso, a Urologia é vista como uma especialidade mais adequada ao sexo masculino, e a mulher acaba por percecioná-la como um campo extremamente sexista, sendo, historicamente, uma área predominantemente masculina. (39,46) A perceção da médica em relação à área foi evidenciada num estudo italiano em que 23,4% das estudantes de Medicina indicaram o ambiente sexista como um motivo para não considerarem a especialidade atrativa, enquanto que apenas 3,2% dos estudantes do sexo masculino tinham a mesma perceção. (65) Já um estudo canadiano demonstrou resultados semelhantes, concluindo que a Urologia é amplamente percecionada como uma especialidade dominada pelo sexo masculino, sendo que mais de 70% dos estudantes reconheceram um desequilíbrio de género marcante entre urologistas, internos e pacientes. (39)

Em suma, podemos, também, associar este viés à visão infundada baseada na cultura de certos países, em que os pacientes do sexo masculino devem ser tratados por médicos do mesmo género. Por conseguinte, muitos estudantes têm uma visão reduzida do âmbito da especialidade, na medida em que associam a urologia apenas a patologias masculinas. Contudo, é necessário reconhecer que a mesma apresenta um vasto leque de

atuação, que inclui todo o aparelho geniturinário, sendo os pacientes de ambos os sexos. (39)

Por fim, é interessante conhecer a perspetiva dos médicos urologistas em relação à presente temática. Harkirat Talwar evidenciou, num artigo de opinião, esta problemática, reconhecendo a falta de especialistas urologistas do sexo feminino. O próprio refere a Urologia como uma área predominantemente masculina e menciona que há ainda um longo caminho a percorrer no sentido da igualdade de género dentro da especialidade. Por conseguinte, é curioso a forma como o autor refere esta desigualdade, encaixando-a no tópico dos “companheiros pélvicos”, referindo-se às especialidades de Urologia e GO e realçando a relação única existente entre ambas (66). Deste modo, ao interpretar o artigo, compreende-se que o médico acredita que há um “casamento perfeito” entre as especialidades supramencionadas, sendo o papel feminino associado à especialidade de GO, e o lado masculino à Urologia. A referência a esta união demonstra, novamente, o viés de género existente e a aplicação dos papéis de género a esta área médica em específico.

- Falta de *role models* e tutoras do sexo feminino.

O reconhecimento deste obstáculo é essencial tendo em conta que o viés de género associado à especialidade pode ser mitigado através da presença de *role models* do sexo feminino, capazes de cativar as estudantes de Medicina a escolherem esta especialidade, tornando-a mais atrativa. Do mesmo modo que se constatou na literatura associada à Ortopedia e Cirurgia Cardiorrástica a importância da concordância de género entre tutora e tutorada, também na Urologia é bastante relevante para as recém-médicas a existência de tutoras do mesmo género, na medida em que estas podem ajudar as próximas médicas especialistas a ultrapassar as dificuldades inerentes à especialidade. Contudo, nesta área predominantemente masculina, há poucas médicas especialistas disponíveis para tutorar, o que diminui a atratividade da especialidade. (46)

Finalizando, compreende-se, através dos tópicos descritos, os motivos pelos quais a médica cirurgiã não considera a especialidade urológica atrativa, na medida em que a ausência de *role models*, o baixo número de médicos urologistas do sexo feminino, associado à dificuldade em progredir na carreira, assim como o viés de género explícito existente, reforçam a ideia de que a Urologia é “um espaço de homens” e que a médica cirurgiã “não pertence” a esta especialidade, perpetuando o ciclo de exclusão simbólico e prático. (39,45–47,65,66)

### **5.2.5. Ginecologia e obstetrícia**

Como observado nos resultados, a GO é a especialidade que apresenta, consistentemente, a maior percentagem de médicas especialistas ao longo dos 13 anos analisados. Desta forma, pode-se considerar que é a única especialidade em que ocorreu feminização. Os motivos pelo qual se verificam estes resultados em Portugal não são recolhidos nesta dissertação, contudo, ao rever a literatura, compreende-se que, nas especialidades que se dedicam à saúde da criança e da mulher, há constantemente uma maior percentagem de médicos do sexo feminino, isto é, em Pediatria e GO (18,40). É exemplo um estudo que analisou a preferência dos géneros por determinadas especialidades e compreendeu-se que a mulher tinha preferência por GO, Pediatria e Clínica Geral. Por sua vez, o homem evidenciava um maior interesse nas especialidades cirúrgicas, sendo referida a Ortopedia. (41) Alguns dos achados referidos na literatura como motivos de preferência estão tanto associados a fatores sociais, como culturais e, até mesmo, a experiências pessoais, sendo que estas influenciam as médicas a escolher especialidades dedicadas à saúde da criança e da mulher e, por outro lado, diminuem o interesse do médico do sexo masculino nas mesmas especialidades.

- Fatores pessoais, sociais, culturais e experiências pessoais.

De forma geral, a GO é social e culturalmente percecionada como uma área “feminina”, principalmente por lidar com a gravidez e parto (associados à maternidade e ao cuidado), com a intimidade corporal feminina e por envolver uma relação empática e comunicação sensível. (51,67–69)

No que toca aos fatores pessoais, um dos estudos revistos analisou as motivações dos médicos e médicas na escolha de determinadas especialidades e um dos pontos evidenciados na escolha de GO foi a própria personalidade e características intrínsecas dos participantes, que consideravam fundamentais para a atividade profissional enquanto médicos ginecologistas e obstetras. Estes descreveram-se como bons ouvintes, capazes de criar um espaço seguro para a discussão de temas sensíveis ou resolver situações desconfortáveis entre os pares, família ou pacientes. Esta auto descrição das médicas demonstra, de certa forma, a realidade dos papéis de género e viés de género explícito, na medida em que as próprias mulheres atribuem a si mesmas características complacentes com o papel de género feminino e consideram, estes atributos, como fundamentais para a vida profissional. Outro fator que motiva as médicas a escolherem esta especialidade é a possibilidade de testemunharem um momento marcante na vida das pacientes, tendo em conta que participam num dos eventos mais significativo da vida das mesmas, neste caso, o nascimento do filho/filha. (70)

Em relação aos fatores sociais, a médica identifica-se com a saúde da mulher e com o empoderamento feminino, ao contrário do médico do sexo masculino. Esta realidade influencia a médica recém-formada a escolher com maior frequência a especialidade de GO, do que os colegas do sexo oposto, o que é evidenciado pela feminização da especialidade nos últimos anos. Esta relação próxima com a saúde da mulher advém do desejo das mesmas contribuírem para a sua própria saúde, atuando como defensoras dos direitos femininos e promotoras do seu empoderamento. No estudo supramencionado, a advocacia e empoderamento foi um dos fatores intrínsecos da especialidade de GO mais elencado pelas médicas inquiridas. Neste estudo, todas as participantes referiram o papel de advocacia e empoderamento da mulher como uma característica atrativa na especialidade. Este interesse advém, também, do panorama atual, em que há um grande mediatismo que rodeia os direitos das mulheres e, principalmente, os direitos reprodutivos. (70)

A variabilidade da prática é também uma característica positiva da especialidade de GO, na medida em que permite aos médicos da mesma escolherem entre uma prática tendencialmente mais cirúrgica ou mais médica, ou focarem-se na investigação, saúde pública ou mesmo prática clínica. Para além destas possibilidades, há ainda um vasto leque de subespecialidades. (42)

No que concerne às experiências pessoais, um estudo alemão evidenciou que os estudantes de Medicina do sexo masculino (62%) tinham pouca prática/experiência na execução do exame ginecológico, quando comparado com as colegas do sexo feminino (29%) (51). Esta realidade influencia bastante a escolha da especialidade por parte dos médicos, na medida em que se observou que fatores externos como as experiências positivas nos estágios ou aulas têm um papel decisivo na escolha final da especialidade. Estas experiências positivas podem ser vistas como um fator motivacional importante para os estudantes no processo de escolha da especialidade. Outros estudos corroboram esta realidade, ao demonstrarem que o estudante do sexo masculino tem menos experiência prática em GO do que os pares femininos e, por este motivo, encontram-se menos satisfeitos com o ensino prático, logo, consideram a especialidade menos atrativa e não se sentem tão motivados a escolhê-la. (51,70-73)

Um dos motivos principais, a nível internacional, para GO ser uma das áreas com maior polarização de género, são as influências culturais. É de notar o caso da Arábia Saudita, em que há uma tendência constante para as estudantes do sexo feminino escolherem Medicina geral, Pediatria ou GO. (70) Outra realidade cultural é o caso do Paquistão, em que as pacientes mulheres preferem médicas do sexo feminino como

ginecologistas, devido à cultura à qual pertencem em que não é correto uma mulher ser vista nua por homens sem ser o próprio marido. Esta preferência cultural torna a GO como uma escolha preferencial para as médicas recém-formadas. Outro estudo paquistanês demonstrou que a principal motivo para a escolha de GO era a preferência pessoal, por paixão pela especialidade ou pela área cirúrgica. Contudo, esta decisão é também influenciada pela família, tendo em conta que, no Paquistão, as decisões tomadas, principalmente pelas mulheres, têm uma grande influencia da família. (74)

Em suma, são evidentes os motivos que tornam a especialidade de GO tão atrativa para a mulher e é também de notar que esta grande feminização da especialidade torna-a ainda mais atrativa para as estudantes de Medicina, na medida em que um maior número de médicas relaciona-se com um maior número de tutoras e, ainda mais relevante, a existência de vários *role models* dentro da especialidade. Deste modo, observa-se exatamente o oposto do que se verificava nas especialidades sub-representadas (nomeadamente Ortopedia e Cirurgia Cardiotorácica). (70)

No que concerne à conciliação entre a vida pessoal e atividade profissional, a literatura é contraditória, tendo em conta que existem artigos que associam a especialidade a um estilo de vida mais controlado e a uma menor dificuldade em conciliar a vida pessoal e profissional (40,42), contudo, também há autores que enfatizam o elevado número de desafios, referindo uma carga horária pesada e muitos turnos noturnos (51,70,73). Deste modo, não é possível retirar uma conclusão concreta, na medida em que a bibliografia não é concordante e não foram encontrados estudos neste âmbito realizados em Portugal. Assim sendo, seria interessante investigar esta realidade no nosso país de modo a compreender se a conciliação vida pessoal/profissional é um obstáculo na escolha da especialidade em questão ou se é algo que a torna mais atrativa.

## 6. Desafios da médica cirurgiã

### 6.1. Papéis de género

Para compreender o estereótipo existente na profissão médica é necessário observar os papéis de género atribuídos pela sociedade tanto ao homem como à mulher. Os papéis de género são definidos pelo Instituto Europeu para a Igualdade de Género como as normas sociais e comportamentais consideradas socialmente apropriadas para indivíduos do mesmo sexo (11). Deste modo, estas construções sociais e psicológicas determinam a posição do homem e da mulher na sociedade e têm impacto a vários níveis da vida do ser humano, nomeadamente no tipo de profissional, companheiro ou progenitor que o indivíduo vai ser (14). A tipologia dos papéis de género consiste em três tipos, sendo a tradicional aquela em que assenta, muitas vezes, a desigualdade de género. Nesta o homem é percecionado como o trabalhador, tendo em conta que é responsável pelo sustento da família, já a mulher tem o dever de cuidar da família e, por isso, é responsável pelo trabalho doméstico (14). De forma geral, o papel do homem na sociedade é percecionado com características como ser destemido, corajoso, competitivo, decisivo e analítico, sendo que as qualidades da mulher incluem a modéstia e ser carinhosa (8).

Em Portugal, a distribuição destes atributos entre mulheres e homens foi identificada e estudada por Lígia Amâncio, que indica que “os sexos biológicos desempenham o papel de critérios classificatórios em torno dos quais se organizam configurações de atributos” (75). É de evidenciar as conclusões que esta autora retirou sobre as representações de feminino e masculino, em que, no caso do homem, verificou que o mesmo poderia estar associado a diversas subcategorias, como por exemplo empresário, atleta, pai, enquanto a mulher era vista apenas numa dimensão: a mulher-mãe, e quando a mesma se encontrava noutra subcategoria, era associada a atributos masculinos. Esta assimetria está associada à construção do “ser”, neste caso “ser” homem ou mulher e contribui para a formação dos papéis de género (75). No que diz respeito às características associadas ao sexo feminino e masculino, Amâncio 1992 utilizou uma lista de cerca de 100 traços que os participantes tinham de classificar em tipicamente masculinos ou femininos. Como resultados, o homem foi associado maioritariamente a características da dimensão de instrumentalidade como ambicioso, forte, racional, objetivo, lutador e seguro, enquanto a mulher foi associada a características das dimensões da expressividade e submissão, como afável, curiosa, frágil, dependente e inferior. Estes resultados demonstram os estereótipos atribuídos a ambos os sexos e, principalmente, permitem compreender a construção dos papéis de género. (76)

Consequentemente, já outros estudos, mais recentes, em diversas áreas, comprovam a persistência destes estereótipos (77,78).

Ao aplicarmos esta realidade à profissão médica, compreendemos que a mulher é percecionada como sendo mais empática, dependente e cuidadora, sendo que não é considerada imparcial, lógica e forte, características normalmente atribuídas ao homem (1,3). É possível, também, compreender que a existência destes papéis de género começa, desde cedo, a interferir nas preferências da escolha da especialidade, sendo que se verifica na vida académica e persiste no internato (3). Por conseguinte, observa-se uma associação entre o papel de género da mulher, a feminização da Medicina e o processo de humanização desta. Esta relação deve-se ao facto das características femininas, como a empatia e escuta ativa, conduzirem os cuidados de saúde a uma abordagem centrada no paciente, com a formação de uma relação mais próxima (79).

No que diz respeito às especialidades cirúrgicas, estes papéis contribuem para o viés de género, sendo que a sociedade assume que a mulher não apresenta os traços de personalidade necessários para o trabalho profissional na área e, desta forma, considera-a menos competente que o homem para executar o mesmo (1). Por outro lado, as médicas que efetivamente seguem o percurso na área cirúrgica acabam por ser ostracizadas, na medida em que a sociedade considera que as mesmas estão a contradizer as normas de género ao terem características comumente associadas ao papel de género masculino (1).

Em relação aos papéis de género nos cargos de liderança, como observado na tabela XIX, é de realçar algumas das palavras atribuídas à mulher líder: organizada, entusiasta, energética, compassiva; enquanto que as características mais atribuídas ao homem na mesma situação são: lógico, prático, versátil, analítico, articulado, competente, confiável, confiante, atlético, entre outras. Por outro lado, Stephens *et al.* 2020, verificou que a mulher líder recebia um maior número de atributos negativos quando comparada ao sexo masculino. Assim, compreende-se que existe a perceção que tem vindo a ser contínua no tempo, de que o homem tem características mais positivas enquanto líder. Estas conclusões devem-se, também, aos papéis de género existentes, que acabam por ter repercussões não só ao nível da escolha da profissão, mas também na progressão da mesma. (80)

Uma das especialidades que se observa nitidamente os estereótipos negativos é a Ortopedia, sendo o cirurgião ortopédico, como já referido, percecionado como um “homem sexista, pouco inteligente e com força física” (10,76). Esta especialidade é reconhecida pelas estudantes do sexo feminino como predominantemente masculina,

tendo esta perceção um impacto bastante negativo dentro da área no que toca à igualdade de género (17).

Tabela XVII. Características atribuídas aos géneros quando em cargos de liderança. [Adaptado e traduzido de Ahmed et al. 2021 (17)]

	<b>Características do homem</b>	<b>Características da mulher</b>
<b>Características percecionadas como positivas</b>	Lógico Prático Versátil Analítico Competente Confiável Sensato Confiante Atlético	Organizada Entusiasta Energética Compassiva
<b>Características percecionadas como negativas</b>	Arrogante Irresponsável	Fofoqueira Temperamental Emocional Fútil Passiva Confusa Oportunista Indecisa Inapta Egoísta

## 6.2. Discriminação e viés de género

Num estudo em que as médicas cirurgiãs foram questionadas sobre a discriminação no local de trabalho, 59% referiram que vivenciaram ou testemunharam discriminação contra a mulher (36). Já Stephens *et al.* 2020 refere que 50% das mulheres no início da carreira cirúrgica experienciam discriminação sexual (11). Pearson *et al.* sugeriu que 61,7% das médicas, comparado com 30% dos médicos do sexo masculino, experienciam assédio sexual durante a prática clínica (58). A discriminação contra as mulheres é definida pela EIGE como “qualquer distinção, exclusão ou restrição com base no sexo que tenha como efeito ou como objetivo comprometer ou destruir o reconhecimento, o gozo ou o exercício pelas mulheres, seja qual for o seu estado civil, com base na igualdade dos homens e das mulheres, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais nos domínios político, económico, social, cultural e civil ou qualquer outro domínio” (2). Portanto, esta refere-se a toda a diferença de tratamento que é baseada no sexo e é realizada em detrimento das mulheres, impedindo a sociedade

de reconhecer os direitos das mesmas e impossibilitando-as de exercerem as liberdades e os direitos fundamentais que lhes são garantidos (81).

Entre as médicas internas alemãs de Neurocirurgia é indicado que experienciam com maior frequência comportamentos inadequados por parte dos superiores (30). Sendo que, um estudo evidenciou que 62% dos neurocirurgiões de ambos os sexos foram assediados sexualmente, sendo as médicas neurocirurgiãs com maior frequência. Outro tipo de discriminação é aquela que não é explícita, neste caso, no tipo de linguagem usada, que pode ser baseada no género, por exemplo, nas conferências médicas internacionais as mulheres tendem a apresentar os oradores com o título profissional, independentemente do género, enquanto que os homens introduzem com menos frequência as oradoras do sexo feminino com o título profissional (37).

O termo microagressões é utilizado para descrever a discriminação subtil ou não intencional contra minorias. Podem ser comentários aparentemente inofensivos que acabam por aumentar o stress experienciado pela pessoa afetada. O impacto destas microagressões, tanto físico como psicológico, leva ao desenvolvimento de mecanismos de defesa e é cada vez mais comumente associado à depressão e ansiedade. Este fenómeno ocorre tipicamente no trabalho e vida pessoal do cirurgião. (17,29) Um estudo realizado nos Estados Unidos verificou que as médicas em formação nas especialidades predominantemente masculinas apresentavam taxas mais elevadas de microagressões (82). Este dado pode ser justificado pela pressão que as médicas sentem para agirem em conformidade com o papel de género feminino, até que, muitas vezes, as microagressões ocorrem mais frequentemente entre as próprias médicas (8). Por conseguinte, o impacto psicológico e stress que as microagressões causam acabam por afetar a progressão da carreira da mulher cirurgiã, sendo que, as médicas que relatam com maior frequência microagressões severas, têm maior probabilidade de deixarem a carreira médica ou reformarem-se mais cedo (8).

No que diz respeito ao viés de género, a EIGE descreve-o como as ações ou pensamentos preconceituosos fundamentados na perceção baseada no género de que a mulher não tem os mesmos direitos nem dignidade que o homem (2). Stephens *et al.* 2020 define-o como a discriminação baseada no sexo do individuo, referindo que, de acordo com os dados, 54% das mulheres experienciaram ou sentiram que iam ser tratadas de forma diferente devido ao seu género. É evidente que o viés de género existe durante o percurso académico e perpetua-se ao longo da carreira médica, desafiando a progressão da mulher na atividade profissional. Torna-se, portanto, mais difícil para a mesma terminar o internato, obter certificação e, até mesmo, ser respeitada. (11)

O viés de género pode ser caracterizado de duas formas: implícito ou explícito. O primeiro caso refere-se às associações mentais que são inconscientes, em que o indivíduo pode ter atitudes que não correspondem às suas crenças e valores. Este é difícil de mitigar tendo em conta que é, por definição, inconsciente. O viés de género explícito corresponde àquilo em que o indivíduo acredita e exprime conscientemente. (15,33)

Salles *et al.* 2019 analisou o viés de género entre profissionais de saúde e cirurgiões, de modo a estimar a existência de viés tanto implícito como explícito. Por conseguinte, foi pedido aos participantes para fazerem a associação entre os géneros e as palavras carreira/família, já para o estudo entre cirurgiões, a associação a realizar era entre os géneros e as palavras cirurgia/Medicina familiar. Os resultados revelaram que, no viés implícito, os profissionais de saúde associavam fortemente o género feminino com a família e o masculino com a carreira, sendo as participantes do sexo feminino as que mais faziam esta associação. Quando observado o viés explícito, eram os inquiridos do sexo masculino que faziam a associação mulher/família mais frequentemente. No estudo entre cirurgiões, ao nível do viés implícito, as associações mais frequentes foram entre mulher/Medicina familiar e homem/cirurgia, não existindo diferenças significativas entre os participantes de ambos os sexos. Não obstante, quando observado o viés explícito, eram os inquiridos do sexo masculino que associavam mais frequentemente o homem com a cirurgia. Em suma, esta análise comprova a existência de viés de género entre os profissionais de saúde e cirurgiões e funciona como ponto de partida para o desenvolvimento de estratégias para colmatar este obstáculo. (15)

Heisler *et al.* 2020 referiu que um ambiente de trabalho que permite tanto viés de género como discriminação baseada no género, é um local onde o assédio sexual é tolerado (figura XII). Ao analisar a especialidade de GO, em que existe uma maior percentagem de médicas, verifica-se também uma maior prevalência de assédio sexual, sendo esta mais comum na médica do que no sexo oposto. Deste modo, observam-se diversas implicações nas médicas que são assediadas sexualmente, nomeadamente perda de confiança, depressão e efeitos negativos nas oportunidades profissionais. (8)

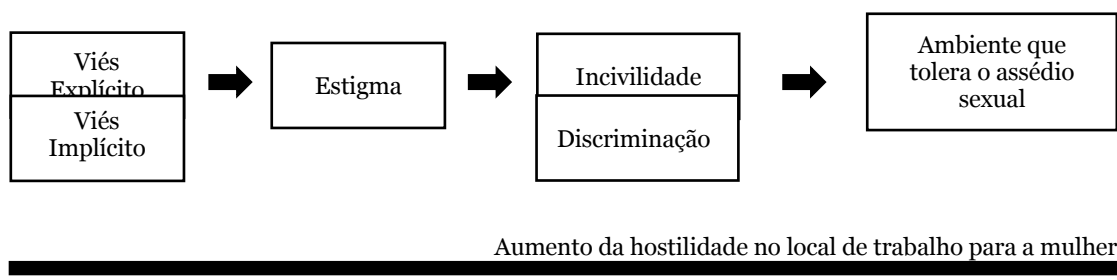


Figura XII. Discrição do viés de género e o seu impacto na criação de um ambiente de trabalho intolerante. [Adaptado e traduzido de Heisler *et al.* 2020 (8)]

### **6.3. Cargos de liderança e trabalho académico**

Vários estudos referem a ausência de médicas ou um baixo número das mesmas nos cargos de liderança e académicos, estando, portanto, sub-representadas mundialmente (30).

A bibliografia refere que quando as cirurgiãs revelam características de líder podem ter ainda mais dificuldades, na medida em que, estas *skills* estão associadas ao papel de género masculino, como, por exemplo, o ser assertivo, decidido e direto. Quando a médica cirurgiã apresenta estas características é entendido como um desafiar do esquema normativo de género, o que causa uma perceção negativa da autoridade feminina. Desta forma, a mulher em cargos de liderança é mais facilmente criticada, sendo que o médico do sexo masculino no mesmo papel é considerado uma pessoa de sucesso e mais admirável por ambos os géneros. (1)

Em relação aos cargos académicos, no Canadá, cada universidade tem uma declaração sobre a diversidade ou um gabinete responsável pela temática, contudo a bibliografia revela que, apesar destes esforços, a mulher continua sub-representada tanto na área académica como nos cargos de liderança, apesar da proporção destas com um nível de estudos mais elevado (mestrados ou doutoramento) ser superior à dos homens. Este estudo demonstrou que a mulher se encontrava mais frequentemente nos cargos mais baixos do corpo docente ou, até mesmo, sem nenhum cargo atribuído apesar de trabalharem para a universidade. Contudo, foi igualmente interessante verificar que quantas mais mulheres integravam no corpo docente, na vertente educativa, maior era a proporção de médicas em formação nessa mesma especialidade. (33) Deste modo, compreende-se a importância de médicas cirurgiãs serem promovidas a cargos de maior importância, não só pelo direito das mesmas à igualdade de género, mas também pela necessidade de existirem *role models* do sexo feminino que motivem as futuras médicas a escolherem as especialidades cirúrgicas.

### **6.4. Conciliação entre a vida pessoal e profissional**

Bellini *et al.* 2019 realizou um estudo em que foi pedido às mulheres cirurgiãs para comentarem o porquê de preferirem outras especialidades clínicas à carreira cirúrgica, e a resposta mais frequente (26%) foi a melhoria na qualidade de vida e conciliação entre a vida pessoal e profissional (36). Este desafio é constantemente referido na bibliografia como uma das principais dificuldades que afeta maioritariamente a médica cirurgiã (29–31,58).

Em primeiro lugar, é necessário referir que a atratividade das especialidades cirúrgicas tem diminuído mundialmente, ao longo das últimas duas décadas e, em vários casos, deve-se a esta dificuldade de gerir a vida pessoal e profissional. De acordo com a bibliografia, um dos motivos que explica esta tendência é a mudança de prioridades dos médicos jovens, na medida em que tendem a priorizar um estilo de vida controlável, em que consigam fazer um balanço saudável entre a vida pessoal e profissional, algo que aparentemente não parece ser possível com a escolha de especialidades cirúrgicas (28). Assim, compreende-se que, desde o início do internato médico nestas especialidades, há já pouca flexibilidade para acomodar as responsabilidades pessoais e familiares (29). Deste modo, é perceptível que ambos os géneros considerem a correta gestão entre a vida pessoal e profissional um ponto crucial na escolha da especialidade, contudo, esta conciliação é ainda mais difícil para as médicas cirurgiãs, tal como explicado em seguida.

A maternidade e parentalidade são dois parâmetros que fazem parte da vida pessoal de qualquer indivíduo que assim o deseje, sendo que é necessário conciliá-los com a vida profissional. Atualmente, existem políticas como a licença de maternidade que facilitam o início da vida familiar, contudo a transição novamente para o trabalho profissional pode ser muito difícil, tendo em conta o desafio que é conciliar a amamentação, a higiene de sono e o cuidar do bebé, com a vida profissional, principalmente quando os hospitais não estão preparados para médicas que amamentam (29). Um exemplo desta realidade é um estudo qualitativo em que 34% das cirurgiãs inquiridas referiram que a profissão não era propícia para a maternidade ou parentalidade (17). Assim, compreende-se, tal como descrito na bibliografia, o porquê da conciliação entre a vida familiar e profissional ser um desafio para a mulher cirurgiã nas mais diversas especialidades analisadas (17,29).

Como referido anteriormente, este foi um dos principais desafios elencados num estudo alemão, em que 78% das médicas neurocirurgiãs não tinham filhos, comparado apenas com 46% dos médicos. Já em Cirurgia Geral, a discrepância era ainda maior, evidenciando 40% das médicas desta especialidade sem filhos e apenas 7% dos médicos. Estes dados demonstram que várias médicas cirurgiãs sacrificam ou renunciam conscientemente a vida familiar, colocando a profissão em primeiro lugar. (30) Já de acordo com Stephens *et al.* 2020, as cirurgiãs têm menos filhos e mais tarde, quando comparadas com o cirurgião, sendo que 40% das cirurgiãs não têm filhos, comparadas com apenas 8% dos cirurgiões. Ao analisar ainda mais ao pormenor, na Cirurgia Cardiorácica 98% das médicas atrasam a gravidez e 79% das médicas internas de Cirurgia Geral identificam a gravidez e maternidade como uma barreira à progressão da carreira. É ainda evidenciado que as mulheres costumam ter, mais vezes, o papel de

cuidadora, estando mais afetadas pela parentalidade, para além da gravidez, parto e amamentação. Portanto, considerando a mulher mais responsável pelo cuidar nos primeiros momentos de maternidade, quererá uma licença ou estatuto *part-time*, o que, muitas vezes, é percecionado como falta de compromisso pela mesma para com a sua carreira cirúrgica. (11)

Por fim, é de evidenciar um estudo que refere que as estudantes de Medicina são desencorajadas pelos médicos de ambos os géneros a seguir uma carreira na área cirúrgica devido às preocupações associadas à conciliação entre a vida pessoal e profissional. Neste estudo também é mencionado que 26% das médicas cirurgiãs estavam insatisfeitas com a carreira em cirurgia, sendo que os motivos que as levavam a considerar desistir do internato eram principalmente um estilo de vida não desejável e excesso de horas de trabalho. Deste modo, há um paradoxo entre explicar às futuras médicas os sacrifícios associados à escolha da área cirúrgica e ao mesmo tempo encorajar as mulheres a escolherem e permanecerem no internato cirúrgico. (36)

Deste modo, compreende-se o desafio constante que é, para a médica cirurgiã, a conciliação entre a vida pessoal e profissional, sendo este um dos principais entraves à sua permanência e progressão nas especialidades da área cirúrgica. Por um lado, para além da falta de apoio institucional, recai sobre a mulher um maior encargo no cuidado dos filhos, já que, na maioria das vezes, é ela quem assume o papel de cuidadora principal (11,34,58). Por outro lado, na carreira cirúrgica há uma maior carga de trabalho, com vários turnos noturnos, elevado esforço mental e físico, devido ao número de horas em pé em que é necessário um elevado nível de concentração (29,30,36). Por conseguinte, surge um dilema para a médica cirurgiã, em que a mesma se sente obrigada a escolher entre a carreira profissional e a vida pessoal. Como consequência, esta dificuldade percecionada em equilibrar as duas esferas torna a carreira cirúrgica menos atrativa para as estudantes de Medicina e médicas recém-formadas (28,38,49,83). Superar esta realidade requer uma transformação cultural e organizacional que valorize a equidade e permita que médicas cirurgiãs possam exercer a sua profissão sem abdicar das dimensões fundamentais da sua vida pessoal.

## **6.5. Remuneração salarial**

As especialidades mais atrativas são aquelas que devem estar a fazer um melhor trabalho a envolver os estudantes de Medicina, as que têm potencial de ser bem remuneradas e tipicamente são as menos responsáveis por pacientes em estado crítico ou emergente (28).

Em vários países verifica-se uma discrepância de remuneração salarial entre os géneros, nomeadamente nos Estados Unidos, em que, em 2016, o sexo feminino recebia significativamente menos do que um médico na mesma posição (8). Deste modo, a discrepância salarial entre géneros é referida na literatura como um dos obstáculos da médica cirurgiã, sendo que a existência desta disparidade contribui para a falta a desigualdade de género na profissão médica. (11,34,58,84) Contudo, esta não é a realidade portuguesa.

Em Portugal, a profissão médica pertence à função pública, deste modo, a remuneração salarial encontra-se tabelada, sendo que ao longo da progressão da carreira há uma proporção direta com o salário, isto é, quanto mais anos de carreira médica, maior será a remuneração salarial (83). Este sistema é semelhante ao que se observa em Espanha, em que a partir do momento em que o profissional se encontra no sistema, não há diferenças na remuneração salarial ou nas condições de trabalho entre o sexo feminino e masculino. Contudo, as circunstâncias de trabalho dependem do chefe e da equipa do serviço, o que pode resultar numa disparidade entre os géneros (29).

Deste modo, apesar de, em Portugal e noutros países com sistemas salariais públicos, não existirem diferenças remuneratórias diretas entre homens e mulheres na mesma posição funcional, importa reconhecer que a desigualdade pode manifestar-se de forma estrutural. A sub-representação da mulher em cargos de chefia e liderança médica, ainda predominantes entre os homens, implica que são eles quem mais frequentemente acedem a funções com gratificações adicionais, poder de decisão e visibilidade institucional (33,43,44). Assim, mesmo num sistema tabelado, o acesso desigual às posições de topo pode traduzir-se numa disparidade salarial indireta, tornando-se mais um obstáculo à progressão profissional da mulher na Medicina. Esta realidade reforça a importância de promover a equidade não apenas nos salários base, mas também nas oportunidades de ascensão e reconhecimento dentro das instituições de saúde. (11,58)

## **6.6. Síndrome de Impostor**

A síndrome de impostor indica a falta de confiança que o indivíduo sente em relação à sua capacidade de concretização e ao medo de ser exposto como fraude (85). Por outras palavras, descreve indivíduos de alto desempenho que, apesar de alcançarem os objetivos propostos com sucesso, não conseguem compreender que são talentosos e duvidam constantemente de si próprios e temem ser expostos como fraudes ou impostores (86)

Há estudos que já demonstraram que profissionais do sexo feminino em áreas de alta exigência, nomeadamente nos STEM, apresentam maior tendência a subestimar as próprias competências, o que impacta diretamente a progressão da carreira. (59,87)

Por conseguinte, esta síndrome está bem documentada na profissão médica e nos respetivos estudantes, nomeadamente na mulher e nas especialidades de elevada exigência como a cirurgia. É de evidenciar um estudo canadense que realizou um questionário de modo a compreender se as médicas cirurgiãs já tinham experienciado a síndrome de impostor. Os resultados foram extremamente elucidativos, na medida em que, das inquiridas, 98,7% referiram já ter tido essa experiência. Sendo que, a falta de confiança afeta pela primeira vez as médicas durante a formação e tende a ser mais intensa nos primeiros cinco anos de prática, diminuindo ao longo do tempo. (85) Já uma revisão sistemática de 62 estudos revelou uma prevalência mais elevada em mulheres médicas e estudantes de Medicina, na medida em que dos 33 estudos analisados que comparavam as taxas da síndrome de impostor por género, 16 deles (cerca de 50%), concluíram que a mulher reportava taxas mais elevadas da síndrome do que o homem, especialmente nas áreas mais competitivas, e relacionou esta característica a um maior grau de ansiedade, depressão e perfeccionismo. (86)

Um outro estudo que analisou traços de personalidade nos internos e especialistas da área cirúrgica concluiu também que a síndrome de impostor e o perfeccionismo eram traços mais comuns no sexo feminino, enquanto que a assertividade era superior no sexo masculino. De forma geral, este artigo demonstrou que os cirurgiões são um grupo perfeccionista e altamente eficaz, com variações, de acordo com o género, na síndrome de impostor e assertividade. Este último fator tem várias implicações na vida do cirurgião, desde o ensino cirúrgico (em que normalmente os indivíduos mais assertivos têm mais à vontade de iniciar a cirurgia) até aos cargos de liderança e progressão na carreira. Deste modo, a auto perceção da falta de assertividade por parte da médica e interna cirurgiã contribui para a falta de confiança e autonomia que sente quando comparada com os pares do sexo masculinos com a mesma qualificação. (88) É de notar que este panorama favorece o debate interno da médica no que toca ao reconhecimento e à dificuldade em ser respeitada, causando ansiedade e dúvida, tendo já sido associado na literatura a altos efeitos negativos na saúde mental e performance enquanto cirurgiã. (11,30,85,88)

Alguns dos motivos que influenciam este panorama são os papéis de género e o viés de género (88,89). No que diz respeito ao primeiro ponto, como já referido, a médica está associada a características mais maternais, sendo considerada mais gentil, sensível

e empática. Deste modo, quando apresenta características que não estão em conformidade com a construção social da mulher, como por exemplo a assertividade, é mal percebida (7,8,11). Consequentemente, a médica, ao ter consciência desta realidade, tende a diminuir o grau de assertividade e a ser concordante com o seu papel de género, o que influencia o grau de confiança, aumentando assim a síndrome de impostor (86,88). Já no que toca ao viés de género, a discriminação baseada no género, esta influencia a falta de confiança da mulher médica na medida em que os especialistas tendem a conceder menos autonomia cirúrgica, neste caso, no bloco operatório, à interna do sexo feminino (89). Esta realidade faz com que as mesmas sejam mais inseguras e não se sintam aptas enquanto cirurgiãs – fatores clássicos associados à síndrome do impostor. (86,88,89)

Com base na literatura analisada, é evidente que a síndrome de impostor entre médicas, especialmente nas especialidades de elevada exigência como a cirurgia, é um fenómeno prevalente, persistente e multifatorial (85,86,88). A conjugação entre fatores individuais, como o perfeccionismo e a auto-perceção da falta de assertividade, e fatores externos, como os papéis de género e o viés de género institucionalizado, contribui significativamente para o aumento da insegurança, da ansiedade e da dúvida na competência profissional destas mulheres (11,30,86,88,89). Esta síndrome não só afeta negativamente a saúde mental das médicas, como também limita a sua progressão na carreira, perpetuando desigualdades de género em contextos clínicos exigentes (85,86,88). Assim, torna-se fundamental reconhecer, abordar e mitigar estes mecanismos internos e estruturais que alimentam o sentimento de impostor, promovendo ambientes de formação e trabalho mais equitativos, onde a confiança e a competência possam florescer independentemente do género (7,8,11,86,88,89).

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

## 7. Estratégias para a diminuição da disparidade de género

Após a breve sistematização dos obstáculos experienciados pelo médico do sexo feminino dentro da área cirúrgica, compreende-se que a sociedade precisa de investir em estratégias que colmatem estas adversidades, de modo a reconhecer, abordar e alcançar num futuro próximo a paridade de género. A relevância da igualdade de género dentro das equipas médicas advém da necessidade de melhorar os cuidados de saúde nos mais diversos parâmetros, nomeadamente, na taxa de mortalidade, sendo que a literatura reconhece que os pacientes tratados por médicas cirurgiãs têm taxas de mortalidade mais reduzidas e, até os doentes operados por médicas cirurgiãs têm taxas de mortalidade pós-operatória aos 30 dias inferiores àqueles operados por médicos cirurgiões. (33)

Por vezes, reconhecer as diferenças entre as especialidades cirúrgicas, assim como conhecer as experiências das médicas especialistas e internas, pode guiar uma melhor abordagem da disparidade de género e de como atuar, ao aprender com as especialidades que têm uma maior proporção de médicas internas e compreender o porquê de estas serem mais atrativas para o sexo feminino. (35) Além do mais, é necessário que estratégias como as que serão inframencionadas sejam reconhecidas não só pelas médicas, como também pelos pares do sexo oposto, tendo em conta que a problemática da disparidade de género ao ser apenas abordada e reconhecida pelo sexo feminino nunca será possível diminuir as desigualdades a 100%. É necessário existir o reconhecimento por parte dos colegas do sexo masculino de que a disparidade de género é uma realidade e é fundamental a adesão destes médicos a estratégias que colmatem este obstáculo de modo a se alcançar uma sociedade igualitária. Um estudo que evidencia as diferenças entre a perceção feminina e masculina foi conduzido na especialidade de Urologia, em que 23% das médicas considerava que a área tinha um ambiente sexista, enquanto que apenas 3,2% dos médicos tinham a mesma perceção. Esta discrepância evidencia um problema ainda maior: a falta de reconhecimento desta problemática por todos os médicos. Este panorama demonstra a importância de existirem estratégias que colmatem a disparidade, ao começar por dar as bases a todos os profissionais para reconhecerem quando algo está errado e tem de ser abordado. (46,65)

Assim sendo, o presente capítulo apresenta estratégias referidas na literatura, sendo algumas das mesmas específicas a desafios supramencionados, nomeadamente o viés de género, a conciliação entre a vida pessoal e profissional ou a falta de tutoras e *role models* femininas. Por fim, são também apresentadas algumas iniciativas e projetos, tendo em conta que as organizações médicas de alguns países, ao reconhecerem a

importância da diversidade de género, já implementaram estratégias específicas para atenuar e futuramente suprimir a desigualdade de género.

### **7.1. Estratégias para colmatar ao viés de género**

Estratégias que diminuem o viés de género implícito nos processos de recrutamento são bastante efetivos no aumento da diversidade de género. Um dos métodos que se demonstrou eficaz é a realização de autoavaliações e sessões de formação sobre o viés implícito, sendo que, departamentos que já o fizeram, duplicaram a taxa de recrutamento de mulheres, quando comparados com departamentos que não as realizaram (8,33). Há até bibliografia que refere que estas formações deviam ser obrigatórias, tendo em conta que está comprovado que a sua existência aumenta a consciencialização dos profissionais de saúde para a temática (8). Outras iniciativas, como mudanças nas políticas das universidades e formações de liderança podem ter, também, um grande impacto no viés implícito (33). Várias organizações corporativas alertam para a importância de realizar módulos de sessões formativas sobre viés implícito, atitude que pode ser adotada para melhorar a formação e educar os cirurgiões (17).

No que concerne às estratégias para colmatar as microagressões foi desenvolvido um método de abordar esta problemática sem parecer acusatório, com a mnemónica GRIT: *Gather your thoughts, Restate, Inquire, Talk it out*. Este mecanismo permite que ambos os indivíduos envolvidos possam refletir e responder mais calmamente.(90)

No que diz respeito ao assédio sexual, Heisler *et al.* 2020 refere algumas estratégias, nomeadamente a utilização de mecanismos para reportar o assédio sexual, assim como ações legais nos diversos departamentos e sociedades profissionais. (8) Outra estratégia referida no estudo mencionado é a necessidade do reconhecimento do viés de género e uma política de tolerância zero para com o assédio sexual.

### **7.2. Estratégias para aumentar a atratividade das especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas**

A falta de *role models* e tutoras do sexo feminino nas especialidades cirúrgicas é também considerada, na bibliografia, como um dos principais motivos para a médica recém-formada não escolher estas especialidades, na medida em que as estudantes de Medicina e médicas jovens consideram-nas menos atrativas.

Hadanny *et al.* 2022 refere como estratégia para a promoção de carreiras na Neurocirurgia a necessidade de tutoras do sexo feminino. Já foi demonstrado que esta mentoria tem um impacto positivo na satisfação com a profissão, retenção na vida académica, produtividade escolar e na síndrome de impostor. (30) A existência de tutoras do sexo feminino é importante na medida em que as cirurgiãs experientes podem ajudar as estudantes, internas e cirurgiãs mais jovens no percurso médico e, também, dar conselhos. Apesar do médico do sexo masculino ser um excelente tutor para o sexo oposto, estas terem um *role model* do mesmo género pode ajudar a identificarem e ultrapassarem obstáculos que são únicos da mulher. (29)

No que toca ao aumento de *role models* femininas, é necessário que estas progridam na carreira e sejam promovidas a cargos de liderança, permitindo que se tornem um exemplo para as médicas recém-formadas (33,43,44,58). Noutras áreas profissionais na Europa e Alemanha, já se observam algumas estratégias, nomeadamente a publicação de empregos em cargos de liderança que dão preferência a pessoas com deficiência e mulheres que tenham a mesma formação que os restantes candidatos, pondo em primeiro lugar as minorias (30,59,87).

Para além do aumento de *role models* e tutoras do sexo feminino, há também outras estratégias que podem ser implementadas para atrair estudantes para as especialidades com maior disparidade de género, sendo algumas destas referidas por Heisler *et al.* 2020. É de evidenciar o aumento da transparência na remuneração salarial, permitindo a diminuição do *gender pay gap*; diversificar os métodos de remuneração, sendo exemplo o trabalho que não é pago, como o ensino, organização de conferências e calendários (trabalho administrativo); e o desenvolvimento e implementação de políticas de licenças parentais e de amamentação iguais e transparentes. (8)

### **7.3. Estratégias que abordem a conciliação entre a vida pessoal e profissional**

A dificuldade em ter um balanço saudável entre a vida pessoal e profissional deve-se, muitas vezes, ao ensino inflexível, isto é, ao longo da formação os médicos internos das especialidades cirúrgicas acabam por ter um excesso de carga e horário laboral, o que dificulta, por exemplo a manutenção das relações externas ao local de trabalho. Uma estratégia para colmatar este desafio é a existência de programas que disponibilizem uma tutoria profissional e uma melhoria da supervisão: o *Supported Return to Training* (SupportRTT) é um exemplo deste tipo de programas. (17)

Já em relação à gravidez e maternidade, é necessário reavaliar as políticas e práticas para garantir equidade, transparência e resposta à problemática de discriminação no local de trabalho. Algumas das estratégias relevantes é o aumento ou implementação de berçários, creches ou escolas primárias nos locais de trabalho, assim como encorajar a licença de maternidade/paternidade sem ser baseada no género. Outros pontos são a redução no número de horas de serviço, tanto noturnas como de trabalho prolongado, ou até mesmo horários de trabalho flexíveis; existirem tutoras do sexo feminino, que oferecem conselhos pessoais sobre como conciliar a gravidez ou maternidade com a vida profissional; e, por fim, desenvolver *guidelines* para as médicas grávidas. (29,30,63)

Deste modo, cabe à geração atual diminuir ou mitigar na sua totalidade os desafios, tanto pessoais como profissionais, que a mulher cirurgiã experiencia; através de estratégias que criem equipas de trabalho igualitárias no que toca ao género e diminuam o viés institucional; com a introdução de métodos de trabalho que, em primeiro lugar, permitam uma formação adequada, e, por conseguinte, permitam à médica desempenhar os restantes papéis sociais na sua plenitude (ser mãe, filha, irmã, esposa, entre outros). (29)

#### **7.4. Iniciativas e projetos que promovem a integração da médica nas especialidades cirúrgicas**

Um estudo dedicado à análise da disparidade de género na Neurocirurgia, demonstrou que a realização de seminários dentro da área, dedicados a estudantes de Medicina, é uma estratégia promissora no recrutamento de médicas do sexo feminino para a especialidade. Para além destes seminários, a existência de novas instituições, associadas às especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas, podem ter, também, um papel influente. (62) Assim, compreende-se que movimentos, projetos ou iniciativas associados às especialidades com maior disparidade de género são relevantes para o aumento da diversidade e há países em que estes já começam a existir.

No que toca a iniciativas nacionais de diferentes países, observam-se os casos do Reino Unido e Espanha. No Reino Unido existe uma iniciativa nacional intitulada de *Women in Surgery* (WinS), que tem vindo, ao longo dos últimos 30 anos, a encorajar, capacitar e inspirar a mulher a seguir a carreira cirúrgica. Para alcançar estes objetivos realizam iniciativas como eventos de *networking*, conferências, partilha de imagens e histórias de médicas cirurgiãs com sucesso, assim como conselhos sobre como conciliar a vida pessoal e profissional (29,35). É de notar que esta iniciativa tem sido eficaz a

aumentar o número de médicas cirurgiãs, na medida em que, em 1991, estas representavam apenas 3% dos médicos e médicas, enquanto que em 2018 este valor subiu para 12,2% (91). Já, em Espanha, foi criado o *Women in MEDicine in Spain* (WOMEDS) com o objetivo de descrever e caracterizar, de forma sistemática e compreensiva, o viés de género na profissão médica, de modo a monitorizar a sua evolução e priorizar políticas associadas à igualdade de género (84). É de evidenciar que movimentos destes já chegaram a Portugal, sendo exemplo o Movimento LIFE – Liderança no Feminino na Saúde. Este é um projeto que pretende refletir, debater e realizar ações que incidam sobre a desigualdade de género existente nos cargos de liderança na saúde no país, sendo que 75% dos profissionais são do sexo feminino e, destes, apenas 38% desempenham cargos de chefia. (92) Este movimento realiza eventos dentro do âmbito da igualdade de género, sendo um deles o programa de mentoria Horizonte *Life*, que tem como objetivo capacitar jovens mulheres e fornecer bases para a aquisição de cargos de liderança, de modo a promover a igualdade de género e desenvolver competências para a progressão na carreira. Esta iniciativa incide sobre alguns dos obstáculos discutidos na presente dissertação, nomeadamente o avanço na carreira, o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, o empoderamento e confiança. (93)

Em Portugal também já se observam iniciativas nas escolas médicas, sendo um dos casos o debate realizado na Faculdade de Medicina do Porto, em março do presente ano. Este teve como temática a mulher e a Medicina, e pretendia refletir sobre alguns dos obstáculos passados e futuros do género feminino nesta profissão. (94) A realização de eventos deste cariz nas faculdades são de elevada importância na medida em que é necessário dar a conhecer a realidade portuguesa às camadas mais jovens e futuros médicos e médicas, de modo a que estes tenham capacidade de promover a igualdade de género desde o início da carreira. De seguida, outra ação interessante, é a inclusão das médicas na escrita de artigos ou textos de opinião que permitam refletir sobre a realidade feminina e fomentar a igualdade de género. É de notar uma notícia escrita por 50 mulheres ligadas à saúde, sendo que cada uma delas referiu uma ideia que gostaria de ver implementada no setor em Portugal. (95)

Em relação às especialidades em que se observou uma maior disparidade de género, na literatura são referidos alguns projetos concretos específicos as especialidades em questão, nomeada para a Cirurgia Torácica/Cardiotorácica, Neurocirurgia e Ortopedia.

#### **7.4.1. Cirurgia Torácica/Cardiotorácica**

Como primeiro exemplo observam-se iniciativas como a primeira sessão científica sobre a mulher na Cirurgia Cardiotorácica, desenvolvida pela *European Society of Thoracic Surgeons* (ESTS), ou a receção anual às mulheres durante a conferência anual desta especialidade. Estes projetos são realizados com o objetivo de encorajar todas as colegas médicas a integrar esta especialidade e aumentar a oportunidade para partilhar experiências e conhecer potenciais tutoras do sexo feminino. (29)

O grupo *Women in Thoracic Surgery* (WTS) inclui docentes das faculdades, médicas internas e estudantes do sexo feminino. Este projeto oferece uma variedade de bolsas escolares para estudantes de Medicina do sexo feminino participarem em conferências nacionais e serem acolhidas por médicas tutoras. Estas experiências são particularmente importantes para estudantes que não tenham no seu hospital universitário acesso a tutoras da especialidade, permitindo até a manutenção desta mentoria à distância. (50) A eficácia desta iniciativa foi estudada por Trehan *et al.* 2015, que demonstrou que 44% das estudantes bolsistas mantinham interesse na especialidade e 20% deste subgrupo escolheram Cirurgia Torácica (96). Estes resultados são bastante positivos e revelam a importância e eficácia de iniciativas como esta.

#### **7.4.2. Neurocirurgia**

A WINS – *Women in Neurosurgery* é um projeto iniciado em 1989, que rapidamente se desenvolveu e se tornou numa organização internacional, que integra neurocirurgiãs de vários países. Esta tem como missão educar, inspirar e encorajar as mulheres neurocirurgiãs a concretizar os seus objetivos pessoais e profissionais (60,61). Deste modo, o objetivo principal é garantir a inclusão na Neurocirurgia e encorajar uma melhoria no ambiente de trabalho, tornando-o mais igualitário. Em 2008, esta organização elencou 4 estratégias para abordar a sub-representação da mulher na Neurocirurgia, sendo estas: caracterizar os desafios inerentes à especialidade; identificar e eliminar práticas discriminatórias que surgem ao atrair estudantes do sexo feminino e ao contratar e promover neurocirurgiões; colocar médicas neurocirurgiãs em posições de liderança; e, por fim, acolher o desenvolvimento de *role models* neurocirurgiãs ao formar e promover médicas internas e especialistas competentes. (32)

#### **7.4.3. Ortopedia**

O *Women in Orthopedics Worldwide* (@orthoWOW) é um exemplo de um programa que foi implementado com sucesso, que tem como objetivo a partilha de

experiências e apoio, assim como grupos informais com o mesmo efeito criados nas redes sociais de modo a chegar a todas as cirurgiãs ortopédicas que se identificam com esta problemática. (17)

Outra iniciativa a referir é a Iniciativa Perry, sendo esta uma estratégia bastante interessante no combate a desigualdade de género na especialidade de Ortopedia. Esta é uma organização sem fins lucrativos com a missão de aumentar a exposição das jovens a áreas como a cirurgia ortopédica e engenharia, tendo como objetivo cativar raparigas a seguirem estas profissões e inspirá-las a serem líderes. O público-alvo são, portanto, as mulheres que frequentam o ensino secundário e as escolas médicas. Como já referido, a Ortopedia é uma especialidade associada a estereótipos negativos, na medida em que, para além de ser predominantemente masculina, é percecionada como um “*old boys club*”. Deste modo, uma das metas da iniciativa Perry é, também, acabar com estes mitos e estereótipos. Para analisar se os programas implementados pela iniciativa tinham resultados positivos, Harbold, D. *et al.* 2021 realizou um estudo que demonstrou que 20% das estudantes que integraram estes programas, no momento da escolha da especialidade, optaram por Ortopedia. Esta percentagem é superior à observada entre os médicos internos da especialidade respetiva, o que demonstra que as mulheres que participam neste programa escolhem mais frequentemente Ortopedia do que a média nacional de mulheres. Concluindo, estes dados revelam a importância e comprovam a eficácia de programas como a Iniciativa Perry. Estes projetos devem, portanto, ser expandidos tanto para mais escolas e, até, outros países, como para outras especialidades que apresentam os mesmos desafios. (48)

Apesar da relevância destas iniciativas, é necessário ter consciência dos pontos negativos da criação das mesmas. A formação destas organizações acaba por conduzir a um aumento no número de eventos dedicados apenas a médicas e oradoras do sexo feminino, contribuindo, deste modo, para a segregação dos géneros e, associando, no caso da WINS, a Neurocirurgia ao género feminino ou masculino, o que em nada contribui para uma sociedade igualitária. Assim, é fundamental refletir sobre as áreas de atuação e respetiva implementação deste tipo de iniciativas, tendo em consideração a sociedade atual, aberta à integração, inclusão e igualdade. (32)

A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo

## 8. Conclusão

A presente dissertação permite refletir sobre a realidade portuguesa no que toca à disparidade de género nas especialidades analisadas, ao longo de 13 anos, assim como compará-la com o panorama internacional, de modo a compreender quais os principais obstáculos que a médica cirurgiã enfrenta e que possíveis estratégias podem ser implementadas para a resolução desta problemática. Deste modo, é possível compreender que os objetivos do presente estudo foram alcançados, sendo que, no que toca aos objetivos 1, 2 e 3, compreendeu-se que a Medicina é uma área em processo de feminização, tanto a nível nacional como mundial. Contudo, esta realidade não se verifica na mesma proporção na área cirúrgica, facto evidenciado pelos resultados do estudo, em que há uma tendência positiva na entrada de médicas mesmo nas especialidades mais masculinizadas (como é o caso de Ortopedia e Urologia), contudo esta tendência não acompanha o crescimento massivo observado nas restantes especialidades médicas. Portanto, compreende-se que, apesar do aumento do número de médicas cirurgiãs, estas continuam em forte minoria na maioria das especialidades analisadas. Assim, tendo em conta estes dados, é necessário refletir sobre a possibilidade deste panorama se perpetuar, tendo em conta a atual conjuntura de forte crise do SNS e a crise de valores com retrocessos eminentes nas conquistas ao nível da igualdade de género e diversidade.

Por conseguinte, evidencia-se um padrão de desigualdade persistente, onde se destaca a sub-representação das mulheres em especialidades historicamente masculinizadas, como Ortopedia, Cirurgia Cardiotorácica, Neurocirurgia e Urologia. Em contrapartida, especialidades como Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia Pediátrica demonstram níveis mais elevados de paridade ou feminização. Ao comparar esta realidade nacional com a internacional observa-se um padrão constante, dado que são as mesmas especialidades que se encontram nos dois extremos. Futuramente, seria interessante analisar a velocidade a que está a ocorrer esta evolução, para compreender quando é que se atingirá paridade nas especialidades analisadas. Esta análise será bastante relevante para o panorama atual, tendo em conta os comentários recentes realizados pela EIGE, que indicam que, apesar da evolução positiva e de, em 2023, se ter atingido o nível mais alto de sempre do Índice de Igualdade de Género da UE, o processo tem decorrido a um ritmo lento, principalmente na igualdade de oportunidades no mercado de trabalho. Ademais, a atual conjuntura nacional, europeia e mundial pode até piorar esta evolução e podemos estar perante um retrocesso no que diz respeito à igualdade de género. (97)

No que toca aos motivos que causam esta desigualdade, compreendeu-se que resultam da interação da realidade das médicas com os fatores socioculturais e estruturais que moldam o percurso profissional das mesmas. Através da revisão da literatura e de modo a dar resposta ao objetivo 4 e 5, foi possível perceber que os papéis de género, o viés de género (implícito e explícito), a escassez de *role models* femininas, as dificuldades de conciliação entre vida pessoal e profissional, e fenómenos como a síndrome de impostor, contribuem significativamente para a perpetuação destas desigualdades.

A análise estatística, aliada a uma revisão crítica da literatura, permitiu traçar um retrato rigoroso e multifacetado da disparidade de género, servindo de mote para propostas concretas de mudança e para estudos futuros que sejam realizados dentro da área médica. Não obstante, é necessário reconhecer algumas das limitações desta investigação. A principal reside no formato em que se encontram os dados na plataforma pública da OM, tendo em conta que é utilizado o sexo biológico como parâmetro, o que impede uma análise plena da identidade de género e das suas diversas expressões, sendo que não se tem em conta a construção social de género. Por outro lado, observamos que os dados quantitativos são apenas referentes aos médicos e médicas especialistas, o que não engloba as várias etapas da carreira médica, como por exemplo o internato ou, até mesmo, os cargos de liderança. Além disso, a abordagem quantitativa não permite captar a totalidade das vivências subjetivas das médicas, sendo que os obstáculos referidos no capítulo 6 são adaptados, maioritariamente, da realidade internacional. Neste sentido, tendo em conta a escassa literatura no âmbito da disparidade de género na área cirúrgica em Portugal é fundamental realizar mais estudos, quer sejam qualitativos, de modo a ter acesso à visão pessoal das médicas e compreender os obstáculos que as mesmas enfrentam, quer sejam mais abrangentes a toda a carreira médica, nomeadamente com grupos de estudo de médicas internas, estudantes de Medicina ou médicas em cargos de liderança. Além disso, será relevante acompanhar o impacto de iniciativas como o Movimento LIFE em Portugal, ou replicar modelos internacionais como a WinS do Reino Unido, avaliando a sua eficácia em contextos culturais distintos.

Conclui-se, assim, que a paridade de género nas especialidades cirúrgicas não será alcançada apenas com o aumento do número de profissionais do sexo feminino, mas exige mudanças estruturais profundas, tanto ao nível institucional como sociocultural. Só através de políticas públicas assertivas, educação para a igualdade e reconfiguração das normas profissionais será possível garantir que todas as pessoas, independentemente do género, tenham acesso justo às mesmas oportunidades, reconhecimento e realização profissional.

## 9. Referências Bibliográficas

1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015.
2. European Institute for Gender Equality [Internet]. [cited 2025 Mar 6]. Glossary and thesaurus. Available from: <https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus>
3. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género [Internet]. [cited 2025 Mar 7]. Igualdade entre Homens e Mulheres. Available from: <https://www.cig.gov.pt/area-igualdade-entre-mulheres-e-homens/enquadramento/>
4. Igualdade de Género em Portugal 2021 - Trabalho e Emprego. 2021.
5. Igualdade de Género em Portugal 2021 - Educação, Formação e Ciência. 2021.
6. Fahndrich E. União Europeia. 2021. Direitos das mulheres: existe igualdade de género na Europa?
7. Sierra A, Pagés R, Sinha M, Juliebø-Jones P, Bosschieter J, Rassweiler MC, et al. Gender Demographics in Urology in Europe: Trend Analysis over a 10-year Period. *Eur Urol Focus*. 2024;
8. Heisler CA, Mark K, Ton J, Miller P, Temkin SM. Has a critical mass of women resulted in gender equity in gynecologic surgery? Vol. 223, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Mosby Inc.; 2020. p. 665–73.
9. Powell M, Wilder F, Obafemi O, Mohan N, Higgins R, Tang X, et al. Trends in Diversity in Integrated Cardiothoracic Surgery Residencies. *Annals of Thoracic Surgery*. 2022 Sep 1;114(3):1044–8.
10. Peterman NJ, Macinnis B, Stauffer K, Mann R, Yeo EG, Carpenter K. Gender Representation in Orthopaedic Surgery: A Geospatial Analysis From 2015 to 2022. *Cureus*. 2022 Jul 26;
11. Stephens EH, Heisler CA, Temkin SM, Miller P. The Current Status of Women in Surgery: How to Affect the Future. Vol. 155, *JAMA Surgery*. American Medical Association; 2020. p. 876–85.
12. Wilson D, Engstrand E, Schoel L, Goldblatt MI, Higgins RM, Dream S. Gender Disparities in General Surgery Resident Subspecialization. *American Surgeon*. 2023 Dec 1;89(12):5972–7.
13. Boutros CS, Bassiri A, Jiang B, Sinopoli J, Tapias L, Linden PA, et al. Gender Disparities in Surgical Subspecialties: A CMS Data Analysis. *Journal of Surgical Research*. 2024 Oct 1;302:765–72.
14. Somech A, Drach-Zahavy A. Gender Role Ideology. In: *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*. Wiley; 2016. p. 1–3.
15. Salles A, Awad M, Goldin L, Krus K, Lee JV, Schwabe MT, et al. Estimating Implicit and Explicit Gender Bias among Health Care Professionals and Surgeons. *JAMA Netw Open*. 2019 Jul 5;2(7).
16. Carapinheiro G, Pintassilgo S. Retrato da Feminização da Profissão Médica no Feminino. In: *IX Congresso Português de Sociologia*. 2016.
17. Ahmed BM, Hamilton LC. Current challenges for women in orthopaedics. *Bone Joint Open*. 2021 Nov;2(10).
18. Bennett CL, Baker O, Rangel EL, Marsh RH. The Gender Gap in Surgical Residencies. Vol. 155, *JAMA Surgery*. American Medical Association; 2020. p. 893–4.
19. Ramalho H, Frazão A, Soure AP, Graça D, Alves F, Cadavez H, et al. Carreira Médica, um olhar em três tempos. 2018. p. 7–9.
20. Seabra J, Almeida C, Santos J, Froes LF, Simões PC, Coelho P, et al. Novo relatório sobre a Carreira Médica em Portugal. 2022 Apr.

21. Regime Legal das Carreiras Médicas.
22. A História da Ordem dos Médicos [Internet]. [cited 2025 Feb 4]. Available from: <https://ordemdosmedicos.pt/a-ordem/historia-da-ordem/a-historia>
23. Estatuto da Ordem dos Médicos (versão atualizada). In 2023. Available from: [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_print\\_articulado.php?tabela=leis&artigo\\_id=&nid=868&nversao=&tabela=leis](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=&nid=868&nversao=&tabela=leis)
24. Administração Central do Sistema de Saúde [Internet]. [cited 2025 Mar 19]. Internato Médico. Available from: <https://www.acss.min-saude.pt/2016/09/12/internato-medico/>
25. <https://www.chcbeira.min-saude.pt/servicos-clinicos/> [Internet]. Serviços Clínicos da ULS Cova da Beira.
26. Antunes F. O espaço europeu de ensino superior para uma nova ordem educacional? :1–28.
27. Duarte V. Género / Gender. In: *Conceitos-chave em Sociologia da Infância Perspetivas Globais / Key concepts on Sociology of Childhood Global Perspectives*. UMinho Editora; 2021. p. 259–67.
28. Saadé S, Delafontaine A, Cattan J, Celanie D, Saiydoun G. Attractiveness and gender dynamics in surgical specialties: a comparative analysis of French medical graduates (2017–2022). *BMC Med Educ*. 2024 Dec 1;24(1).
29. Pompili C, Veronesi G, Novoa NM, Gomez-Hernandez MT, Sharkey AJ, Bhatti F, et al. Women in thoracic surgery: European perspectives. Vol. 13, *Journal of Thoracic Disease*. AME Publishing Company; 2021. p. 439–47.
30. Hadanny A, Pilitsis JG. Gender Disparity in German Neurosurgery. Vol. 136, *Journal of Neurosurgery*. American Association of Neurological Surgeons; 2022. p. 1139–40.
31. Graham V, Arora B. Women in surgery: trends in nine surgical specialties. *ANZ J Surg*. 2023 Oct 17;93(10):2344–9.
32. Garozzo D, Rispoli R, Graziano F, Gerardi RM, Grotenhuis A, Jenkins A, et al. Women in Neurosurgery: Historical Path to Self-Segregation and Proposal for an Integrated Future. *Front Surg*. 2022 Jun 28;9.
33. Hunter J, Crofts H, Keehn A, Schlagintweit S, Luc JGY, Lefaiivre KA. Gender imbalance amongst promotion and leadership in academic surgical programs in Canada: A cross-sectional Investigation. Vol. 16, *PLoS ONE*. Public Library of Science; 2021.
34. Myrcha P, Siripurapu V, Gloviczki M, Dua A, Gloviczki P. Women Surgeons: Barriers and Solutions. *Ann Vasc Surg*. 2024 Aug 1;105:325–33.
35. Newman TH, Parry MG, Zakeri R, Pegna V, Nagle A, Bhatti F, et al. Gender diversity in UK surgical specialties: A national observational study. *BMJ Open*. 2022 Mar 21;12(2).
36. Bellini MI, Graham Y, Hayes C, Zakeri R, Parks R, Papalois V. A woman’s place is in theatre: Women’s perceptions and experiences of working in surgery from the Association of Surgeons of Great Britain and Ireland women in surgery working group. *BMJ Open*. 2019 Jan 1;9(1).
37. Santucci C, López-Valcarcel BG, Avendaño-Solá C, Bautista MC, Pino CG, García LL, et al. Gender inequity in the medical profession: the women doctors in Spain (WOMEDS) study. *Hum Resour Health*. 2023 Dec 1;21(1).
38. Khan S. The impact of gendered experiences on female medical students’ specialty choice: A systematic review. *Am J Surg*. 2023 Jan 1;225(1):33–9.
39. Kim S, Forough F, Braga L. Survey on the perception of urology as a specialty by medical students. 2016 Nov.

40. Sofia Mendes A, Henrique Duarte D. OS ESTUDANTES DE MEDICINA: EXPECTATIVAS NA ESCOLHA DA ESPECIALIDADE. 2010.
41. Alers M, van Leerdam L, Dielissen P, Lagro-Janssen A. Gendered specialities during medical education: a literature review. Vol. 3, Perspectives on Medical Education. Bohn Stafleu van Loghum; 2014. p. 163–78.
42. Duhm L, Wittek A, Walter A, Plöger R, Haverkamp N, Marinova M, et al. Factors influencing medical students' interest in obstetrics and gynecology: a longitudinal study on career preferences. Arch Gynecol Obstet. 2025 Mar 1;
43. Cabral M, Paixão M, Leite A. Gender distribution in medical leadership roles in Portugal: The example of candidacy to bodies of the portuguese medical association 2017-2019. Acta Med Port. 2021;33(13).
44. Motter SB, Brandão GR, Iaroseski J, Spadoa JL, Alves AV, de Assis Brasil CM, et al. Women representation in academic and leadership positions in surgery in Brazil. The American Journal of Surgery. 2022 Jan;223(1):71–5.
45. Martin LH, Haslam RE, Agnor R, Collins A, Bassale S, Seideman CA. Perceptions of Gender Equity by Urologic Subspecialty. Urology. 2023 Apr 1;174:35–41.
46. Women in urology — closing the gap. Vol. 20, Nature Reviews Urology. Nature Research; 2023. p. 385.
47. Black P. A Global Pandemic Is Not Our Only Challenge in Urology. The Société Internationale D'Urologie Journal. 2021;(2):5–6.
48. Harbold D, Dearolf L, Buckley J, Lattanza L. The Perry Initiative's Impact on Gender Diversity Within Orthopedic Education. 2021 Nov; Available from: <https://doi.org/10.1007/s12178-021-09717-4>
49. Fitzgerald JEF, Tang SW, Ravindra P, Maxwell-Armstrong CA. Gender-related perceptions of careers in surgery among new medical graduates: results of a cross-sectional study. The American Journal of Surgery. 2013 Jul;206(1):112–9.
50. Miller VM, Padilla LA, Swicord WB, Burns ZR, Sorabella RA, Cleveland DC, et al. Gender Differences in Cardiothoracic Surgery Interest Among General Surgery Applicants. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2020.09.012>
51. Riedel M, Hennigs A, Dobberkau AM, Riedel C, Bugaj TJ, Nikendei C, et al. The role of gender-specific factors in the choice of specialty training in obstetrics and gynecology: results from a survey among medical students in Germany. Arch Gynecol Obstet. 2022 Jan 1;305(1):129–37.
52. Samora JB, Denning J, Haralabatos S, Luong M, Poon S. Do women experience microaggressions in orthopaedic surgery? Current state and future directions from a survey of women orthopaedists. Curr Orthop Pract. 2020 Sep;31(5):503–7.
53. Barnes KL, Dunivan G, Sussman AL, McGuire L, McKee R. Behind the Mask: An Exploratory Assessment of Female Surgeons' Experiences of Gender Bias. Academic Medicine. 2020 Oct 7;95(10):1529–38.
54. Whitaker J, Hartley B, Zamora R, Duvall D, Wolf V. Residency Selection Preferences and Orthopaedic Career Perceptions: A Notable Mismatch. Vol. 478, Clinical Orthopaedics and Related Research. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. 1515–25.
55. Gao SW, Forcillo J, Watkins AC, Antonoff MB, Luc JGY, Chung JCY, et al. 60 Years After the First Woman Cardiac Surgeon: We Still Need More Women in Cardiac Surgery. Vol. 3, CJC Open. Elsevier Inc.; 2021. p. S89–94.

56. Vaporciyan AA, Reed CE, Erikson C, Dill MJ, Carpenter AJ, Guleserian KJ, et al. Factors affecting interest in cardiothoracic surgery: Survey of North American general surgery residents. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2009 May;137(5):1054–62.
57. Foote DC, Meza JM, Sood V, Reddy RM. Assessment of Female Medical Students' Interest in Careers in Cardiothoracic Surgery. *J Surg Educ*. 2017 Sep 1;74(5):811–9.
58. Pearson C, Piper M, Bhanja D, Zhou S, Burns AS. Career satisfaction in women surgeons: A systematic review and meta-analysis. Vol. 226, *American Journal of Surgery*. Elsevier Inc.; 2023. p. 616–22.
59. van Veelen R, Derks B, Endedijk MD. Double trouble: How being outnumbered and negatively stereotyped threatens career outcomes of women in STEM. *Front Psychol*. 2019;10(FEB).
60. Lulla T, Hansen RTB, Smith CA, Silva NA, Patel N V., Nanda A. Women neurosurgeons around the world: a systematic review. *Neurosurg Focus*. 2021 Mar 1;50(3):1–11.
61. Zeitlberger AM, Baticam NS, Sprenger L, Tizi K, Schaller K, Stienen MN. Gender disparity in neurosurgery: A multinational survey on gender-related career satisfaction. *Brain and Spine*. 2022 Jan 1;2.
62. Gluski JM, Yim DA, Yoon E, Marupudi NI. Women in Neurosurgery: A PRISMA-Compliant Systematic Review of Where We Stand and a Pilot Study on How to Move Forward. *World Neurosurg*. 2022 Nov 1;167:205-212.e2.
63. Karagianni M, Mihaylova S, Tzerefos C, Janssen IK, Tsianaka E, Murphy M, et al. What to expect, when you expect. The neurosurgical perspective. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2024 Nov 1;129.
64. Maehara T, Kamiya K, Fujimaki T, Matsumura A, Hongo K, Kuroda S, et al. A Questionnaire to Assess the Challenges Faced by Women Who Quit Working as Full-Time Neurosurgeons. *World Neurosurg*. 2020 Jan 1;133:331–42.
65. Sofia R, Luca O, Simona I, Simone P, Serena P, Stefano G, et al. Is Urology a gender-biased career choice? A survey-based study of the Italian medical students' perception of specialties. *Front Surg*. 2022 Jul 29;9.
66. Talwar HS, Narain TA. Highs and lows of being a urologist: A perspective. Vol. 97, *Postgraduate Medical Journal*. BMJ Publishing Group; 2021. p. 681–2.
67. Escolha de ginecologia e obstetrícia por graduandos da Universidade de Brasília um estudo de influências numa série histórica.
68. Plunkett BA, Kohli P, Milad MP. The importance of physician gender in the selection of an obstetrician or a gynecologist. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 May;186(5):926–8.
69. Fehlmann A, Abbiati M, Dällenbach P, Savoldelli LG. Motives influencing students' preferences for obstetrics and gynaecology speciality: A cross-sectional multi-site Swiss study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2019 Jun 1;237:157–63.
70. Green IC, Ainsworth AJ, Riddle J, Finnie DM, Chou B. Choosing a women's health career. *BMC Med Educ*. 2018 Nov 6;18(1).
71. Wallbridge T, Holden A, Picton A, Gupta J. Does medical students' gender affect their clinical learning of gynaecological examination? A retrospective cohort study. *Postgrad Med J*. 2018 Jun 1;94(1112):325–9.
72. Chang JC, Odrobina MR, McIntyre-Seltman K. The Effect of Student Gender on the Obstetrics and Gynecology Clerkship Experience. *J Womens Health*. 2010 Jan;19(1):87–92.

73. Fukuda Y, Harada T. Gender differences in specialty preference and mismatch with real needs in Japanese medical students [Internet]. 2010. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/10/15>
74. Ahmed I, Ashar A. To be or not to be an obstetrician / gynaecologist. *Pak J Med Sci.* 2020 Sep 1;36(6):1–6.
75. Amâncio L. Género - Representações e Identidades. *Sociologia - Problemas e Práticas.* 1993;(14):127–40.
76. Amâncio L. As Assimetrias nas representações do género. *Revista Crítica de Ciências Sociais.* 1992;9–22.
77. Alvarez T, Vieira CC. O papel da educação no caminho que falta percorrer em Portugal na desconstrução dos estereótipos de género: breves reflexões. *Exedra Revista Científica ESEC* [Internet]. 2014;8–17. Available from: [http://www3.weforum.org/docs/GGGR14/GGGR\\_CompleteReport\\_2014.pdf](http://www3.weforum.org/docs/GGGR14/GGGR_CompleteReport_2014.pdf)
78. Sales-Oliveira C, Villas-Boas S, Las-Heras S. Estereótipos de género e sexismo em docentes do ensino superior. *Revista Iberoamericana de Educación Superior* [Internet]. 2015 Jun 3;VII:22–41. Available from: <http://orientation.ac-clermont.fr/pmb/>
79. Pelley E, Carnes M. When a Specialty Becomes “women’s Work”: Trends in and Implications of Specialty Gender Segregation in Medicine. Vol. 95, *Academic Medicine.* Wolters Kluwer Health; 2020. p. 1499–506.
80. Soares Machado M do C. A feminização da medicina. 2003.
81. Discriminação contra as Mulheres: A Convenção e o Comité. Ficha Informativa Sobre Direitos Humanos nº22 Rev 2.
82. Barnes KL, McGuire L, Dunivan G, Sussman AL, McKee R. Gender Bias Experiences of Female Surgical Trainees. *J Surg Educ.* 2019 Nov 1;76(6):e1–14.
83. Tabela salarial 2025.
84. Santucci C, López-Valcarcel BG, Avendaño-Solá C, Bautista MC, Pino CG, García LL, et al. Gender inequity in the medical profession: the women doctors in Spain (WOMEDS) study. *Hum Resour Health.* 2023 Dec 1;21(1).
85. McCall J, Pudwell J, Pyper JS, Nitsch R. Impostor Phenomenon and Impact on Women Surgeons: A Canadian Cross-Sectional Survey. *J Am Coll Surg.* 2024 Sep 7;239(3):298–308.
86. Bravata DM, Watts SA, Keefer AL, Madhusudhan DK, Taylor KT, Clark DM, et al. Prevalence, Predictors, and Treatment of Impostor Syndrome: a Systematic Review. Vol. 35, *Journal of General Internal Medicine.* Springer; 2020. p. 1252–75.
87. Reuben E, Sapienza P, Zingales L. How stereotypes impair women’s careers in science. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2014 Mar 25;111(12):4403–8.
88. Medline A, Grissom H, Guissé NF, Kravets V, Hobson S, Samora JB, et al. From Self-efficacy to Impostor Syndrome: The Intrapersonal Traits of Surgeons. *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev.* 2022 Apr 12;6(4).
89. Meyerson SL, Sternbach JM, Zwischenberger JB, Bender EM. The Effect of Gender on Resident Autonomy in the Operating room. *J Surg Educ.* 2017 Nov;74(6):e111–8.
90. Warner NS, Njathi-Ori CW, O’Brien EK. The GRIT (Gather, Restate, Inquire, Talk It Out) Framework for Addressing Microaggressions. *JAMA Surg.* 2020 Feb 1;155(2):178.
91. Shrestha BM. Women in Surgery: Changing Perspectives. *Journal of Nepal Medical Association.* 2019 Dec 31;57(220).

92. Movimento LIFE - Liderança no Feminino [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.movimentolife.pt>
93. Programa de mentoria promove a liderança no feminino. Roche [Internet]. 2025 Feb 25 [cited 2025 Jun 8]; Available from: <https://www.corporate.roche.pt/atualidade/programa-de-mentoria-promove-a-lideranca-no-feminino>
94. Azevedo C, Magalhães O. Bicentenário da FMUP debate a Medicina no feminino. Notícias UP [Internet]. 2025 Mar 7 [cited 2025 Jun 8]; Available from: <https://noticias.up.pt/2025/03/07/bicentenario-da-fmup-debate-a-medicina-no-feminino/>
95. Fevereiro S. 50 mulheres, 50 ideias que vão mudar a Saúde. Expresso [Internet]. 2023 Mar 3 [cited 2025 Jun 8]; Available from: <https://expresso.pt/iniciativaseprodutos/projetos-expresso/50-mulheres/2023-03-03-50-mulheres-50-ideias-que-vao-mudar-a-Saude-ab0ef6a7>
96. Trehan K, Zhou X, Yang SC. Is medical student interest in cardiothoracic surgery maintained after receiving scholarship awards? In: Annals of Thoracic Surgery. Elsevier USA; 2015. p. 926–31.
97. Gender equality still progressing at snail's pace in the EU. 2023 Oct 26 [cited 2025 Jun 20]; Available from: <https://www.eesc.europa.eu/en/news-media/press-releases/gender-equality-still-progressing-snails-pace-eu#:~:text=In%202023%2C%20the%20EU%20gender%20equality%20index%20registered,it%20is%20all%20happening%20at%20a%20snail%27s%20pace.>

## Apêndices

### Apêndice 1 – Dados relativos à representação feminina nas especialidades analisadas, entre 2010 e 2023

Especialidades	Médicas 2010	Total 2010	% S Feminino 2010	Médicas 2012	Total 2012	% S Feminino 2012	Médicas 2014	Total 2014	% S Feminino 2014	Médicas 2016	Total 2016	% S Feminino 2016
Dermatovenerologia	158	322	49,07%	180	347	51,87%	197	368	53,53%	206	381	54,07%
Estomatologia	149	672	22,17%	146	650	22,46%	147	614	23,94%	153	601	25,46%
Ginecologia/Obstetrícia	885	1518	58,30%	960	1591	60,34%	1014	1650	61,45%	1078	1714	62,89%
Oftalmologia	283	890	31,80%	306	935	32,73%	338	990	34,14%	379	1043	36,34%
Ortopedia	70	984	7,11%	85	1039	8,18%	101	1106	9,13%	116	1150	10,09%
Otorrinolaringologia	124	570	21,75%	143	595	24,03%	157	622	25,24%	172	636	27,04%
Urologia	6	353	1,70%	10	383	2,61%	13	407	3,19%	18	429	4,20%
Angiologia e Cirurgia Vascular	22	149	14,77%	26	160	16,25%	29	171	16,96%	32	185	17,30%
Cirurgia Cardiorotácia	9	111	8,11%	11	117	9,40%	11	120	9,17%	14	128	10,94%
Cirurgia Geral	323	1510	21,39%	374	1596	23,43%	407	1639	24,83%	447	1690	26,45%
Cirurgia Maxilo-Facial	13	90	14,44%	14	93	15,05%	17	95	17,89%	18	103	17,48%
Cirurgia Pediátrica	39	107	36,45%	45	116	38,79%	50	123	40,65%	55	127	43,31%
Cirurgia Plástica Reconstrutiva e Estética	52	206	25,24%	55	213	25,82%	60	225	26,67%	67	241	27,80%
Neurocirurgia	19	173	10,98%	22	183	12,02%	33	204	16,18%	35	207	16,91%

Especialidades	Médicas 2018	Total 2018	% S Feminino 2018	Médicas 2020	Total 2020	% S Feminino 2020	Médicas 2023	Total 2023	% S Feminino 2023
Dermatovenerologia	221	397	55,67%	235	415	56,63%	258	450	57,33%
Estomatologia	156	589	26,49%	160	581	27,54%	173	584	29,62%
Ginecologia/Obstetrícia	1139	1772	64,28%	1201	1833	65,52%	1299	1910	68,01%
Oftalmologia	402	1094	36,75%	428	1143	37,45%	459	1176	39,03%
Ortopedia	132	1222	10,80%	154	1289	11,95%	195	1406	13,87%
Otorrinolaringologia	194	665	29,17%	215	696	30,89%	257	748	34,36%
Urologia	24	439	5,47%	29	454	6,39%	37	475	7,79%
Angiologia e Cirurgia Vascular	39	196	19,90%	45	216	20,83%	55	231	23,81%
Cirurgia Cardiorotácia	17	139	12,23%	16	142	11,27%	16	141	11,35%
Cirurgia Geral	502	1762	28,49%	554	1827	30,32%	629	1887	33,33%
Cirurgia Maxilo-Facial	22	108	20,37%	25	115	21,74%	32	131	24,43%
Cirurgia Pediátrica	58	130	44,62%	66	140	47,14%	74	148	50,00%
Cirurgia Plástica Reconstrutiva e Estética	74	264	28,03%	77	279	27,60%	90	301	29,90%
Neurocirurgia	39	220	17,73%	43	240	17,92%	49	259	18,92%

## Anexos

### Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética



comissaoeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

#### Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2025-017-ID7104

Na sua reunião de 15 de abril de 2025, a Comissão de Ética apreciou a documentação submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**A disparidade de género nas especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas em Portugal: um estudo quantitativo**”, da proponente **Isabel Praça Hormigo Diogo Correia**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2025-017.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, pelo que esta Comissão de Ética emite um parecer **favorável** à realização do projeto, nos moldes descritos naquela documentação.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **AMÉLIA MARIA MONTEIRO  
FERNANDES NUNES**  
Num. de Identificação: B1102417849  
Data: 2025.05.13 22:36:15+01'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Associada)

---

A CE-UBI e a UBI não se responsabilizam por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do estudo. As opiniões e conclusões contidas nos documentos resultantes desta investigação são da exclusiva responsabilidade dos autores do projeto.