



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E CONTABILIDADE**  
**DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO**  
**CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

**ISABELLE CHRISTINE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL DE MÉDICAS CIRURGIÃS: MULHERES NA**  
**MEDICINA PARA ALÉM DOS CLICHÊS**

**FORTALEZA**

**2017**

ISABELLE CHRISTINE OLIVEIRA DOS SANTOS

**SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL DE MÉDICAS CIRURGIÃS: MULHERES NA  
MEDICINA PARA ALÉM DOS CLICHÊS**

Monografia apresentada ao Curso de Administração do Departamento de Administração da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Tereza Cristina Batista de Lima.

FORTALEZA  
2017

ISABELLE CHRISTINE OLIVEIRA DOS SANTOS

**SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL DE MÉDICAS CIRURGIÃS: MULHERES NA  
MEDICINA PARA ALÉM DOS CLICHÊS**

Monografia apresentada ao Curso de Administração do Departamento de Administração da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Tereza Cristina Batista de Lima.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Tereza Cristina Batista de Lima (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Me. Elidihara Trigueiro Guimarães  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Me. Luis Eduardo Brandão Paiva  
Universidade Federal do Ceará (UFC- PPAC)

Aos meus pais, Kátia e Frederico, ao meu marido Leonardo e ao meu irmão Thiago: meus amores maiores.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por estar comigo e me abençoar em todos os momentos da graduação, mesmo quando ingressar na Universidade Federal do Ceará ainda era um sonho. Desde então e até o fim, pude ver o agir de Deus em cada detalhe, direcionando-me e me dando forças para enfrentar os inúmeros desafios que surgiram ao longo desses anos. A Ele toda honra e toda glória para sempre.

Aos meus pais, Kátia e Frederico, que sempre se sacrificaram pela minha educação, mesmo com as dificuldades que passamos em tantos momentos. Deles recebi amor, carinho, exemplo de força e uma educação que me propiciou garra e determinação em busca de meus sonhos. Agradeço também ao meu irmão Thiago e a toda minha família pelo apoio, amor e orações.

Ao meu esposo Leonardo, que esteve comigo em todos esses anos e acompanhou minha jornada desde o pré-vestibular, me dando forças e acreditando que seria possível. Agradeço pelo apoio, pela compreensão, pelo exemplo e pelo amor sempre em todos os momentos.

À amiga Natany, por ter vivido tudo isso comigo, pelo apoio e por ter ajudado de forma direta na concretização desse sonho. Aos demais amigos e colegas que contribuíram com minha formação, direta ou indiretamente, em especial aos membros da “Equipe Master”, com os quais ri, chorei e enfrentei desafios. Foi uma época maravilhosa que nunca esquecerei.

A minha orientadora Profa. Dra. Tereza Lima por ter me recebido, pelos ensinamentos dados e por ter feito esse momento tão tenso que é a construção de uma monografia se tornar prazeroso. Agradeço muito também à equipe de apoio da Profa. Tereza: Davi Marques, Eduardo Brandão e Rafaela Araújo, por toda atenção, apoio e dedicação em ajudar sempre que precisei.

À Profa. Me. Elidihara Trigueiro e ao Me. Eduardo Brandão pela disposição e presteza em participar da banca.

Às cirurgiãs que contribuíram com esta pesquisa, que não só dedicaram um pouco de seu tempo exíguo para colaborar com este trabalho, mas também me serviram de inspiração e exemplo de determinação, força e empoderamento.

As minhas colegas de trabalho, pelo suporte e pela ajuda nos momentos finais dessa monografia, e ao meu chefe, pela compreensão e apoio nesse momento.

Muito obrigada a todos.

*“[...] nem olhos viram, nem ouvidos ouviram,  
nem jamais penetrou em coração humano o que  
Deus tem preparado para aqueles que o amam.”*

*(1 Coríntios 2:9)*

## RESUMO

Este estudo objetivou investigar como ocorre a socialização profissional de mulheres cirurgiãs da cidade de Fortaleza-CE, tomando como principais fundamentos teóricos Hughes (1958) e Dubar (2005). Buscou-se, por meio das categorias de análise “passagem através do espelho”, “instalação da dualidade” e “ajuste da concepção em si”, entender como se dá a inserção de mulheres na carreira de cirurgiã, compreender a percepção da cirurgiã a respeito de sua profissão e verificar as impressões dessas profissionais sobre sua carreira e sua identidade profissional. Esta pesquisa caracterizou-se como qualitativa, descritiva, realizada mediante entrevistas semiestruturadas com 10 cirurgiãs, analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Como resultados identificou-se que o interesse maior por essa área partiu de características de personalidade que possuíam e julgavam ser importantes a um cirurgião, assim como o desejo por resolver o problema do paciente de forma mais prática e objetiva. Contudo, verificou-se que houve conflitos entre a cultura leiga e a profissional das entrevistadas. Percebeu-se, ainda, que a inserção profissional foi marcada por desafios, principalmente no que se refere a preconceitos e à conciliação da vida pessoal com a profissional, no entanto, notou-se que as cirurgiãs são profissionais satisfeitas com sua carreira e que o mercado está se abrindo cada vez mais para novas ingressantes.

**Palavras-chave:** Socialização Profissional; Cirurgiãs; Mulheres.

## ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate how the professional socialization of surgeon women from Fortaleza-CE occurs, taking Hughes (1958) and Dubar (2005) as main theoretical fundamentals. It was sought, by the “passage through the mirror”, “duality installation” and “adjustment of the conception itself” category analysis, to understand how the insertion of women on surgeon career happens, understand the perception of the surgeon about her occupation and verify the impressions of these professionals about her career and professional identity. This research is qualitative, descriptive, and was made by semi-structured interviewing 10 surgeons, which were analyzed through the content analysis technique. As results, it was identified that the biggest interest for this area came from characteristics of personality that they already had and judged to be important as a surgeon, just like the desire to solve the problem of the patient in a practical and objective way. However, it was verified that there were conflicts between lay and professional cultures of the interviewees. It was also realized that the professional insertion was marked by challenges, mainly about prejudices and conciliation of personal and professional life, however, it was noticed that the surgeons are satisfied about their careers and, each day more, the market is opening up for new entrants.

**Keywords:** Professional Socialization; Surgeons; Women

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Fases da Socialização Profissional.....	36
Quadro 2 – Grupo de perguntas da pesquisa.....	39
Quadro 2 – Categorias de análise, unidades de contexto e unidades de registro.....	42
Quadro 4 – Caracterização das entrevistadas.....	44
Figura 1 – Relação entre categorias de análise e unidades de contexto e de registro.....	46
Figura 2 – Interesses.....	47
Figura 3 – Aptidões.....	49
Figura 4 – Inserção.....	50
Figura 5 – Idealização.....	53
Figura 6 – Realidade.....	54
Figura 7 – Dificuldades.....	56
Figura 8 – Incômodos.....	60
Figura 9 – Abandono de estereótipos.....	63
Figura 10 – Identidade Profissional.....	65
Figura 11 – Carreira.....	66
Figura 12 – Nuvem de palavras.....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO	<i>Chief Executive Officer</i> (Diretor Executivo)
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1.1</b>	<b>Contextualização</b> .....	13
<b>1.2</b>	<b>Justificativa</b> .....	15
<b>1.3</b>	<b>Objetivos da pesquisa</b> .....	16
<b>1.3.1</b>	<i>Objetivo geral</i> .....	16
<b>1.3.2</b>	<i>Objetivos específicos</i> .....	16
<b>1.4</b>	<b>Pressupostos</b> .....	16
<b>1.5</b>	<b>Organização da monografia</b> .....	17
<b>2</b>	<b>MULHERES NO MERCADO DE TRABALHO</b> .....	18
<b>2.1</b>	<b>Inserção feminina no mercado de trabalho</b> .....	18
<b>2.1</b>	<b>Os desafios de ser mulher no campo profissional</b> .....	19
<b>3</b>	<b>MÉDICAS - CIRURGIÃS: DA INSERÇÃO NA MEDICINA À PRÁTICA PROFISSIONAL</b> .....	24
<b>3.1</b>	<b>Inserção das mulheres na medicina</b> .....	24
<b>3.2</b>	<b>Profissão: Cirurgiã</b> .....	26
<b>4</b>	<b>SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL</b> .....	30
<b>4.1</b>	<b>Socialização e construção da identidade</b> .....	30
<b>4.2</b>	<b>Identidade profissional e socialização profissional</b> .....	32
<b>4.3</b>	<b>O modelo de socialização profissional de Hughes- um estudo com profissionais da medicina</b> .....	34
<b>5</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	37
<b>5.1</b>	<b>Caracterização da pesquisa</b> .....	37
<b>5.2</b>	<b>Universo e amostra da Pesquisa</b> .....	38
<b>5.3</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	39
<b>5.4</b>	<b>Tratamento dos dados</b> .....	40
<b>6</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	44
<b>6.1</b>	<b>Perfil das entrevistadas</b> .....	44
<b>6.2</b>	<b>Análise da socialização profissional de mulheres cirurgiãs</b> .....	45
<b>6.2.1</b>	<i>Passagem através do espelho: a inserção profissional</i> .....	46
<b>6.2.2</b>	<i>Instalação da dualidade: o modelo idealizado e o real da profissão</i> .....	52
<b>6.2.3</b>	<i>Ajuste da concepção em si: carreira e identidade profissional</i> .....	63
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	70

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE A – Questionário aplicado às cirurgias</b>	

# 1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo está organizado em cinco tópicos. Primeiramente, é feita uma breve apresentação do tema e exposta a problemática da pesquisa, seguida da justificativa deste estudo, do objetivo geral, dos objetivos específicos e dos pressupostos da pesquisa. Por fim, no último tópico desta seção, é apresentada a estrutura da monografia.

## 1.1 Contextualização

A Diversidade da força de trabalho tem se tornado uma ferramenta estratégica poderosa para as organizações modernas, contribuindo com o alcance dos objetivos organizacionais (ASHIKALI; GROENEVELD, 2015). Instituições que sabem explorar as diferenças individuais na composição de seu quadro funcional ganham em competitividade organizacional (AGRAWAL, 2012), maior produtividade, maior diversidade de habilidades, maior crescimento organizacional (BEDI; LAKRA; GUPTA, 2014) e até mais inovação, devido à multiplicidade de perfis atuantes (OLIVEIRA; RODRIGUEZ, 2004).

No contexto da diversidade de gênero, Fitzsimmons (2012) afirma que organizações com políticas igualitárias para homens e mulheres têm uma melhora em seu desempenho, pois possuem maior capacidade de resolver problemas complexos. Para tanto, Leinonen (2012) argumenta que é necessário lançar mão de igualdade e democracia na captação e retenção desses profissionais para diminuir as diferenças entre homens e mulheres.

Nessa conjuntura, a atuação feminina no mercado de trabalho vem ganhando cada vez mais espaço. O crescimento industrial e tecnológico, juntamente com a expansão de movimentos feministas, vem atingindo a cultura patriarcal implantada durante séculos na sociedade (ZAULI et al., 2013).

A visão de que apenas o trabalho masculino tinha valor tem dado lugar à emancipação da atuação feminina e ao reconhecimento de seu potencial (GONÇALVES et al. 2016). No Brasil, o crescimento da população feminina vem aliado à maior inclusão da mulher no mercado de trabalho e também ao aumento da escolaridade e da participação da classe em diversos setores da economia (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013).

Entretanto, segundo Zauli et al. (2013), pode-se considerar que a diferença entre gêneros ainda é comum no mercado de trabalho. A realidade observada é a de que as mulheres ainda ganham menores salários, têm menos possibilidades de obter cargos de alto nível nas

organizações e ainda têm sua capacidade subvalorizada em profissões estereotipadas como próprias para determinado gênero.

A imagem da mulher ainda está atrelada a áreas vinculadas a cuidados, como enfermagem e assistência social, e ao ensino, enquanto que homens são vistos como mais apropriados para negócios, comércio, engenharias e áreas técnicas, denotando um estigma das habilidades femininas (ZAULI et al. 2013).

Como exemplo de profissão estereotipada, pode-se citar a medicina. Segundo os estudos de Scheffer et al. (2015), apesar da recente feminização da medicina no Brasil, na qual se observa que é crescente o número de mulheres que se formam em medicina, ainda não foi modificado o fato de que, no Brasil, a medicina continua sendo uma profissão exercida predominantemente por homens.

Os estereótipos na medicina são ainda mais presentes quando se avaliam as especialidades da área. Scheffer et al. (2015) afirmam que entre as 53 especialidades médicas reconhecidas, 38 são dominadas por homens, ficando a maioria feminina em especialidades como pediatria e ginecologia, áreas mais clichês para a inserção da mulher na medicina.

Ainda de acordo com esses autores, na medicina, as maiores discrepâncias em representatividade feminina se encontram nas especialidades cirúrgicas, devido à cultura de que exige maiores habilidades físicas e também maior exigência de disponibilidade de tempo, tanto para se formar quanto para exercer a profissão, dificultando a conciliação das atividades profissionais e pessoais das mulheres. Para Zauli et al. (2013), o público feminino ainda é o principal responsável pelas atividades domésticas e o cuidado com a família, mesmo quando economicamente ativas.

De acordo com os estudos de Hughes (1958), realizados com profissionais da área da medicina a respeito da socialização profissional, a escolha de uma profissão não está atrelada apenas a fatores técnicos para execução das atividades, mas também devem ser levados em consideração fatores individuais e sociais. Nesse contexto, observa-se que a decisão de uma mulher se tornar cirurgiã inclui mais ponderações que a de um homem.

Diante do exposto e tomando como foco a mulher cirurgiã, em meio aos estereótipos existentes nessa profissão e à maior demanda masculina por essa especialidade, emergiu-se a seguinte questão que motivou a elaboração do presente trabalho: como se dá a socialização profissional de mulheres cirurgiãs?

## 1.2 Justificativa

A socialização profissional vem sendo um tema significativamente discutido no meio acadêmico, nacional e internacionalmente, de acordo com as pesquisas realizadas para elaboração do presente trabalho. No entanto, há uma escassa incidência de estudos sobre a socialização profissional de médicas cirurgiãs, analisando os motivos que levam mulheres a se inserirem nessa área de especialidade e como esse processo ocorre.

O interesse nesse universo de pesquisa deu-se devido à crescente e recente feminização da medicina no Brasil, com o contínuo número de mulheres que têm se formado como médicas, chegando a ultrapassar o número de homens recém-formados, segundo dados da última edição da “Demografia Médica no Brasil”, lançada em novembro de 2015, pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo - CREMESP. No entanto, mesmo com a observada feminização, a medicina ainda é uma profissão de maioria masculina, principalmente nas especialidades cirúrgicas, nas quais o percentual da predominância masculina chega a ser de 91.9% (SCHEFFER et al.,2015).

Além da desproporção da representatividade feminina nas áreas cirúrgicas, outro dado que ainda pode ser observado na Demografia Médica de 2015 é a persistente desigualdade de gênero no que concerne à remuneração. Segundo o estudo, de modo geral, os homens ganham mais que as mulheres. Na menor faixa de salário na profissão médica, que vai até R\$ 8 mil, estão 27,9% das mulheres, contra 14,1% dos homens. Na faixa salarial mais alta, de R\$24 mil ou mais, a diferença é ainda maior: nela estão 20,1% dos homens e apenas 4,4% das mulheres.

Outro aspecto que reforça a relevância de se abordar esse tema é o impacto que tem para a economia, pois, de acordo com estudos da Organização Internacional do Trabalho (2017), caso as diferenças de gênero no mercado de trabalho fossem reduzidas, o PIB brasileiro poderia crescer em 3,3%, acrescentando 131 bilhões de reais às receitas tributárias.

Levando-se em consideração o exposto, torna-se relevante compreender como as mulheres são inseridas no mercado de trabalho, em especial as médicas cirurgiãs, área ainda caracterizada por muitos estereótipos, analisando seus processos de socialização profissional e os aspectos de sua carreira. Buscou-se nesse trabalho, por meio de entrevista semiestruturada, analisar a socialização profissional de médicas cirurgiãs, utilizando como modelo Hughes (1958), Dubar (2005) e Spudeit (2010).

### **1.3 Objetivos da pesquisa**

Para responder ao problema de pesquisa proposto, foram estabelecidos um objetivo geral e três objetivos específicos, apresentados a seguir.

#### ***1.3.1 Objetivo geral***

O objetivo geral do presente trabalho foi compreender como ocorre o processo de socialização profissional de médicas cirurgiãs.

#### ***1.3.2 Objetivos específicos***

A presente pesquisa teve por objetivos específicos:

- a) Entender como ocorre a inserção de mulheres na carreira de cirurgiã, considerando a cultura leiga e a cultura profissional;
- b) Compreender como a cirurgiã percebe sua profissão, a partir do modelo idealizado e o real da profissão;
- c) Verificar as impressões das cirurgiãs sobre sua carreira e sobre sua identidade profissional após o abandono de estereótipos.

### **1.4 Pressupostos**

O presente trabalho teve como pressupostos:

- a) O desejo de inserir-se nessa especialidade dá-se pela vontade de ajudar as pessoas de forma prática e resolutiva, obtendo uma maior remuneração e maior status do que em especialidades clínicas. Mas os desafios nessa inserção são numerosos, por conta da discriminação, dos estereótipos de que os homens possuem maiores habilidades técnicas e físicas, e muitas vezes a falta de encorajamento e de exemplos femininos a seguir (BELLODI, 2004; SEEMANN et al., 2016);
- b) A profissão de cirurgiã é vista como uma profissão de muita responsabilidade, boa remuneração e bom prestígio social, mas de muita exigência de tempo, alta exigência pessoal, causadora de conflitos família x carreira (BELLODI, 2004; SEEMANN et al., 2016);

- c) Mulheres cirurgiãs percebem barreiras mais significativas em sua carreira, em virtude de seu gênero (COCHRAN et al., 2013; SEEMANN et al., 2016).

## **1.5 Organização da Monografia**

O presente trabalho constituiu-se em cinco etapas. Nesta primeira etapa, a introdução, foram expostos o tema da pesquisa, a justificativa, o objetivo geral e os objetivos específicos, os pressupostos e a estrutura desta monografia.

A segunda etapa deste trabalho consistiu na apresentação do referencial teórico que embasou esta pesquisa. Nessa etapa foi realizado um levantamento bibliográfico acerca da Mulher no Mercado de Trabalho, da Mulher Cirurgiã e posteriormente acerca da Socialização Profissional.

A terceira etapa do trabalho apresentou a metodologia utilizada para obter os dados da pesquisa e de que modo esses dados foram tratados e analisados, sendo seguida pela quarta etapa desta monografia, que se tratou da apresentação dos resultados obtidos com a pesquisa.

Na quinta etapa foram dadas as considerações finais, nas quais foram relacionados os resultados obtidos com a pesquisa com os objetivos iniciais propostos, seguindo com sugestões para futuras pesquisas. Por fim, apresentou-se a relação das referências bibliográficas utilizadas para fundamentar esta pesquisa e o questionário de pesquisa aplicado.

## **2 MULHERES NO MERCADO DE TRABALHO**

Esta seção aborda a temática da mulher no mercado de trabalho, apresentando um breve histórico sobre sua inserção e trazendo informações a respeito dos desafios vivenciados pelas mulheres no campo profissional.

### **2.1 Inserção feminina no mercado de trabalho**

A sociedade contemporânea sustentou-se durante muitos séculos no modelo patriarcal, no qual o homem era o dominador e único provedor de sua família, detentor do poder, do conhecimento e possuidor de autoridade dentro e fora do lar. À mulher, restava o cuidado com a casa e com os filhos e a submissão ao marido (ZAULI et al., 2013).

A inserção da mulher no mercado de trabalho tomou força quando eclodiu a Revolução Industrial. Os empresários procuravam mão de obra mais barata e para isso contratavam mulheres e crianças. Na época, não havia leis que proibissem certas práticas arbitrárias trabalhistas, portanto os industriais exploravam a mão de obra feminina, submetendo-a a condições insalubres de trabalho, salários bem mais baixos que o dos homens, horas excedentes na jornada, entre outros abusos (BAYLÃO; SCHETTINO, 2014).

Outros importantes acontecimentos históricos que influenciaram a inserção da mulher no mercado de trabalho foram a I e a II Guerras Mundiais. Quando os homens precisaram ir à guerra, as mulheres tiveram que assumir os negócios da família e os postos de trabalho dos homens (GONÇALVES et al., 2016). Com o fim das guerras, muitos homens morreram e outros voltaram impossibilitados física e psicologicamente de reassumir seus postos de trabalho. Nesse momento, então, as mulheres precisaram liderar e tomar os postos outrora ocupados pelos homens (BAYLÃO; SCHETTINO, 2014).

Com o passar dos anos, outros fatores foram surgindo para a inserção da mulher no mercado de trabalho, como o maior desenvolvimento de métodos contraceptivos, que diminuíram a taxa de fecundidade, a globalização, o capitalismo e a ampliação de oportunidades educacionais para mulheres (BRUSCHINI, 2007; KANAN, 2010).

No final do século XX, os movimentos feministas também contribuíram para transformações nas relações de trabalho. O patriarcalismo foi sendo enfraquecido e os padrões da sociedade foram sendo modificados. Desde então, as mulheres vêm ganhando cada vez mais espaço no mercado de trabalho, possibilitando que assumam postos que antes eram

estritamente masculinos e se tornem, também, provedoras de seus lares (ZAULI et al., 2013).

No entanto, mesmo com todo esse avanço após séculos de luta, ainda existem diferenças de gênero alarmantes no mercado de trabalho. As mulheres, em comparação aos homens, enfrentam maiores desafios no campo profissional, tanto para se inserir, quanto para permanecer e se sobressair, conforme é abordado na subseção seguinte.

## **2.2 Os desafios de ser mulher no campo profissional**

Apesar do crescimento da participação feminina na população economicamente ativa, de acordo com dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE, relativos ao 2º trimestre de 2017, o percentual de mulheres ocupadas na população brasileira (43,4%) ainda é inferior ao de homens (56,6%). Esse fato foi confirmado em todas as regiões brasileiras, principalmente na região Norte, na qual o percentual de homens ocupados é de 60,4% contra 39,6% de mulheres.

Conduzindo a nível local, de acordo com a Pesquisa de Emprego e Desemprego- PED, publicada em março de 2017 pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos- DIEESE, o quantitativo de inatividade da força de trabalho na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) foi estimado, em 2016, em 1.465.000 pessoas, sendo 542 mil homens e 932 mil mulheres em condição de inatividade.

Outro dado relevante publicado pelo DIEESE (2017) diz respeito ao tempo despendido pelos desempregados da RMF à procura de trabalho, revelando que o tempo que as mulheres demoram até serem realocadas no mercado de trabalho pode ser até 22,7% superior ao tempo demandado pelos homens, o que explicita a maior dificuldade feminina em obter um novo emprego.

Além disso, apesar do maior índice de escolaridade da população feminina frente à masculina (DIEESE, 2017), a desigualdade de rendimentos entre esses dois públicos ainda persevera. De acordo com estudos da Organização Internacional do Trabalho - OIT (2017), tal realidade persiste em praticamente todos os lugares do mundo, podendo a disparidade chegar a um *gap* de 40% em alguns países.

Segundo dados do DIEESE (2017), a média dos rendimentos mensais dos homens e das mulheres na RMF equivale a R\$ 1.473 e R\$ 1.115, respectivamente, com as mulheres percebendo o equivalente a 75,7% do rendimento médio mensal dos homens. Levando-se em consideração o valor da hora trabalhada, o rendimento da hora de trabalho do homem

decreceu de R\$ 8,06 a R\$ 8,00 de 2015 para 2016, mas ainda assim permanece maior que o rendimento da hora de trabalho feminina, que é de R\$ 6,51, o equivalente a 81,4% do valor da hora masculina em 2016.

No entanto, ainda que tal desigualdade de rendimentos seja observada, dados do IBGE (2016) apontam que existe uma tendência brasileira de redução dessas disparidades, pois a diferenciação das receitas de homens e mulheres apresentou redução entre os anos de 2005 e 2015, assim como a diferença de rendimentos de acordo com a escolaridade. Em 2005, o rendimento das mulheres menos escolarizadas (até 4 anos de estudo) chegava a 86,0% do rendimento dos homens com o mesmo nível de escolaridade. Em 2015 essa relação subiu para quase 90%. Observando os mais escolarizados (12 anos ou mais de estudos), a diferença de rendimentos entre homens e mulheres de 2005 para 2015 passou de 62,5% para 68,5%. Porém, apesar desses dados de evolução, a mulher ainda recebe em média o equivalente a 76% do rendimento dos homens.

Além da discriminação por estereótipos e do preconceito, outros fatores são apontados pela OIT (2017) como influenciadores dessa diferenciação salarial: primeiramente, a própria escolha da profissão, pois devido à segregação em certas áreas determinadas como melhores para homens ou mulheres, estas acabam por escolher áreas socialmente aceitas como mais adequadas para mulheres, concentrando-se, na maioria das vezes, em profissões de baixa remuneração; posteriormente, mas não menos importante, o fato da mulher precisar trabalhar menos horas para ter mais flexibilidade, a fim de se dividir melhor entre os filhos e as obrigações domésticas, pois, ainda que economicamente ativas, as mulheres ainda são as principais responsáveis pelo cuidado com o lar e com a família.

A este respeito, de acordo com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a jornada masculina com afazeres domésticos é de 10 horas semanais, enquanto que a das mulheres é o dobro. Quando se soma as jornadas de dentro e fora de casa, a mulher trabalha, em média, 5 horas a mais que o homem por semana (IBGE, 2016).

Segundo Zauli et al. (2013), as mulheres continuam se responsabilizando pelas obrigações do lar e, muitas vezes, são elas que precisam abrir mão da própria carreira para cuidar dos filhos:

As mulheres continuam a assumir o trabalho doméstico e, em geral, são elas que param de exercer o trabalho remunerado para cuidar dos filhos. Nos últimos trinta anos, as mulheres incorporaram à própria identidade o sentido de 'ganhar a vida' com o próprio trabalho, mas não há evidências de que os homens tenham expandido a identidade masculina e incorporado a ela a esfera doméstica, tradicionalmente relacionada às mulheres. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2009, além da jornada no mercado de trabalho, 90% das mulheres ocupadas realizavam tarefas referentes aos afazeres domésticos. Entre os homens

ocupados, a proporção era inferior, 49,7% (ZAULI et al., 2013, p. 27).

A responsabilidade pelos deveres domésticos impacta tanto na inserção feminina no mercado de trabalho, quanto propriamente no bem-estar das mulheres, pois, de acordo com os estudos de Senicato, Lima e Barros (2016), realizados com trabalhadoras e donas de casa de Campinas, a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres que são donas de casa é prejudicada, sobretudo nos aspectos mentais, gerando fadiga, estresse e problemas psíquicos.

Outro desafio vivenciado pelas mulheres no mercado de trabalho é o fenômeno *glass ceiling*, ou teto de vidro, que se caracteriza por barreiras invisíveis na carreira feminina, que dificultam ou impedem a ascensão de mulheres a cargos de alto nível nas organizações (CORRÊA, 2011).

Segundo os estudos de Gonçalves et al. (2016), realizados em grandes empresas brasileiras, observa-se que a participação feminina nas organizações vem crescendo, mas quando se compara com a masculina, percebe-se que não há equidade no que se refere à ocupação de cargos de alto nível e remuneração. Comumente se pode observar mulheres em cargos de nível tático, como gerências, mas a participação feminina em cargos estratégicos de alto escalão, como diretorias e representação em conselhos, ainda é bem discreta. Ainda segundo Gonçalves et al. (2016, p. 101) “o percentual médio de mulheres em cargos de chefia entre as empresas estudadas é de 18%, o que prova a supremacia masculina”.

Conforme dados do IBGE (2016), além de haver um menor número de mulheres ocupando cargos de topo nas organizações, a desigualdade salarial no alto escalão é ainda mais elevada, pois se observou que as mulheres nessa posição recebiam, em média, 68,0% do rendimento médio dos homens em 2015.

Tal informação corrobora com as análises da OIT (2017) que afirmam que, em geral, nos países desenvolvidos as diferenças de gênero são ainda mais observáveis nos cargos de alto escalão das organizações. À medida que aumenta o nível do cargo, maior a lacuna de rendimentos entre homens e mulheres. Em países da Europa, entre os CEO's de grandes empresas a diferença salarial pode chegar até 50%.

Morsch (2013), denomina o fenômeno do teto de vidro de “síndrome da secretária”, que leva a mulher a muitas vezes exercer funções meramente de apoio e servidão a uma figura maior masculina, por conta de seu perfil social materno, generoso e cuidadoso, sendo esquecida quando há vagas para cargos de alto escalão organizacional.

O teto de vidro manifesta-se por trás de brincadeiras, comentários e atitudes preconceituosas que acabam por subvalorizar o trabalho feminino, criando essa barreira

invisível, porém real, na carreira feminina (CORRÊA, 2011).

Para a OIT (2017), muitas vezes o preconceito com a inserção das mulheres no mercado de trabalho começa com a própria família, quando não aprovam que mulheres saiam de casa para exercer trabalhos remunerados. Segundo Rocha et al. (2014), ainda há quem acredite que a mulher trabalhar fora pode destruir as famílias, pelo fato das crianças crescerem sem a presença constante da mãe e pela possibilidade da mulher se desinteressar pelo marido.

Portanto, o processo de inserção das mulheres no mercado de trabalho se torna ainda mais difícil, pois é acompanhado de segregações e discriminações que as colocam em desvantagem no campo socioprofissional em comparação aos homens (GALEAZZI et al., 2011).

Embora as mulheres tenham sido inseridas no mercado de trabalho no século passado, a segregação sexual nas profissões ainda persiste. Nesse contexto, de acordo com Zauli (2013, p. 27):

Isso se reflete no mercado de trabalho, em que se percebe uma sexuação das tarefas, ou seja, por questões de gênero, certas profissões podem ser vistas como femininas ou masculinas. As mulheres concentram-se em setores restritos de atividade, especialmente naqueles ligados ao cuidado, como a enfermagem e a assistência social. Muitas vezes, os locais em que há predominância feminina são pouco valorizados socialmente, e as qualificações femininas são subavaliadas. Esta diferenciação acarreta uma subvalorização da capacidade das mulheres.

Leinonen (2012) constatou em suas pesquisas, com organizações públicas e privadas do setor industrial, que os gestores reconhecem que existe diferenciação de gênero em suas empresas e que há dificuldade na aceitação de mulheres em cargos que exijam habilidades como tomada de decisões e força física. Os gestores do estudo mencionado viam as mulheres como mais adequadas para funções mais operacionais, enquanto que os homens eram mais adequados para atividades mais estratégicas.

Mesmo com a verificação de que a inserção feminina nas universidades é maior que a inserção masculina (IBGE, 2016), essa realidade ainda não está presente no mercado de trabalho. Corrêa (2011) afirma que a ideia ainda persistente e estereotipada de que o masculino é melhor e mais competente tem sido fator preponderante para a maior escolha pelo homem no mercado de trabalho.

Degraff e Anker (2004) afirmam que há ainda uma visão por parte dos gestores de que as mulheres geram maiores custos empregatícios, devido a maior impontualidade, maior absenteísmo e maior rotatividade, por ainda serem as principais responsáveis pelos cuidados domésticos e familiares.

Um exemplo prático da menor representatividade feminina na profissão é na especialidade médica cirúrgica. Tal especialidade é a área da medicina com menor quantitativo de mulheres, chegando a haver uma representação feminina de apenas 8,1% contra 91,9% de homens entre os profissionais de algumas especialidades cirúrgicas (SCHEFFER et al.,2015). Este trabalho aborda acerca das especificidades dessa profissão na seção seguinte.

### **3 MÉDICAS-CIRURGIÃS: DA INSERÇÃO NA MEDICINA À PRÁTICA PROFISSIONAL**

A presente seção trata sobre a presença feminina na profissão médica, especialmente na especialidade cirúrgica, apresentando dados históricos, estatísticos e conflitos de gênero presentes na profissão.

#### **3.1 Inserção das mulheres na Medicina**

A profissão médica vem se expandindo no Brasil, devido ao aumento da oferta de vagas na graduação de medicina, às necessidades crescentes da população e à expansão do sistema de saúde. Ao longo dos anos a proporção do número de médicos por número de habitantes foi crescendo, passando de 1,15 médicos por 1000 habitantes em 1980 para 2,11 médicos por 1000 habitantes em 2015 (SHEFFER et al., 2015).

O que vem se expandindo também é a presença de mulheres na medicina. De acordo com a última “Demografia Médica”, lançada em 2015, há uma tendência de feminização da medicina no país, pois, embora ainda haja predomínio da atuação masculina na profissão, as mulheres já são maioria nas universidades e também entre os médicos recém-formados.

Mas nem sempre a realidade foi favorável ao ingresso das mulheres na medicina. Segundo Franco e Santos (2010, p.72):

Para as mulheres médicas, o caminho foi lento, com idas e vindas, fases de abertura e outras de retração, falta de apoio familiar e estatal, preconceitos variados. Entre 1879, quando a lei Leôncio de Carvalho permitiu-lhes o ingresso nas faculdades, e 1900, cinco mulheres completaram o ensino médico e exerceram a profissão: Rita Lobato Lopes, gaúcha de Rio Grande, em 1887; Ermelinda Lopes de Vasconcelos, gaúcha de Porto Alegre, em 1888; Antonieta Cesar Dias, outra gaúcha de Rio Grande, em 1889; Maria Amélia Cavalcante, pernambucana de Serinhaem, em 1889; Judith Adelaide Maurity Santos, fluminense de Cantagalo, em 1900. Antes, Maria Augusta Generoso Estrela, carioca, e Josefa Águeda Felisbela Mercedes de Oliveira, de Recife, precisaram sair do país para se formarem nos Estados Unidos, respectivamente em 1881 e 1882.

Atualmente as mulheres experimentam maior inserção na profissão médica. Segundo Sheffer et al. (2015), desde 2010 as mulheres vêm sendo maioria entre os novos médicos em proporção crescente, o que se mostra tendência para os próximos anos. De acordo com o autor, as mulheres já são maioria entre os médicos com 29 anos ou menos, com uma participação de 56,2% contra 43,8% dos homens.

Contudo, apesar desse aumento da introdução feminina na profissão médica, os

desafios enfrentados pelas mulheres nessa profissão ainda persistem. Estudos apontam que as mulheres médicas, em determinadas especialidades, enfrentam discriminação (COCHRAN et al., 2013; EDMUNDS et al., 2016; SEEMANN et al., 2016), recebem menores salários (SHEFFER et al., 2015; SEEMANN et al., 2016), têm maiores dificuldades de ascensão profissional (SCHROEN; BROWNSTEIN; SHELDON, 2004; SEEMANN et al., 2016), têm maiores dificuldades em conciliar vida profissional com vida pessoal (FRANCO; SANTOS, 2010; EDMUNDS et al., 2016) e são minoria na maior parte das especialidades médicas (FRANCO; SANTOS, 2010; SHEFFER et al., 2015).

Os estudos de Pires (2017), realizados com estudantes de medicina de Santa Catarina, indicam que os alunos de medicina são modelados na faculdade através de crenças, valores, códigos de comportamento, discursos e exemplos que perpassam de geração a geração, influenciando na atitude do médico em relação às questões de gênero e estereótipos de gênero. Ainda segundo o autor, a atuação médica se constitui “através de feixes de relações que se sustentam na heteronormatividade, no patriarcado e no machismo.” (PIRES, 2017, p. 179)

Edmunds et al. (2016) apontam que a representatividade feminina na medicina ainda é baixa devido à discriminação e ao preconceito de gênero que ainda vivenciam e à preocupação sobre o equilíbrio entre o trabalho e a vida particular.

A respeito da remuneração, Sheffer et al. (2015) retratam que as mulheres são mais frequentes que os homens na faixa salarial médica mais baixa, que vai até 8 mil reais, e são minoria na faixa mais alta, de 24 mil para mais. Segundo os autores:

De modo geral, os homens ganham mais que as mulheres. Na menor faixa de salário, que vai até R\$ 8 mil, estão 27,9% das mulheres. Nessa mesma faixa os homens são 14,1%. Também na segunda menor faixa, de R\$ 8 mil a R\$ 12 mil, as mulheres são 29,4% contra 17% dos homens. Já na faixa salarial mais alta – de R\$ 24 mil ou mais – estão 20,1% dos homens e 4,4% das mulheres (SHEFFER et al., 2015, p.107).

No que tange às especialidades médicas, Sheffer et al. (2015) apontam que existem 53 especialidades médicas reconhecidas, entre as quais, os homens são maioria em 38 delas. A presença das mulheres é maior nas especialidades de Dermatologia (74,4%) e Pediatria (71,7%).

As mulheres representam mais de 60% em Dermatologia, Endocrinologia e Metabologia, em Alergia e Imunologia e em Hematologia e Hemoterapia. As especialidades nas quais os homens representam mais de 90% são Urologia, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia, Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Cardiovascular [...] Apesar da estreita diferença, as mulheres já são maioria, por exemplo, em Clínica Médica (50,4%), Ginecologia e Obstetrícia (52,9%) e Medicina de Família e Comunidade (56,5%). Elas continuam sendo minoria em todas as especialidades cirúrgicas, inclusive na Cirurgia Geral, que tem apenas 18,4% de mulheres. A especialidade com menor participação feminina (1,86%) é a Urologia (SHEFFER et al., 2015, p.71).

Apesar da expansão da profissão no Brasil e da atual feminização, a medicina ainda é uma área cheia de estereótipos que ditam características, valores e atitudes ao profissional, assim como determinam quais especialidades são próprias para homens ou mulheres. Nesse contexto, uma especialidade altamente estereotipada e ainda sem considerável representação feminina é a cirurgia (FRANCO; SANTOS, 2010). O presente trabalho trata a seguir especificamente sobre a especialidade cirúrgica e sobre as nuances da participação feminina nessa área da medicina.

### **3.2 Profissão: Cirurgiã**

A cirurgia moderna surgiu no final do século XIX. Naquela época os cirurgiões não eram muito prestigiados, pois lidavam com o corpo humano e seus fluidos, atividades que eram consideradas pouco nobres. A cirurgia progrediu a partir do aperfeiçoamento da tecnologia, que permitiu o surgimento de novas técnicas cirúrgicas, aprimoramento da anestesia, maior controle de infecções e reposição sanguínea (FRANCO; SANTOS, 2010).

Na mesma época, as mulheres também não tinham prestígio social e não eram aceitas na medicina. Mas há registros que mulheres cirurgiãs sem formação oficial “trabalhavam no anonimato ou escudadas atrás de parentes masculinos. Em algumas épocas e lugares eram, inclusive, ameaçadas de morte se fossem descobertas.” (FRANCO; SANTOS, 2010, p. 72).

Rizzi (2012) retrata a história do Dr. James Barry, um renomado cirurgião militar que serviu em todo império britânico, que, na verdade, era mulher e se chamava Margaret, mas que se disfarçou de homem para cursar faculdade de medicina na Inglaterra e entrar para as forças armadas como cirurgiã, pois jamais teria oportunidade como mulher. Só depois de sua morte, em 1865, descobriram que era do sexo feminino, mas a história foi escondida, e a cirurgiã foi enterrada como homem.

Segundo Franco e Santos (2010), a partir de 1850 o acesso à universidade foi conquistado pelas mulheres e posteriormente também o acesso aos internatos nos hospitais. Mas mesmo com a legalização da atuação feminina, até a década de 1960, as poucas cirurgiãs que existiam eram hostilizadas.

Não havia vestiário feminino, roupas adequadas ou quaisquer outras facilidades. Eram sempre confundidas com enfermeiras ou instrumentadoras. Nunca se pensava nelas, em princípio, como cirurgiãs e também eram alvos de comentários desagradáveis. Os pacientes freqüentemente diziam preferir operar com homens. Não havia cirurgiãs bem sucedidas que servissem como exemplo e estímulo (FRANCO; SANTOS, 2010, p. 72).

Atualmente, cirurgia ainda é uma área dominada por homens, na qual as mulheres

encontram dificuldades em se estabelecerem e se sobressaírem. (SHEFFER et al., 2015; SEEMANN et al., 2016)

Como já mencionado anteriormente, as mulheres são minoria em todas as especialidades médicas cirúrgicas. O índice mais expressivo de mulheres na cirurgia é na Cirurgia Pediátrica (36,5%, contra 63,5% de homens), mas existem áreas cirúrgicas em que a participação feminina é ínfima, como a Cirurgia Torácica, Neurocirurgia, Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Cardiovascular, nas quais a participação masculina é de mais de 90% (SHEFFER et al., 2015)

Entre os fatores responsáveis pela baixa expressividade da participação feminina na cirurgia, estão os rótulos de gênero que essa especialidade possui. Bellodi (2004), em seus estudos realizados com residentes de cirurgia e clínica geral de São Paulo, verificou que a cirurgia era vista entre os participantes da pesquisa como uma profissão masculina e pouco indicada para mulheres, devido às características entendidas como típicas de um cirurgião não se encaixarem com o que se espera da personalidade feminina.

Conforme os resultados de Bellodi (2004), os cirurgiões seriam vistos como pouco sensíveis, pouco empáticos, grosseiros, agressivos, arrogantes, dominadores, valentes, menos humanistas, mais impessoais, ansiosos, estressados, temperamentais, arrogantes, mais objetivos e imediatistas – características pouco esperadas em mulheres. Já o clínico geral seria calmo, amigável, sensível, mais próximo do paciente e se importaria mais com o paciente como todo – características mais estereotipadas como apropriadas para mulheres em detrimento das características de cirurgião.

Em estudos recentes realizados com estudantes de medicina, Pires (2017) corrobora com Bellodi (2004), ao verificar que os participantes da pesquisa ainda consideram a especialidade cirúrgica uma carreira masculina, e alguns entendem que, se uma mulher optar por fazer cirurgia, precisa se acostumar com as retaliações e piadas machistas.

Outro fator de fundamental relevância que influencia as mulheres em especializar-se em áreas clínicas em vez das cirúrgicas é a procura por uma especialidade que possibilite conciliar a carreira profissional com a felicidade familiar, matrimônio e filhos (TOLHURST; STEWART, 2004). Os estudos de Seemann et al. (2016), realizados com cirurgiãs do Canadá, apontam que as mulheres que optam pela carreira cirúrgica apresentam dificuldades em conciliar suas atividades profissionais e acadêmicas com a vida familiar.

Cochran et al. (2013) e Schroen, Brownstein e Sheldon (2004) indicam que mulheres cirurgiãs são menos propensas a casar e terem filhos, ou as que querem filhos atrasam a gravidez até, pelo menos, concluírem a residência. Segundo Schroen, Brownstein e Sheldon

(2004), mulheres cirurgiãs afirmam que seus horários de trabalho não lhes deixou tempo suficiente para a vida pessoal familiar.

Nesse contexto, de acordo com Franco e Santos (2010 p. 76):

A simultaneidade do crescimento profissional com a formação de uma família afeta muito mais as mulheres do que os homens tendo em vista o conceito ainda arraigado de que criar filhos e cuidar da casa são atividades prioritariamente femininas. Isto leva as mulheres a postergarem a gravidez e, às vezes, até a inviabilizá-la.

Um terceiro fator que influencia na baixa inserção de mulheres na cirurgia é o receio de sofrer discriminação. Segundo os estudos de Seemann et al. (2016) sobre discriminação no local de trabalho, 57% dos participantes da pesquisa relataram que enfrentaram desafios em sua carreira cirúrgica como resultado de seu gênero, e quanto mais se avançava na carreira, mais era perceptível. Ainda em relação a esse aspecto, Franco e Santos (2010, p. 74) afirmam:

Chantagens, assédios, difamação e ridicularizações fizeram parte da evolução das mulheres na Medicina, particularmente na Cirurgia, de forma mais grave no início, mas ainda presentes, dissimuladas em algumas brincadeiras.

As pesquisas de Pires (2017) apontam que quando uma mulher se insere em uma área da medicina dita como masculina, como a cirurgia, ou ela é ignorada, ou ela é pressionada a saber ainda mais que os homens.

De acordo com os estudos de Cochran et al. (2013), realizados com residentes cirúrgicos e membros de faculdades cirúrgicas dos Estados Unidos, mulheres cirurgiãs percebem a discriminação de gênero por meio de tratamentos diferenciados e comentários negativos sobre seu sexo. As atitudes negativas baseadas em sexo inibem as aspirações profissionais das cirurgiãs, resultando em uma sensação de que ser mulher é uma barreira para a carreira.

Ainda nesse contexto, de acordo com as pesquisas de Schroen, Brownstein e Sheldon (2004), realizadas com mulheres do Colégio Americano de Cirurgiões, mulheres cirurgiãs relatam que não sentem que têm as mesmas oportunidades de carreira que seus homólogos masculinos. Segundo Seemann et al. (2016) o número de mulheres cirurgiãs em cargos de alto nível não acompanha o crescimento do número de mulheres cirurgiãs na profissão. Conforme Cochran et al. (2013), existe iniquidade salarial e atraso nas promoções em comparação com os homens, o que demonstra aspectos de discriminação de gênero.

Outro aspecto que intervém na escolha das mulheres por outra especialidade que não a cirurgia seria a carência de exemplos femininos nessa área. Segundo as pesquisas de Seemann et al. (2016), uma mentoria feminina teria sido muito benéfica para a carreira, não só profissionalmente, mas também para auxiliar a encontrar o equilíbrio com a vida pessoal

familiar. De acordo com Cochran et al. (2013), uma das razões pelas quais as mulheres abandonam a carreira cirúrgica seria a escassez de mentores femininos na cirurgia.

Segundo Seemann et al. (2016), os piores aspectos de uma carreira cirúrgica são o impacto na família e a falta de tempo para as atividades pessoais. Segundo Cochran et al. (2013), existe uma tendência de mulheres desistirem da especialidade cirúrgica nos primeiros anos de carreira, provavelmente, segundo a autora, devido a uma combinação de discriminação sexual, falta de oportunidades de desenvolvimento de carreira e escassez de mentores femininos na cirurgia. Fatores que poderiam ajudar a mudar essa realidade seriam: horários mais flexíveis, carga de trabalho reduzida e relações mais equitativas com os colegas masculinos (SEEMANN et al., 2016).

Contudo, ainda assim, a satisfação profissional entre as cirurgiãs é alta, e a grande maioria escolheria ser cirurgiã novamente, recomendando essa profissão aos estudantes (SCHROEN; BROWNSTEIN; SHELDON, 2004; COCHRAN et al., 2013; SEEMANN et al., 2016).

Portanto, para as cirurgiãs que decidem se inserir nessa especialidade, a cirurgia pode ser considerada como uma área que possibilita satisfação profissional para as mulheres, mas também é repleta de desafios que estas terão de enfrentar durante toda sua trajetória. Fatores como discriminação, machismo, iniquidade salarial, *glass ceiling* (teto de vidro), dificuldade de conciliar vida profissional com vida pessoal e familiar e a carência de exemplos femininos a seguir, são barreiras que as cirurgiãs ainda precisam vencer em suas carreiras.

O próximo tópico deste trabalho aborda a respeito da socialização profissional, tratando da construção identitária e das fases de socialização que os médicos vivenciam em sua carreira.

## 4 SOCIALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Esta seção traz informações a respeito do processo de socialização profissional e da construção identitária, apresentando, ao final, a teoria da socialização profissional proposta por Hughes (1958).

### 4.1 Socialização e construção da identidade

Socialização é o processo de inserção de um indivíduo no mundo e na sociedade. Segundo Dubar (2005), além da transmissão de valores, normas e regras, a socialização é um processo de construção da identidade de um indivíduo, identificação e pertencimento. Para Spudeit e Cunha (2016, p. 57), “socializar-se é assumir seu pertencimento a um grupo”, de modo a guiar suas atitudes pessoais e profissionais. A socialização constitui-se da construção, desconstrução e reconstrução de identidades que são formadas ao longo da vida do indivíduo, ligadas às diversas esferas de atividade (DUBAR 2005).

Segundo Berger e Luckman (2004), o indivíduo não nasce membro da sociedade, ele nasce com predisposição para a sociabilidade e se torna membro ao longo da vida, à medida que vai interiorizando e interpretando os acontecimentos e experiências, compreendendo os semelhantes e a realidade social. Para os autores, existe uma troca de influências entre o indivíduo e a sociedade: o indivíduo exterioriza seu ser na sociedade e interioriza o mundo social como realidade. Somente depois dessa interiorização é que se torna membro da sociedade, e esse processo de interiorização é o que se chama de socialização.

O indivíduo está em constante socialização ao longo da vida. Logo ao nascer é introduzido na família, na creche, posteriormente na escola - seus primeiros mundos sociais - que moldarão seus valores éticos, morais e sociais. Quando adulto, passará por diversos processos de socialização, que reestruturarão sua identidade, gerando expectativas, tensões, alegrias e tristezas, principalmente no que tange à socialização profissional (SPUDEIT; CUNHA, 2016).

Berger e Luckman (2004) apontam que o indivíduo passa por dois estágios de socialização: a socialização primária e a socialização secundária. Segundo os autores:

A socialização primária é a primeira socialização que o indivíduo experimenta na infância, e em virtude da qual torna-se membro da sociedade. A socialização secundária é qualquer processo subsequente que introduz um indivíduo já socializado em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade (BERGER; LUCKMAN, 2004, p. 175).

Para Berger e Luckman (2004), a socialização primária constrói a base do processo de socialização e intervém na formação da socialização secundária. Segundo os autores, o processo de interiorização da sociedade, da realidade e da identidade nunca está acabada.

A respeito da construção da identidade, Dubar (2005) aponta que a identidade de uma pessoa é o produto das sucessivas socializações que esta vivenciou ao longo da vida. Segundo o autor, a identidade humana não é definida ao nascer, mas sim construída na infância e reconstruída durante toda a vida, de maneira conjunta entre o que o próprio indivíduo pensa de si mesmo com o que os outros julgam ao seu respeito. O autor afirma que “[...] a identidade de uma pessoa é o que ela tem de mais valioso: a perda de identidade é sinônimo de alienação, sofrimento, angústia e morte.” (DUBAR, 2005, p. 13)

Bauman (2004) compara a busca pela identidade a tentar “alcançar o impossível”, pois é algo que não poderá ser realizado no tempo real, mas sim na “plenitude do tempo – na infinitude [...]” (BAUMAN, 2004, p. 17). Segundo o autor, a identidade é algo a ser inventado, um alvo a ser alcançado, “[...] como uma coisa que ainda se precisa construir a partir do zero [...]” (BAUMAN, 2004, p. 22).

Conforme Santos (2005), a identidade se baseia em uma dualidade: a identidade pessoal e a identidade para os outros. Uma depende da outra, pois a identidade pessoal precisa ser confirmada pelos outros. Por outro lado, de acordo com a autora:

[...] este processo não é estável, nem linear. Pelo contrário, apresenta-se complexo e dinâmico, na medida em que, em primeiro lugar, cada um de nós pode recusar uma identificação e se definir de outra forma e, por outro lado, sendo um processo construído socialmente, muda de acordo com as mutações sociais dos grupos de referência e de pertença a que estamos ligados, conforme estes alteram as suas expectativas, valores influentes e configurações identitárias (SANTOS, 2005, p. 123).

Ainda de acordo com a autora, a construção da identidade pessoal é um processo de interação entre as características individuais do sujeito juntamente com as influências do contexto social. Para ela, “a construção da identidade pessoal aparece, assim, definida como um *locus* de influência psico e sociocultural que recebe e organiza as diversas mensagens transmitidas pelos diversos contextos e suas sobreposições.” (SANTOS, 2005, p. 123)

Para Boulart e Lanza (2007), a construção da identidade é um processo flexível, contínuo e influenciado pelo meio social, ao mesmo tempo em que este é influenciado e modificado pelos sujeitos. Segundo as autoras, a construção e a desconstrução do “eu” é determinada pela aceitação ou rejeição das influências sociais e culturais com as quais os sujeitos deparam-se ao longo da vida.

Dubar (2005) aponta que a identidade é construída mediante a vivência do indivíduo e

suas experiências, juntamente com a absorção de valores e crenças do meio social com as quais o indivíduo se identifica e também com o julgamento dos outros sobre as características do indivíduo. Nesse contexto, segundo Santos (2005, p. 127):

A identidade assume-se, assim, não como uma coisa, mas como um processo onde o reconhecimento, a valorização, a confirmação ou desconfirmação dos outros nos impele a uma negociação interna (subjectiva) ou externa (objectiva) nas configurações identitárias que assumimos. A perda de determinada identidade social, como, por exemplo, a identidade profissional (ser professora e assistente social), terá repercussões irremediáveis em termos da minha concepção de mim e dos outros, impelindo-me a construir uma nova história de vida, novas relações sociais e influenciando a base ou matriz da minha individualidade. Forçosamente, certas características permanecerão, mas outras surgirão e outras, ainda, desaparecerão para sempre. O 'eu' que conhecia até então desapareceria e daria lugar a um outro. E desaparecia, igualmente, uma parte importante das minhas relações sociais, nomeadamente de alguns grupos de pertença e de referência.

Portanto, os indivíduos não nascem com uma identidade formada, esta se forma ao longo da vida, influenciada pelo meio social ao qual o sujeito é inserido, e é modificada de acordo com as experiências vividas e as percepções de terceiros. Essa construção identitária se inicia na infância, durante a socialização primária, com as influências familiares. Posteriormente o indivíduo passa pela socialização secundária na escola e nos grupos de referência, para, por fim, passar pela socialização profissional no mercado de trabalho. Esta última é tema da subseção seguinte.

## **4.2 Identidade profissional e socialização profissional**

As atividades laborais dão sentido à existência individual e organizam a vida em sociedade. Quer sejam nomeadas de “ofícios”, “vocações” ou “profissões”, tais atividades possibilitam realização pessoal e reconhecimento social, e não apenas são uma troca econômica de trabalho por um salário. (DUBAR, 2012)

Grande parte da ambição humana se encontra em seu trabalho. Os indivíduos almejam profissões prestigiosas, pois o trabalho de um homem é uma das coisas por que ele é julgado, e também uma das razões mais significativas pelas quais o indivíduo julga a si próprio (HUGHES, 1958).

A maneira pela qual o indivíduo aprende seu trabalho e conduz sua vida profissional se define como socialização profissional. A socialização não é reservada à infância, a aprendizagem de uma atividade profissional dura a vida inteira e deve se tornar tão importante quanto a socialização inicial. (DUBAR, 2012). Segundo Dubar (2012, p. 365), “[...] o trabalho pode ser formador, fonte de experiências, de novas competências, de aprendizagens para o

futuro [...]”.

A socialização é uma iniciação na cultura de uma profissão e o surgimento de uma nova identidade do indivíduo, uma nova concepção de si e do mundo social (Dubar, 2005). O processo de socialização se prolonga por todo o período de exercício profissional e “abrange a interação do sujeito em uma instituição pela internalização de suas normas, seus valores e suas representações.” (SPUDEIT; CUNHA, 2016, p. 59).

A socialização profissional se relaciona com a construção de uma identidade profissional. Segundo Spudeit e Cunha (2016, p. 57), “[...] pensar sobre profissão implica considerar a socialização profissional, um processo que compreende atitudes, crenças e formas de capacitação que resultam na definição da identidade profissional.” Ainda segundo a autora, “[...] o processo de construção da identidade engloba a formação acadêmica e profissional e as experiências em diferentes contextos e espaços de socialização.” (SPUDEIT; CUNHA, 2016, p. 57).

Segundo Chies (2010), pode-se definir identidade profissional como “o que se espera de um profissional”, envolvendo o processo histórico de desenvolvimento da profissão. Conforme a autora, a identidade profissional pode ser visualizada sob dois focos: a “identidade de uma profissão” e a “identidade profissional de um indivíduo”. A identidade de uma profissão se relaciona com sua história, seu *status* e suas transformações, enquanto que a identidade profissional do indivíduo trata das características, conhecimentos e habilidades que este adquire enquanto representante dessa profissão. Ambas são inseparáveis uma da outra.

Araújo et al. (2017) definem identidade profissional como um processo reflexivo que o indivíduo constrói a partir das experiências vivenciadas na profissão e suas aprendizagens técnicas e teóricas necessárias à atuação. Tal processo se efetiva baseado na aprendizagem de habilidades, conhecimentos, valores, crenças, interesses e concepções próprias de membros daquela determinada profissão (SPUDEIT; CUNHA, 2016).

Hughes (1958) aponta que um profissional não se constrói apenas com saberes teóricos e abstratos adquiridos na formação acadêmica, mas também, e principalmente, com a iniciação no trabalho real, onde ocorre uma conversão do que os estudantes esperavam da profissão e os estereótipos que tinham dela para o mundo profissional real na prática, com todas as suas atividades, prestigiosas e sujas, e sua cultura específica. Para o autor, não se trata apenas de conhecimentos adquiridos, mas também da incorporação de uma cultura profissional.

Dubar (2012) também compartilha da mesma concepção que Hughes (1958), quando afirma que os saberes profissionais são uma união dos saberes escolares com os saberes

práticos. Para o autor, “[...] trata-se de mistos de teorias aplicadas e de práticas reflexivas, indissociáveis de situações de trabalho e de ações experimentadas ao longo de um percurso de formação qualificante.” (DUBAR, 2012, p. 357).

Sobre a cultura profissional, Santos (2005) afirma que é criada através da interação social entre os membros de uma profissão, o que permite desenvolver uma identidade própria desse grupo. O reconhecimento social vem a partir da ação e da comunicação desse grupo e pelos representantes significantes da profissão. A autora conclui que a identidade profissional se constrói pela experiência, pelo exercício concreto da prática profissional e pela interação constante com outros profissionais.

Em suma, as ideias apresentadas por tais teóricos demonstram que a identidade profissional é construída e reconstruída ao longo da vida profissional do indivíduo, através da aprendizagem de conhecimentos, habilidades, experiências práticas e relacionamento com os pares, que o transformarão em um membro de determinado grupo profissional e o integrarão na cultura daquela determinada classe. Todo esse transcurso denomina-se socialização profissional. O tópico seguinte aborda o processo de socialização profissional e trata especificamente do modelo de socialização profissional de Hughes (1958).

### **4.3 O modelo de Socialização Profissional de Hughes – um estudo com profissionais da medicina**

Em 1955, Everett Hughes, baseado em diversas pesquisas empíricas, apresentou a teoria da formação das profissões por meio do célebre artigo “The making of a physician [A fabricação de um médico]”, que anos mais tarde (1958) foi inserido como capítulo em seu livro “Men and their work [Homens e seu trabalho]” (DUBAR, 2012).

Em seu estudo realizado com profissionais da medicina, Hughes (1958) mostrou que quando um estudante se tornava médico não era propriamente pela aquisição de conhecimentos teóricos e abstratos aprendidos na faculdade, mas principalmente pela inserção no trabalho real, e da transformação das concepções que tinha a respeito da medicina, passando de um mundo estereotipado de prestígio e nobreza para um mundo real da prática médica de atividades menos prestigiosas. Na inserção ao mundo real da prática médica, o novo profissional também é integrado à cultura médica, aos jargões, ao estilo de vida, à prática, às exigências, aos desafios. Enfim, sofre uma transformação identitária (HUGHES, 1958; DUBAR, 2012).

Segundo Hughes (1958), a educação médica é toda uma série de processos pelos quais a cultura médica é mantida viva através do tempo e das gerações. A cultura médica é imensa e propagada de várias formas entre médicos e leigos. Os leigos, antes de serem inseridos na medicina, já possuem um conhecimento prévio dessa cultura, com concepções do papel do médico e um conjunto de crenças sobre a medicina. Portanto, o ponto inicial dessa formação é a cultura médica leiga. Porém, segundo o autor, a aprendizagem do real papel do médico se dará quando houver a separação do estudante médico da cultura leiga que ele traz.

O período inicial da inserção em uma profissão é quando duas culturas interagem dentro do indivíduo: a cultura leiga e a cultura profissional. Essa interação é mais emocionante e mais desconfortável no período de aprendizagem e iniciação. Tal interação de culturas traz crises e dilemas de papel, pois a realidade pode ser emocionante e inspiradora, mas também traumática (HUGHES, 1958).

Ao deparar-se com a cultura profissional, o indivíduo esbarra em uma pluralidade de tarefas. Em todas as profissões, as pessoas realizam tarefas variadas. Algumas tarefas são consideradas incômodas e até mesmo um trabalho sujo, seja fisicamente, moralmente ou socialmente. E outras tarefas são consideradas mais prestigiosas. Quando o estudante se depara com a realidade de ambas as tarefas, sofre uma mudança de atitude em relação ao seu trabalho e isso influencia na escolha de sua especialidade futura. Isso faz com que algumas tarefas sejam classificadas acima de outras, assim como o profissional que as executa, e tal fato é responsável pela hierarquia de cargos e funções (HUGHES, 1958).

À medida que o indivíduo vai progredindo por meio do treinamento e da prática, vai obtendo melhor noção das habilidades requeridas, dos papéis a desempenhar, das tarefas a realizar e das posições que pode alcançar, e também vai ajustando sua concepção de si mesmo, suas aptidões, seus gostos, sua capacidade. Nesse momento o indivíduo faz descobertas sobre si mesmo e sobre os caminhos que quer trilhar em sua carreira. (HUGHES, 1958)

Hughes (1958) aponta que um problema em uma profissão é decidir a linha de carreira que o indivíduo quer seguir. O autor identifica que na profissão médica a linha de carreira é bem sequenciada: fase pré-médica, estudante de medicina, estagiário, residente, médico praticante, especialista, etc. Mas nem todas as profissões têm uma sequência de carreira tão bem definida. A escolha da carreira envolve muitos riscos, pois contém um conjunto de projeções de si mesmo no futuro, e a mudança de uma atividade para outra implica a possibilidade da perda de habilidades. Esses fatores são encarados com ansiedade pelos indivíduos e são pontos a serem ponderados na escolha de sua linha de carreira.

Diante do exposto, observa-se que o modelo de socialização profissional de Hughes possui 3 fases. Dubar (2005) a partir dos resultados encontrados por Hughes (1958), nomeia essas fases de: Passagem através do espelho, Instalação da dualidade e o Ajuste da concepção em si, conforme quadro a seguir:

Quadro 1- Fases da Socialização Profissional

Passagem através do espelho	Primeiro momento da socialização profissional, momento de inserção do indivíduo na profissão. Essa é a fase em que o indivíduo possui a cultura leiga da profissão e se depara com a cultura profissional, e então ambas interagem dentro do sujeito, provocando emoção e desconforto
Instalação da dualidade	Segunda fase da socialização profissional, em que ocorre o confronto entre as pré-concepções que o indivíduo possuía da profissão <i>versus</i> a realidade encontrada no exercício das atividades, quando se depara com as dificuldades e a multiplicidade de tarefas da profissão, umas mais prestigiosas e outras nem tanto. Os estudantes possuem uma concepção prévia mais simples sobre as habilidades necessárias do que a realidade. Momento de conflitos, crises e descobertas
Ajuste da concepção em si	Última fase da socialização profissional, momento em que o profissional, depois do confronto da cultura leiga com a realidade profissional e os conflitos causados pela transição, encontra um ajuste e começa a construir sua carreira. Nessa fase o indivíduo faz descobertas sobre si mesmo e sobre os caminhos que deseja trilhar em sua carreira

Fonte: Dados da pesquisa

Apesar de essa divisão em fases transmitir uma ideia sequencial, Hughes (1958) aponta que não há um ponto final, pois os profissionais devem estar frequentemente evoluindo e suas identidades estão em constante construção e reconstrução.

Após apresentar o modelo de socialização profissional de Hughes (1958), base para esta pesquisa, é apresentada, no tópico seguinte, a metodologia utilizada para identificar o processo de socialização profissional de médicas cirurgiãs.

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa, por meio da caracterização da pesquisa, universo e amostra do estudo e os instrumentos e procedimentos de coleta e análise de dados.

### 5.1 Caracterização da pesquisa

Uma pesquisa pode ser conceituada como um processo de perguntas e investigação, sistemático e metódico, com a finalidade de aumentar o conhecimento (COLLIS; HUSSEY, 2005). A presente pesquisa possui natureza qualitativa. Segundo Creswell (2007), o foco da pesquisa qualitativa está em extrair dos participantes suas percepções e experiências de vida, relativas ao estudo. A pesquisa qualitativa é uma pesquisa interpretativa, na qual o investigador tem profunda participação e está envolvido na experiência juntamente com os participantes. “A investigação qualitativa emprega diferentes alegações de conhecimento, estratégias de investigação e métodos de coleta e análise de dados” (CRESWELL, 2007, p. 184).

O paradigma fenomenológico, ou qualitativo, é um método subjetivo, que foca nas percepções e significados e não na quantificação dos fenômenos sociais (COLLIS; HUSSEY, 2005). Uma pesquisa qualitativa permite explorar situações, valores e práticas com base nas percepções de mundo e experiências do próprio sujeito (VERGARA, 2012). Uma das principais razões para conduzir um estudo qualitativo é quando ainda não foi escrito muita coisa a respeito do tópico ou população em estudo, então o pesquisador ouve os participantes para construir um entendimento baseado nas ideias deles (CRESWELL, 2007). É o caso deste estudo sobre a socialização profissional de cirurgiãs.

Quanto aos objetivos, esta pesquisa se classifica como um estudo descritivo, pois uma pesquisa descritiva busca “[...] a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2008, p. 28). Para Collis e Hussey (2005), a pesquisa descritiva descreve o comportamento dos fenômenos e é utilizada para obter informações acerca de uma determinada questão ou problema. Alyrio (2009, p. 58) afirma que em uma pesquisa descritiva “[...] se busca essencialmente a enumeração e a ordenação de dados, sem o objetivo de comprovar ou refutar hipóteses exploratórias, abrindo espaço para uma nova pesquisa explicativa, fundamentada na experimentação.”

Quanto à técnica de coleta de dados, fez-se uso de entrevistas semiestruturadas, e para

a análise desses dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. O uso de tais técnicas é caracterizado em tópicos seguintes.

Portanto, para o presente trabalho foi realizada uma pesquisa qualitativa descritiva por meio de entrevistas, cujos dados foram tratados por meio da análise de conteúdo, a fim de verificar como ocorre a socialização profissional de mulheres cirurgiãs.

## **5.2 Universo e Amostra da pesquisa**

O universo desta pesquisa foi composto por médicas com especialidade em cirurgia que atuam na cidade de Fortaleza, Ceará.

Para selecionar a amostra, buscou-se por médicas do sexo feminino com especialidade na área cirúrgica. O tipo de amostragem utilizada neste trabalho para coletar as quatro primeiras cirurgiãs foi a amostragem não probabilística por acessibilidade, método indicado em estudos qualitativos, no qual o pesquisador seleciona os elementos aos quais tem acesso (GIL, 2008) com base em sua conveniência e na disponibilidade dos respondentes (CRESSWEL, 2007).

Posteriormente, para a entrevista das demais cirurgiãs, foi utilizado o método *snowball*, ou bola de neve, também um tipo de amostragem não probabilístico que utiliza cadeias de referências, eficaz para pesquisar grupos difíceis de serem acessados (COOPER; SCHINDLER, 2003; VINUTO, 2014), sendo solicitado às primeiras contatadas por meio da acessibilidade que indicassem novas respondentes que atendessem aos critérios de busca. As cirurgiãs indicadas foram contatadas por telefone e por aplicativo de mensagens de celular, informadas sobre a pesquisa e consultadas se desejariam contribuir, totalizando uma amostra final de 10 cirurgiãs.

Entre as dez cirurgiãs que participaram desta pesquisa, duas são cirurgiãs oftalmológicas, duas são cirurgiãs coloproctologistas, duas são cirurgiãs do aparelho digestório, uma é cirurgiã de transplante hepático, uma é cirurgiã vascular, uma é cirurgiã otorrinolaringologista e uma é cirurgiã traumato-ortopedista, todas identificadas sob o título de “cirurgiã” seguido de uma numeração de 1 a 10, de acordo com a ordem em que foram entrevistadas.

### 5.3 Coleta de Dados

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada por meio de entrevistas, com o auxílio de um questionário semiestruturado (Apêndice A). Optou-se pelas entrevistas por ser um método de maior flexibilidade, possibilitando ao entrevistador repetir e esclarecer perguntas ou formular de maneira diferente caso não esteja sendo bem compreendido. Esse método também possibilita a captação de reações, gestos, atitudes e condutas dos participantes durante as entrevistas (MARCONI; LAKATOS, 2003). Segundo Vergara (2012), em estudos qualitativos o questionário estruturado é inadequado, sendo mais apropriado optar pela entrevista, aberta ou semiestruturada.

Para Marconi e Lakatos (2003), entrevista é uma conversação de natureza profissional, realizada preferencialmente face a face, com a finalidade de obter informações sobre determinado assunto. “É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 195).

As entrevistas desta pesquisa foram registradas por meio de um gravador de áudio, o qual foi autorizado pelas participantes antes do início do questionário, momento em que também foram informadas sobre a preservação de sua identidade neste trabalho. Tais entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2017, totalizando 5 horas, 5 minutos e 11 segundos de entrevistas.

O questionário utilizado foi dividido em dois blocos: o primeiro deles compreendendo perguntas relativas ao perfil sociodemográfico das entrevistadas e o segundo relativo aos objetivos específicos desta pesquisa, quais foram: (i) Entender como ocorre a inserção de mulheres na carreira de cirurgiã, considerando a cultura leiga e a cultura profissional; (ii) Compreender como a cirurgiã percebe sua profissão, a partir do modelo idealizado e o real da profissão e (iii) Verificar as impressões das cirurgiãs sobre sua carreira e sobre sua identidade profissional após o abandono de estereótipos. O quadro a seguir resume a forma em que foi estruturado esse questionário:

Quadro 2 - Grupo de perguntas da pesquisa

Perguntas	Objetivos específicos	Objetivo do grupo de perguntas
Bloco 1	-	Obter dados sociodemográficos das entrevistadas.
Bloco 2	2.1	Colher informações para compreender como ocorre a inserção na profissão de cirurgiã, considerando a cultura leiga e a profissional.
	2.2	Identificar percepções da entrevistada sobre a profissão de cirurgiã para descrever o modelo idealizado e o real dessa especialidade.
	2.3	Coletar informações sobre as impressões das cirurgiãs sobre sua carreira e identidade profissional.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

O primeiro bloco de perguntas foi composto das seguintes variáveis:

- Idade;
- Estado civil;
- Quantidade de filhos;
- Especialidade e Subespecialidade;
- Instituições de formação;
- Tempo de atuação;
- Quais atividades incorpora como cirurgiã.

O segundo bloco de perguntas foi composto por 16 questões abertas, baseadas nos estudos de Spudeit (2010) e nas três fases da socialização profissional estabelecidas por Hughes (1958) e Dubar (2005), quais sejam: Passagem através do espelho, Instalação da dualidade e o Ajuste da concepção em si.

Para compreender como se deu a fase de “Passagem através do espelho” das cirurgiãs, foram feitas perguntas sobre a cultura leiga e a cultura profissional nos momentos de inserção na profissão. Para entender como aconteceu a fase de “Instalação da dualidade” foram feitas perguntas sobre as idealizações e a realidade da profissão. Por fim, para perceber como ocorreu a fase de “Ajuste da concepção em si”, foram feitas perguntas sobre a identidade profissional e a carreira de cirurgiã.

Os procedimentos de análise desses dados são abordados na seção seguinte.

#### **5.4 Tratamento dos dados**

Os dados obtidos através das entrevistas foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo. Vergara (2012, p. 7) aponta que “a análise de conteúdo é considerada uma técnica para tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema”. Bardin (2011) define essa técnica como um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento que se aplicam a discursos diversificados a fim de analisar as comunicações.

A descrição analítica busca a descrição do conteúdo das mensagens, tratando-se, portanto, do tratamento da informação contida nas mensagens. É um método de análise de

dados qualitativos por meio de codificações para que se possa tratá-los de forma quantitativa (BARDIN, 2011). Também pode ser considerado um método econômico, claro e de alta aceitação (COLLIS; HUSSEY, 2005).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que descreve o conteúdo das mensagens por meio de procedimentos ordenados e objetivos. O interesse dessa análise não reside na descrição do conteúdo em si, mas sim no que eles podem informar após serem tratados (BARDIN, 2011).

Segundo a mesma autora, a análise de conteúdo é constituída de três fases: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase de organização, que objetiva sistematizar as ideias iniciais e possui três missões: “a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final” (BARDIN, 2011, p. 125). Na presente pesquisa essa etapa constituiu-se na definição dos objetivos e das hipóteses na primeira seção do trabalho, na apresentação do referencial teórico como base à determinação das categorias de análise, na elaboração do instrumento de pesquisa e na realização, transcrição e organização das entrevistas.

A fase de exploração do material é a fase de análise propriamente dita, na qual, segundo Bardin (2011) será realizada a administração das decisões tomadas. Tal fase “consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 2011, p. 131). Tal codificação realizada na fase de exploração é uma transformação que permite atingir uma representação do conteúdo, e pode ser realizada por meio do recorte de unidades, da enumeração e da escolha de categorias (BARDIN, 2011).

O recorte de unidades constitui-se em estabelecer unidades de registro e unidades de contexto dos dados coletados. A unidade de registro é “a unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial” (BARDIN, 2011, p. 134). Já a unidade de contexto “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro” (BARDIN, 2011, p. 137). Ou seja, as unidades de registro são recortes de palavras, ou temas, ou frases que possuem significação dentro do texto, e as unidades de contexto são o agrupamento dessas unidades de registro dentro de um contexto que as classifica.

Para este estudo, a fim de que fossem alcançados os objetivos deste trabalho, foram definidas como categorias de análise as três fases da socialização profissional definidas por Dubar (2005), baseadas nos estudos de Hughes (1958): passagem através do espelho, instalação da dualidade e ajuste da concepção em si. Cada uma dessas categorias de análise foi dividida em 10 unidades de contexto que, por sua vez, foram subdivididas em diversas unidades de registro, conforme exposto no quadro 2.

Quadro 3 – Categorias de Análise, unidades de contexto e unidades de registro

CATEGORIAS DE ANÁLISE	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO
Passagem através do espelho	Interesses	A prática cirúrgica em si
		Desejo
		Exemplo dos pais
		Resultados imediatos
		Encantamento
		Personalidade
	Aptidões	Habilidades manuais
		Resolutividade
		Objetividade
		Outras características pessoais
	Inserção	Sexismo
		Adversidades
Facilidade		
Instalação da dualidade	Idealização	Profissão conhecida
		Vida mais tranquila
		Sucesso
	Realidade	Excesso de trabalho não-cirúrgico
		Condições
		Deslocamentos
	Dificuldades	Preconceito
		Conciliação
		Carga de trabalho
		Hierarquia
		Subempregos
	Incômodos	Cansaço
		Estrutura
		Múltiplos papéis
		Imprevisibilidade de horários
		Complicações cirúrgicas
Consolidação no mercado de trabalho		
Procedimentos específicos		
Ajuste da concepção em si	Abandono de estereótipos	Pouca união entre colegas
		Reconhecimento tardio
		Remuneração
		Diferenças de gênero
	Identidade profissional	Feminilidade
		Características intrínsecas
		Multitarefa
	Carreira	Deveres domésticos
		Teto de vidro
		Ambições
		Satisfação

Fonte: Adaptado pela autora (2017).

Desta forma, durante a fase de exploração do material deste trabalho, foi realizado um estudo dos dados obtidos com as entrevistas, embasado na literatura, buscando codificá-los e classificá-los, gerenciando-os com o auxílio do *software* Atlas ti 7, para posterior tratamento de resultados.

Após as duas primeiras fases da análise de conteúdo expostas anteriormente, vem a fase de tratamento dos resultados obtidos, na qual os dados são tratados de maneira a serem significativos e válidos e, a partir desses resultados obtidos, o analista faz interpretações e inferências que podem se encaixar com seus objetivos iniciais ou mesmo apresentar fatos inesperados (BARDIN, 2011). Nesta pesquisa, os dados obtidos e codificados foram tratados, interpretados e os resultados são expostos na seção seguinte de Análise dos Resultados.

## 6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção é realizada a terceira fase do processo de análise de conteúdo, na qual os resultados obtidos por meio da pesquisa são analisados e interpretados. Primeiramente é feita uma caracterização das entrevistadas, na qual são apresentados seus dados sociodemográficos e profissionais, para posteriormente verificar o processo de socialização profissional dessas cirurgiãs, com auxílio da ferramenta *network view* do *software* Atlas ti 7, que permitiu a codificação das unidades de contexto e de registro.

### 6.1 Perfil das entrevistadas

Para coletar os dados da presente pesquisa foram entrevistadas dez cirurgiãs da cidade de Fortaleza-CE, com subespecialidades em diversas áreas cirúrgicas, cujos dados sociodemográficos são expostos no quadro a seguir:

Quadro 4 – Caracterização das entrevistadas

ENTREVISTADA	SUBESPECIALIDADE CIRÚRGICA	IDADE	TEMPO DE ATUAÇÃO	ESTADO CIVIL	FILHOS
Cirurgiã 01	Oftalmologia- Cirurgia de Glaucoma e Catarata	40	15 anos	Casada	3
Cirurgiã 02	Cirurgia Geral- Coloproctologia	38	10 anos	Divorciada	2
Cirurgiã 03	Cirurgia Geral- Aparelho Digestório	42	20 anos	Casada	0
Cirurgiã 04	Cirurgia Geral- Transplante Hepático	37	10 anos	Casada	2
Cirurgiã 05	Cirurgia de Traumatologia- ortopedia	55	30 anos	Viúva	3
Cirurgiã 06	Cirurgia Geral- Coloproctologia	48	22 anos	Casada	2
Cirurgiã 07	Otorrinolaringologia- Cirurgia e Clínica	42	18 anos	Casada	3
Cirurgiã 08	Cirurgia Vascular e Cirurgia Geral	34	7 anos	Casada	0
Cirurgiã 09	Oftalmologia- Cirurgia de Retina	32	7 anos	Casada	0
Cirurgiã 10	Cirurgia Geral- Aparelho Digestório	35	8 anos	Solteira	0

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Além dos dados apresentados acima, foram coletadas, ainda, as seguintes informações:

- a) Sete cirurgiãs se formaram na Universidade Federal do Ceará, uma na Universidade Federal do Maranhão, uma na Universidade Federal do Rio Grande do Norte e uma na Faculdade Estadual de Alagoas;

- b) Além da atividade de cirurgiã, todas as entrevistadas realizam atendimento em consultório e são servidoras públicas da União ou do Estado;
- c) A cirurgiã 7, apesar de sua formação cirúrgica, relatou que deixou de operar devido a algumas adversidades em seu início de carreira. Ainda assim, foi mantida nesse estudo devido à formação e à experiência que vivenciou na profissão. Todas as demais cirurgiãs estão em atividade cirúrgica.

Conforme as informações expostas, observa-se que entre as dez cirurgiãs entrevistadas, duas são cirurgiãs oftalmológicas (20%), sendo uma de glaucoma e catarata e outra de retina, duas são cirurgiãs coloproctologistas (20%), duas são cirurgiãs do aparelho digestório (20%), uma é cirurgiã de transplante hepático (10%), uma é cirurgiã vascular (10%), uma é cirurgiã otorrinolaringologista (10%) e uma é cirurgiã traumato-ortopedista (10%).

Ainda em conformidade com os dados apresentados no quadro 3, observa-se que a maioria das entrevistadas é casada (70%), uma é viúva (10%), uma é divorciada (10%) e uma é solteira (10%). Entre as participantes, a maioria possui filhos (60%) e entre as demais que não possuem filhos, três são casadas (30%) e uma é solteira (10%). A média de idade da amostra é de 40,3 anos e a média de tempo de atuação na profissão é de 14,7 anos de experiência.

## **6.2 Análise da socialização profissional de mulheres cirurgiãs**

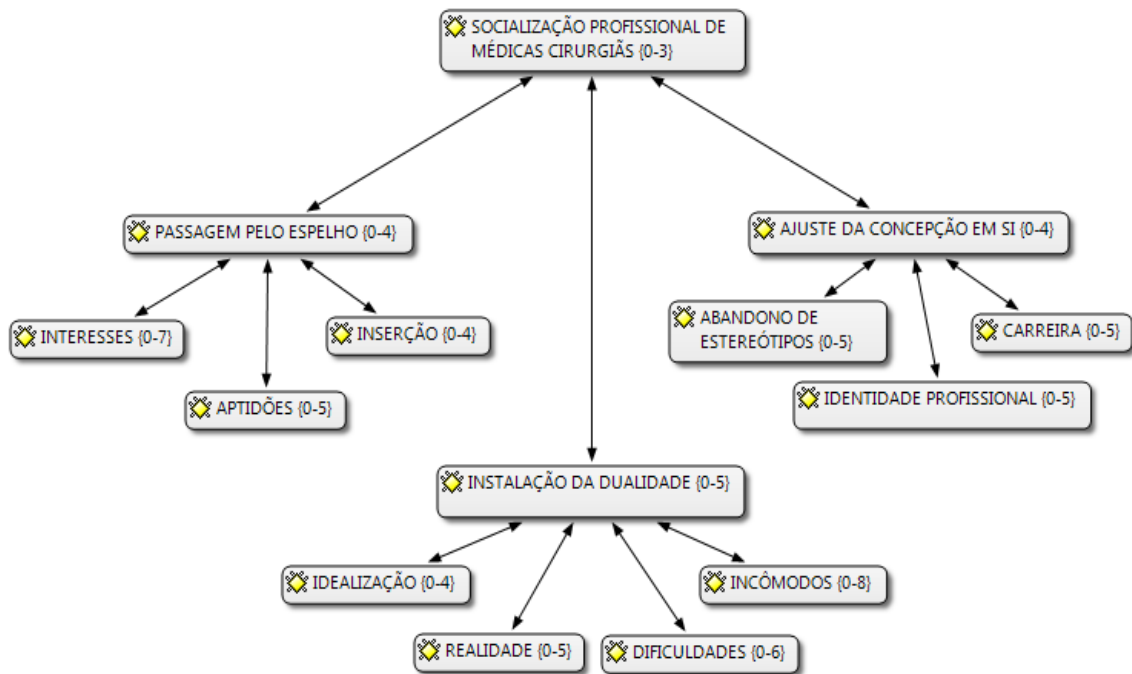
Na presente subseção foi realizada uma análise das transcrições das entrevistas das cirurgiãs, buscando atender ao objetivo geral dessa pesquisa: verificar como ocorre a socialização profissional de mulheres cirurgiãs.

Para que o objetivo geral fosse alcançado, os discursos das entrevistadas foram analisados em conformidade com os objetivos específicos desta pesquisa: (i) Entender como ocorre a inserção de mulheres na carreira de cirurgiã, considerando a cultura leiga e a cultura profissional; (ii) Compreender como a cirurgiã percebe sua profissão, a partir do modelo idealizado e o real da profissão e (iii) Verificar as impressões das cirurgiãs sobre sua carreira e sobre sua identidade profissional após o abandono de estereótipos. Tais objetivos estão relacionados às fases do modelo de socialização profissional de Hughes (1958), que foram codificadas como categorias de análise, quais sejam: Passagem através do espelho, Instalação da dualidade e Ajuste da concepção em si.

As unidades de contexto e de registro identificadas foram expostas com o auxílio da ferramenta *network view*, do *software Atlas ti 7*, na qual a unidade é codificada, e cada código é exposto por meio de um par ordenado de números, no qual o numeral à direita representa a quantidade de unidades às quais o código está relacionado, e o numeral à esquerda representa a quantidade de citações que aquele determinado código obteve durante o discurso das cirurgiãs.

Tem-se, portanto, a seguinte *network view* com as relações entre as categorias de análise, unidades de contexto e unidades de registro que foram verificadas:

Figura 1- Relação entre categorias de análise e unidades de contexto e de registro.



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

As subseções seguintes trazem uma análise dos resultados obtidos em cada unidade de contexto, com suas respectivas unidades de registro.

### 6.2.1 *Passagem através do espelho: a inserção profissional*

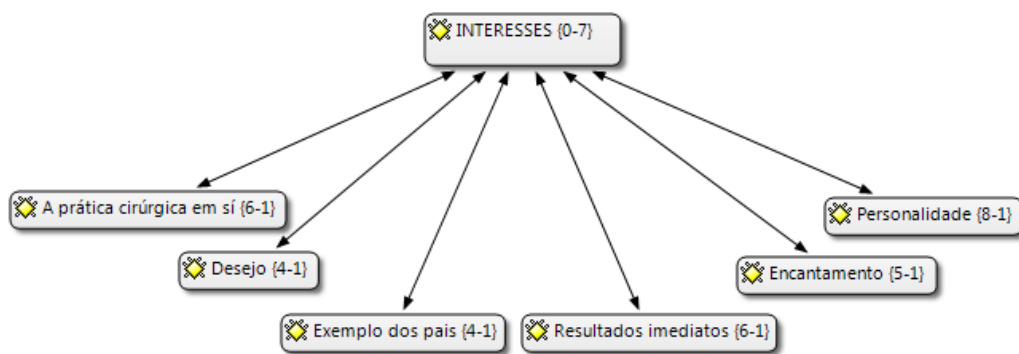
A primeira fase da socialização profissional, conforme define Hughes (1958), trata-se da passagem através do espelho. Para se entender como ocorreu essa fase da socialização das cirurgiãs, foi estabelecido o primeiro objetivo deste trabalho: entender como ocorre a inserção de mulheres na carreira de cirurgiã, considerando a cultura leiga e a cultura profissional.

Hughes (1958) aponta que a fase de passagem através espelho ocorre durante a inserção profissional, e é o momento em que a cultura leiga acerca da profissão se depara com a cultura profissional recém-descoberta pelo indivíduo. Por essa razão, objetivou-se identificar como ocorreu a inserção profissional das cirurgiãs na carreira, identificando os seus interesses e aptidões para ingressar na carreira.

Para essa categoria de análise foram estabelecidas três unidades de contexto: interesses, aptidões e inserção.

A primeira unidade de contexto a ser observada é a unidade *interesses*, a qual reúne os motivos pelos quais as entrevistadas se interessaram pela profissão de cirurgiã. As unidades de registro encontradas estão descritas na figura abaixo:

Figura 2- Interesses



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Para se obter tais resultados, foi perguntado às cirurgiãs: “O que despertou seu interesse em ser cirurgiã? Qual a razão da escolha por essa especialidade?”. As respostas foram diversificadas e cada cirurgiã citou vários motivos de interesse, mas o fator *personalidade* foi o que mais se repetiu em seus discursos, havendo 8 citações. Para elas, o fato de possuírem determinadas características de personalidade foi determinante para o interesse e a escolha pela especialidade cirúrgica, conforme observamos nos discursos das cirurgiãs a seguir: “Eu sou muito ativa, então eu não me imaginava fazendo só consultório.” (C5); “[...] eu verifiquei que eu sempre fui assim uma pessoa bem objetiva, bem determinada, que eu poderia enfrentar de fazer a cirurgia mesmo que daria realmente certo.” (C6); “[...] eu sou mais ativa, então eu gosto de uma coisa que eu bote a mão na massa (risos)” (C9); “[...] cirurgião é sempre muito resolutivo e muito direto, muito objetivo, e muito ativo pra trabalhar, é sempre uma pessoa hiperativa que gosta de fazer várias coisas ao mesmo tempo e eu sempre

fui assim.” (C10).

Tais características de personalidade citadas pelas entrevistadas corroboram com Bellodi (2004), que afirma que o cirurgião é valente, ansioso, objetivo e imediatista.

Outro fator de interesse muito citado pelas cirurgiãs é a *prática cirúrgica em si*. Seis cirurgiãs citaram que se interessaram pela cirurgia devido a gostar do ambiente cirúrgico e do processo operatório, com os quais tiveram contato durante a faculdade ou a residência, conforme afirmaram as cirurgiãs 2 e 8: “[...] defini que eu ia fazer cirurgia pelo que eu tava vendo na cirurgia experimental, pela prática da cirurgia.” (C2)

No quarto semestre eu fiz um estágio no [nome do hospital], que era estágio em cirurgia, foi a primeira vez que realmente tive contato com o procedimento cirúrgico em si, com a técnica cirúrgica, e aí eu me apaixonei, me senti super bem, fazendo suturas, atendendo pacientes, entrando em cirurgias, me senti realizada. (C8)

O ponto *resultados imediatos* também foi citado em seis momentos pelas cirurgiãs. Segundo elas, o fato de poder atuar diretamente na doença do paciente e obter resultados rápidos desperta seu interesse:

Eu sempre gostei de entrar assim, de... Eu sou muito invasiva, digamos assim, e de tirar a doença do paciente com a mão. De certa forma você cura o paciente mais rápido, você já vê o resultado do tratamento médico imediatamente, diferente do clínico que trata, espera uns dias, espera um mês, espera um ano pra ver os resultados, né? Na cirurgia você tem a oportunidade de ver a cura sair no fim da cirurgia. Um apendicite, no final da cirurgia o paciente não tem mais apendicite, resolveu. Então essa chance de você tentar tratar o paciente de forma instantânea é muito desafiadora. (C3)

[...] quando você passa um remédio pro paciente você não vai esperar que tenha efeito naquele momento, você tem que esperar o outro dia, e isso me angustiava, porque eu queria resolver logo aquela situação, e a cirurgia, querendo ou não, você resolve logo, né? (C4)

Os resultados encontrados confirmam os estudos de Bellodi (2004), que afirmam que o desejo de se inserir nessa especialidade ocorre pela vontade de ajudar as pessoas de forma prática e resolutiva.

A unidade de registro *encantamento* foi citada por cinco vezes durante os discursos das cirurgiãs. Em suas falas demonstram amor e admiração pela profissão, conforme se observa nos discursos das cirurgiãs 6 e 3: “[...] o cirurgião mudava o destino de alguns pacientes e isso me encantava muito.” (C6).

[...] acho que ser médico é uma profissão fascinante, não é pra todo mundo porque nem todo mundo tem estômago pra ser médico (risos), mas assim, é fascinante pra qualquer pessoa, você poder tratar um outro ser humano igual a você, você curar e ver o resultado daquilo, é incrível. (C3)

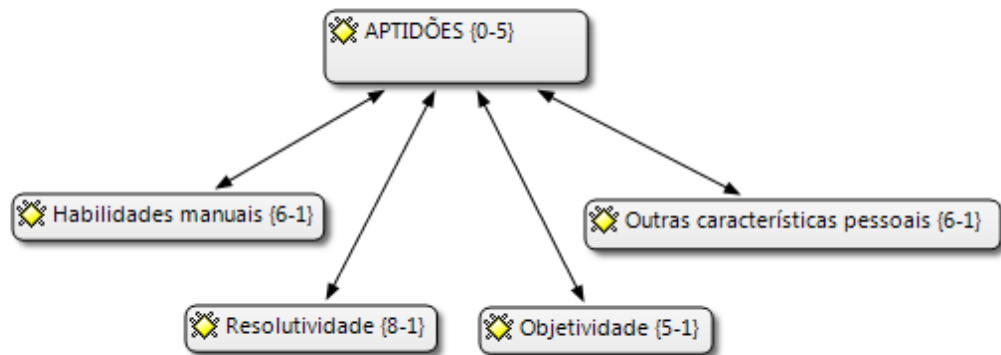
Quatro cirurgiãs também citaram que se interessaram pela cirurgia devido ao *exemplo de seus pais* que também eram cirurgiões, pelos quais elas tinham admiração, conforme se

verifica nos discursos das cirurgiãs 6 e 1: “É, eu creio que eu tive uma influencia muito grande do meu pai, meu pai era médico e cirurgião e eu sempre o admirei muito pela profissão, da forma como ele falava, como ele tratava, da forma como ele descrevia [...]” (C6); “Meu pai era oftalmologista, então eu sempre quis fazer oftalmologia, desde criança.” (C1).

Finalizando o contexto interesses, quatro cirurgiãs também mencionaram que escolheram fazer cirurgia por *desejo*, porque sempre quiseram e sempre souberam que era isso que gostariam de fazer, assim como se observa nas afirmações das cirurgiãs 1 e 6: “Pra mim foi muito fácil escolher porque eu sempre quis aquilo, então foi bem fácil.” (C1); “Eu desde o começo eu achei que queria cirurgia, comecei a faculdade querendo fazer cirurgia e definitivamente terminei querendo fazer cirurgia.” (C6).

A segunda unidade de contexto a ser observada é a unidade *aptidões*, na qual constam as habilidades que as cirurgiãs possuíam e identificavam como necessárias à cirurgia. As unidades de registro encontradas foram as seguintes:

Figura 3- Aptidões



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Para obter tais resultados, foi perguntado às cirurgiãs: “Quais aptidões e habilidades você possuía que julgava serem necessárias a essa profissão?”. Em resposta a tal questionamento, a habilidade mais citada pelas entrevistadas foi *resolutividade*, que foi mencionada por oito vezes, conforme se verifica nos discursos das cirurgiãs 3 e 4: “Vontade de tratar de forma mais rápida o paciente, de ter oportunidade de oferecer essa opção de tratamento.” (C3).

Quando eu opero um paciente, se é uma colecistite, eu já resolvo a colecistite, se é uma apendicite eu já resolvo a apendicite, eu não tenho que esperar pra pensar numa

solução pro paciente né, então acho que essa foi minha principal qualidade pra fazer cirurgia, foi querer resolver as coisas o mais rápido possível. (C4)

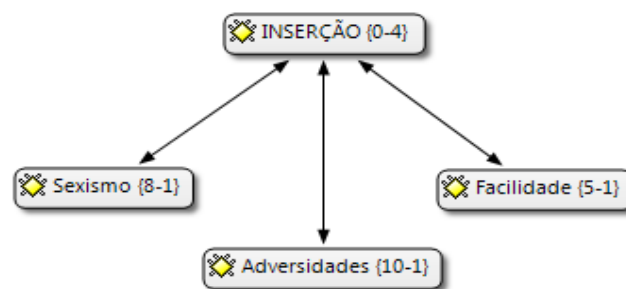
Outro ponto bastante citado pelas cirurgiãs, sendo mencionado por seis vezes, foram *habilidades manuais*, conforme afirmam as cirurgiãs 1 e 3: “Você tem que ter habilidade cirúrgica tanto na mão direita quanto na esquerda, porque serve de apoio. Então se você não tiver habilidade com a outra mão também não vai dar certo.” (C1); “Eu gosto muito da habilidade manual de fazer cirurgia. Sempre gostei muito de atividades manuais.” (C3).

No fator *outras características pessoais*, citado por seis vezes, foram agrupadas outras diversas características consideradas pelas cirurgiãs como uma habilidade que possuíam e julgavam importantes à cirurgia, tais como: conhecimento teórico e conhecimento prático (C2), disciplina (C3), saber separar o trabalho da parte emocional (C3) e ser ativa (C4).

A *objetividade* foi citada cinco vezes como uma aptidão que as cirurgiãs consideravam possuir, assim como apontam as cirurgiãs 8 e 3: “[...] a maioria dos cirurgiões pensa de forma muito objetiva, né, então tem aquele, se resolve dessa forma e dessa, não fica ‘fosforilando’ muito pensando em a e b [...] eu sempre fui muito objetiva.” (C8); “A praticidade e a objetividade de um cirurgião eu tenho.” (C3).

Finalizando a categoria passagem pelo espelho, a terceira unidade analisada foi a *inserção*, na qual constam relatos das experiências das entrevistadas ao se inserirem na profissão, quais foram:

Figura 4- Inserção



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Ao serem questionadas sobre “Como foi sua experiência de inserção nessa profissão?”, a unidade de registro *adversidades* foi a mais aparente, sendo citada 10 vezes. Por adversidade se entende os transtornos que as entrevistadas relataram enfrentar durante o período de inserção. Entre essas adversidades, se pode citar: pouca clientela, machismo, maternidade, mercado saturado, entre outras, conforme se pode observar nos discursos das cirurgiãs 1, 2 e 7: “Olha no começo é bem difícil. No primeiro ano é mais difícil, né, que a gente acha que não vai funcionar, que o consultório ta vago [...]” (C1); “Eu tive muita

dificuldade pra me inserir na residência porque eu entrei na residência eu tinha um filho já e se não fosse pela ajuda da minha família eu provavelmente não teria conseguido.” (C2); “[...] o mercado tava muito cheio, então eu não conseguia operar, ter volume cirúrgico, não conseguia ter bons lugares pra operar, né, e também não conseguia uma boa remuneração..não uma boa, mas uma remuneração que eu julgava justa.” (C7).

O fator *sexismo*, apesar de também ser um tipo de adversidade, optou-se por torná-lo uma unidade de registro específica pela expressiva menção que obteve. Foi o segundo ponto mais citado pelas entrevistadas ao relatarem sua experiência de inserção na profissão de cirurgiã, possuindo oito menções. Por sexismo se entende os problemas de inserção enfrentados pelas mulheres devido ao seu gênero, como pode ser observado nos discursos das cirurgiãs 2, 3, 4 e 6: “Você enfrenta situações de sexismo, você não é vista... Na época eu não era vista da mesma maneira que meus colegas homens.” (C2); “[...] é mais esse preconceito mesmo de não acreditar que a mulher bonitinha, novinha, fosse capaz né, fosse capaz de ser cirurgiã, porque cirurgia é coisa pra homem.” (C4).

Mas a minha experiência foi uma experiência pesada, assim. Você experimenta situações de sexismo, porque o tempo todo você é lembrada que você é mulher [...] Falhas que seriam facilmente relevadas por um colega homem não são porque você é mulher [...] eu acho que a experiência de inserção de toda mulher é uma experiência mais difícil do que a experiência dos homens [...] era uma ideia muito estanque na cabeça das pessoas de que cirurgia não era coisa de mulher, até porque a divisão de tarefas né, de acordo com gênero na sociedade, ela demanda que a mulher esteja disponível. (C2)

[...] eu sempre me impus na minha capacidade intelectual de conhecimento e de técnica operatória, então eu acho que isso facilitou. Talvez se eu fosse uma pessoa assim mais frágil nesses pontos eu ia ter muita crítica. Um homem pode ser mais frágil nesses pontos e ele simplesmente tá lá e pronto, não tem problema nenhum. Se uma mulher não souber uma coisa, ou não fizer bem feito uma coisa nessa área, eu acredito que ela vá sofrer muita crítica. (C3)

Eu achei que foi bem difícil porque na minha época, né, eu já tenho 22 anos de formada, eu tive bastante bloqueio ainda, por incrível que pareça. Durante a minha residência eu tive professores que chegaram a mencionar que mulheres não deveriam fazer cirurgia. (C6)

Tais respostas contribuem com as pesquisas de Pires (2017), que apontam que quando uma mulher se insere em uma área da medicina dita como masculina, como a cirurgia, ou ela é ignorada, ou ela é pressionada a saber ainda mais que os homens.

A última unidade de registro da inserção é *facilidade*, a qual obteve cinco citações de cirurgiãs que relatam terem sido felizes em suas inserções na profissão, ou por terem sido bem recebidas nas equipes cirúrgicas, ou por terem se inserido em um nicho de mercado mais vago, conforme relatos das cirurgiãs 3, 1 e 10: “Eu tive muita sorte assim, sinceramente, nunca tive dificuldade de me inserir, ao contrário do que todo mundo pensava.” (C3).

E eu tive sorte porque eu voltei do fellow fazendo glaucoma e catarata cirúrgico que muita gente não faz, não fazia, hoje tem muita gente. E quando eu voltei, há dez anos atrás, depois do fellow, não tinha muita gente fazendo, né. Então você termina pegando um nicho do mercado que tava vago. (C1)

Foi muito boa. Desde a época da faculdade eu já participava de plantões, em emergências cirúrgicas onde eu sempre fui muito bem acolhida nos hospitais em que eu participei, sempre tive assim um aprendizado muito bom, profissionais que me receberam de forma muito boa, e na residência também.” (C10)

Portanto, pode-se verificar que as cirurgiãs tinham interesses e aptidões prévias acerca da profissão. O fator que mais as influenciou para se interessarem pela área foram as características de suas personalidades, e a aptidão que mais julgavam possuir era a resolutividade. Contudo, percebeu-se que a inserção foi marcada, na maioria dos discursos, por adversidades encontradas ao se depararem com a cultura profissional de cirurgiã.

### **6.2.2 *Instalação da Dualidade: o modelo idealizado e o real da profissão***

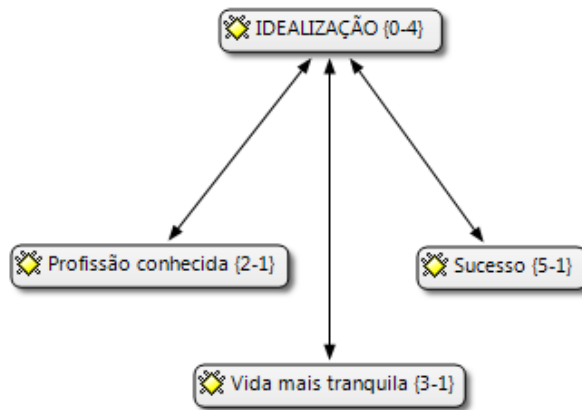
A segunda fase da socialização profissional, conforme define Hughes (1958), trata-se da instalação da dualidade. Para se entender como ocorreu essa fase da socialização das cirurgiãs, foi estabelecido o segundo objetivo deste trabalho: Compreender como a cirurgiã percebe sua profissão, a partir do modelo idealizado e o real da profissão.

Segundo Hughes (1958) a fase de instalação da dualidade ocorre quando a cultura leiga e os estereótipos criados pelo indivíduo se contrastam com a realidade da profissão, as dificuldades e tarefas incômodas, gerando conflitos e desconforto. Por essa razão, objetivou-se identificar quais eram as idealizações das cirurgiãs acerca da profissão e qual foi a realidade encontrada por elas, suas dificuldades e seus incômodos.

Para essa categoria de análise foram estabelecidas quatro unidades de contexto: idealização, realidade, dificuldades e incômodos.

A fim de vislumbrar o modelo profissional idealizado pelas cirurgiãs, foram feitas duas perguntas: “Antes de se tornar cirurgiã, como você imaginava que seria a profissão?” e “Você já tinha algum contato prévio com a profissão? Algum modelo em seu círculo familiar ou acadêmico?”. As unidades de registro obtidas estão apresentadas na figura a seguir:

Figura 5- Idealização



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Na unidade de contexto de idealização, o fator mais citado pelas entrevistadas como modelo idealizado de profissão foi *sucesso*, com cinco citações. O termo sucesso foi escolhido para englobar fatores positivos na carreira de um cirurgião, citados pelas entrevistadas, relacionando-se com: muitos pacientes, prazer, reconhecimento, boa remuneração e glamour, conforme se observa nos discursos das cirurgiãs 7 e 10: “Eu achava que ia ser boa, que eu ia ter prazer, fazer o que eu quisesse né, ia ter assim, reconhecimento né, remuneração[...]”. (C7); “[...] você tem aquela falsa ideia de que a cirurgia é só o glamour de operar, de ta ali operando e a satisfação de operar.” (C10).

Os resultados encontrados ratificam os estudos de Bellodi (2004), que afirmam que a profissão de cirurgião é vista como de boa remuneração e bom prestígio social.

Outra unidade de registro citada pelas entrevistadas foi *vida mais tranquila*, termo utilizado para englobar também mais tempo livre, que obteve três menções, das cirurgiãs 1, 2 e 7: “Querida ter um pouquinho mais de tempo livre, mas não tem, né? (risos).” (C1); “[...] você sabe que você vai ter seu tempo tomado pela profissão mas você não imagina o tanto.” (C2); “Eu achava que eu ia consultar, eu ia operar, e até ter uma vida relativamente tranquila, mas nunca é como a gente espera, né?” (C7).

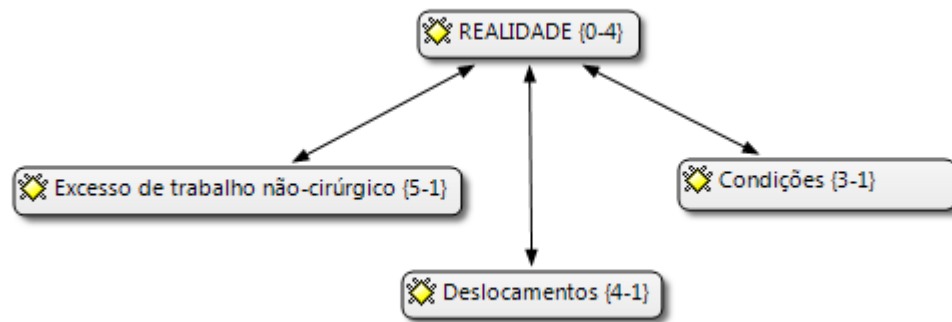
A última unidade de registro encontrada de idealização foi *profissão conhecida*, termo que retrata a experiência de duas cirurgiãs que comentaram já conhecer a profissão, devido a familiares serem cirurgiões, e sabiam exatamente o que esperar, portanto não construíram idealizações, pois já conheciam a realidade:

Eu acho que eu já imaginava, porque eu já convivia com ambiente cirúrgico desde o começo da faculdade, e eu tenho médicos na família, alguns são cirurgiões, e eu já sabia como era a profissão. Não me surpreendi muito não, achei bom e é exatamente o que eu queria. (C3)

[...] eu sabia que eu ia trabalhar muito, eu sabia que ia ser uma vida diferente da maioria das mulheres, porque eu não ia ter horário fixo, eu não ia ter direitinho aqueles horários, eu não ia poder tá em casa com os meninos, né, mas foi isso mesmo. (C4)

Na unidade de contexto *realidade*, a fim de descobrir a opinião das entrevistadas sobre a realidade encontrada nas atividades concernentes à profissão, foram feitos os seguintes questionamentos: “Descreva suas atividades de trabalho como cirurgiã.” e “Existem tarefas que não gostaria de fazer?”. Como resultados, foram encontradas as unidades de registro: *excesso de trabalho não-cirúrgico*, com cinco menções, *deslocamentos*, com quatro menções e *condições*, com três menções, conforme figura a seguir:

Figura 6- Realidade



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

A unidade de registro mais encontrada no quesito realidade foi *excesso de trabalho não-cirúrgico*, com cinco menções. Por excesso de trabalho não-cirúrgico entende-se as atividades complementares à cirurgia propriamente dita, como pré e pós-operatórios, acompanhamento constante do paciente, atividades burocráticas e enfermaria, conforme se observa nos discursos a seguir: “Então eu realmente não tinha ideia do tanto de tempo que você tem que dedicar à atividade de enfermaria, cirurgia, consultório [...]” (C2).

Você tem a ideia de que a cirurgia é só o glamour de operar, de tá ali operando e a satisfação de operar. E na verdade não é só isso né, tem o paciente que você vai ter pro resto da vida, o paciente que você vai ver antes de operar, depois de operar, e você vai ver toda semana, todo dia se for o caso, de manhã cedo, à noite, então quando você começa a fazer isso você vê que é um trabalho que realmente você tem que se dedicar muito, não é só operar, tem muita coisa envolvida nisso, a cirurgia é só um pedacinho do que a gente faz com o paciente né, o pós-operatório é muito mais complicado, muito mais, você precisa de muito mais atenção do que às vezes o próprio intra-cirúrgico, né, o momento cirúrgico. (C10)

A que eu tenho menos aptidão a fazer são as atividades burocráticas, e eu sou uma pessoa dentro da [local de trabalho] que tenho muitas atividades burocráticas, porque eu sou chefe da residência médica, do serviço, além de ser professora do

[local de trabalho] mesmo, a gente de vez em quando tem que tá fazendo relatórios, essas coisas, é a parte que eu tenho menos aptidão, que eu tenho menos paciência, que eu vou deixando pra depois, que às vezes a gente quase perde o prazo por causa disso (risos), é o que eu tenho mais dificuldade. (C3)

Outro fator bastante citado pelas cirurgiãs na unidade de contexto realidade foi *deslocamentos*. Segundo elas, deslocar-se entre vários hospitais e suas outras atividades durante o dia é uma tarefa que prejudica a qualidade de vida, conforme discursos das cirurgiãs 3 e 8: “[...] cirurgião fica correndo de um hospital pra outro, tem dias que a gente vai em três, quatro hospitais, então assim, é bem mais puxado nesse sentido.” (C8).

Incomoda o sistema de saúde da gente, que a gente vive. Essa medicina de convênio que às vezes a gente tem que operar em um hospital, depois em outro, outro, outro e tem que tá dando aula aqui às 8 [...] Hoje, eu acordei 4.30 e fui ver um paciente no [nome de um hospital], entendeu? E às vezes tenho que passar ainda em outro hospital pra chegar aqui a tempo, então às vezes é o sistema que não favorece, é você sair correndo de um lugar pro outro. Se você pudesse ficar só num canto a vida seria melhor. Acho que a qualidade de vida de um médico que trabalha com pacientes de convênio é puxada por isso, por você ter que ir a vários lugares antes de poder ir pra um consultório ou pra um local que você tenha hora pra chegar. (C3)

As cirurgiãs entrevistadas também mencionaram as condições do local de trabalho como um fator de suas realidades, obtendo três menções. Por condições entende-se a falta de materiais, profissionais e um ambiente adequado de trabalho em alguns hospitais, conforme os discursos a seguir:

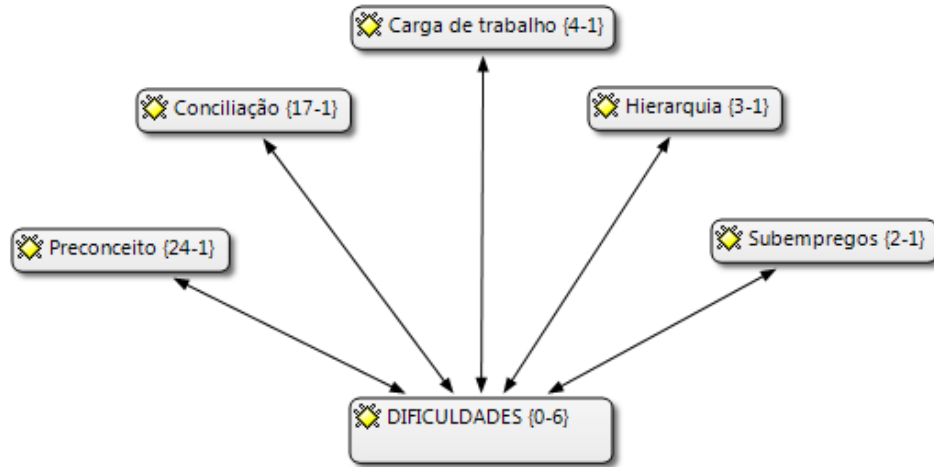
[...] a situação de emergência me incomoda, principalmente no nosso meio que você não tem muito o que fazer [...] ‘Não, tem que operar esse paciente agora’ – Ah, não pode operar porque não tem anestesista, porque o anestesista tá ocupado, porque não tem sala, porque não tem material, então isso me incomodava muito. Então eu saia do hospital muito com raiva porque eu tinha deixado de fazer alguma coisa, eu tinha feito uma coisa que eu achava que não era o ideal pro paciente, mas porque não tinha condição. (C4)

[...] mais pelo ambiente, que é pesado assim, se fosse trabalho em um ambiente mais tranquilo, sem problemas. Se tivesse policiamento, problema nenhum, o fato é que [nome de hospital] principalmente não têm, então a gente fica lá atendendo bandido, aí chega a gangue rival armada e a gente fica no meio [...] Ai imagina, a gente tá lá trabalhando sem segurança nenhuma, porque não tem policiamento nem nada, aí de repente chega um auxiliar “aí cuidado num sei que vamo sair porque a gangue rival tá aqui na frente dizendo que vai entrar pra terminar de matar”. Ai sempre fica no fogo cruzado sem saber o que fazer. (C8)

Ainda com a finalidade de compreender a percepção das cirurgiãs sobre sua profissão, elas foram questionadas a respeito das dificuldades que enfrentaram e ainda enfrentam no exercício de sua profissão. Para analisar a unidade de contexto *dificuldades* foram feitos os seguintes questionamentos: “Você enfrentou/enfrenta dificuldades no exercício de sua profissão? Quais dificuldades seriam?”, “Como era/é sua relação com os colegas cirurgiões homens? Como você era/é vista e tratada por eles?” e “E os pacientes, como você era/é vista e

tratada?”. Como respostas aos questionamentos, foram identificadas cinco unidades de registro, conforme figura a seguir:

Figura 7- Dificuldades



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

A unidade mais expressiva, que obteve vinte e quatro menções ao longo do discurso das cirurgiãs, foi *preconceito*. Tal resultado ratifica Galeazzi et al. (2011), que afirmam que o processo de inserção das mulheres no mercado de trabalho torna-se ainda mais difícil, pois é acompanhado de segregações e discriminações que as colocam em desvantagem no campo socioprofissional em comparação aos homens.

Segundo as entrevistadas, uma das maiores dificuldades enfrentadas durante a profissão de cirurgiã é o preconceito, tanto o preconceito de gênero, quanto o preconceito de idade, e até mesmo um registro de preconceito de naturalidade, por parte dos colegas, dos superiores e dos pacientes, conforme se percebe nos discursos da cirurgiã 6: “Eu tinha staff que não aceitava mulher, e não apoiava a gente como residente.” (C6).

Éramos doze residentes, eram dez do sexo masculino e eu e uma outra residente. Eu acho que foi o momento pior da minha vida, foi o momento que eu mais briguei, foram com esses dez residentes [...] por conta de ser mulher e querer operar, e ele achava que eu era mulher e eu não ia operar tanto quanto eles [...] E na hora de fazer o mapa cirúrgico da quantidade de cirurgias queria me enganar porque eu era mulher [...] (C6)

As cirurgiãs relataram que a profissão ainda é vista pela sociedade como uma profissão masculina, conforme os discursos a seguir: “[...] eu imaginei que sempre eu teria um pouco de dificuldade, porque quando se pensa em cirurgia se pensa muito mais em procurar um médico do sexo masculino [...]” (C6); “Por ser mulher, com certeza, porque tem o preconceito, acham que os homens são melhores que a gente.” (C1); “Paciente é que tem maior preconceito né, porque é mulher. Às vezes, muitas vezes eu to no plantão, eu chego, e o

paciente ‘Cadê o médico?’ né (risos). Espera que é um homem, acha que é enfermeira, fazer triagem, essas coisas [...]” (C5); “[...] o que existe é aquela figura ainda bem tradicional, do homem como médico cirurgião, né? As vezes se você tiver num grupo de pessoas e disser assim “ah, se dirija ali pro cirurgião”, ele vai no homem e não na mulher.” (C10); “[...] dizer : ai, cirurgia não é coisa de mulher, como no começo da minha graduação eu escutava [...] muita gente diz: ah mas se virar uma profissão de mulher vai cair o nível.” (C2).

As entrevistadas também relataram que, por ser mulher, elas têm de provar que são realmente boas cirurgiãs para os colegas e pacientes, conforme afirmaram as cirurgiãs 1 e 9: “[...] eles têm que pagar pra ver que você é boa [...] tem que ter outras pessoas falando que já viram você operando, entendeu? [...] Então é aquela coisa assim de ter que pagar pra ver.” (C1); “[...] não é comum, entendeu? Ver operando. Então, quando opera [...] é meio como se você tivesse que provar que você realmente sabe fazer.” (C9).

Corrêa (2011) indica que tal fato acontece devido à ideia ainda presente e estereotipada na sociedade de que o masculino é melhor e mais competente, assim como, conforme Zauli et al. (2013), devido à existência de normas sociais tradicionais e patriarcais que ainda existem nas relações sociais.

A cirurgiã 2 também relatou que, durante a residência, para ser tratada da mesma forma que os homens eram tratados, ela precisou tomar uma postura masculinizada e não demonstrar sinais de fraqueza, como se observa em seu relato:

Eu era uma menina, então pra eu ser tratada de forma igual e tudo, você tinha meio que mostrar que você é um dos caras, você ta entendendo? Mas assim, o tempo todo você é uma menina, então, era aquele negócio: era muito boa, desde que eu não demonstrasse, entre aspas, sinais de fraqueza, você ta entendendo? (*Teria que se masculinizar, então?*) Exato, se masculinizar para ser considerada uma boa residente. (*E você tomou esse papel?*) Sim, sim, tomei.

Além dos relatos de preconceito de gênero, também houve diversos relatos de preconceito por idade. As cirurgiãs comentaram que sentiam desconforto por parte dos pacientes por, além de elas serem mulheres, serem jovens. Outras cirurgiãs também relataram que sentiram mais incômodo pela questão da idade do que mesmo pelo gênero, conforme discursos das cirurgiãs 1, 4, 6 e 9: “[...] primeiro, quando você é jovem, às vezes o paciente pra se operar ele sempre quer se operar com um mais velho; e segundo, às vezes, por um cirurgião do sexo masculino.” (C6); “[...] quando me perguntam, ninguém acha que eu opero: Vixi, tu opera? Tu opera retina?- As pessoas têm aquele, tipo: tu, novinha, mulher, não é destrambelhada? (risos).” (C9).

Eu tive dificuldade um pouco com paciente, os pacientes são muito preconceituosos né [...] Eu me lembro que teve um paciente que até disse...eu cuidei dele porque eu tava no sobreaviso, não foi ele que me escolheu, eu tava no sobreaviso da [nome do

hospital], e ele saiu, foi de alta, foi bem quando ele voltou no meu consultório ele falou assim: doutora, eu não botei fé na senhora, muito novinha, muito bonitinha, pra ser cirurgiã. [...] Então assim, eu tive um pouco de preconceito com os pacientes, não sei se pela minha idade aparente, ou por ser mulher, né, mas eu tive. (C4)

Primeiro porque eles acham que a gente é muito nova, tem um susto quando chega assim: a senhora é tão nova desse jeito? [...] Já teve paciente que disse que veio pra ver se realmente eu era boa profissional, porque só gosta de homem, então isso existe ainda hoje, né, mas a maior dificuldade com eles é mais a idade, porque eles acham que a gente é nova [...] Homem novo não tem problema, mas a mulher nova tem problema. (C1)

A cirurgiã 7 relatou que sentiu preconceito não só por ser mulher, mas também por ser nordestina, quando foi realizar sua residência em São Paulo, conforme discurso abaixo:

[...] talvez um preconceito velado assim, talvez, por ser mulher e nordestina, eu percebia isso, assim, discreto né, velado, mas, eu sempre tentava compensar com mais estudo e mais trabalho né, aí como eu tentava compensar com mais estudo e mais trabalho eu acho que tive uma boa resposta... (C7)

Outras entrevistadas relataram, ainda, que vivenciaram situações de brincadeiras e piadas de gênero, mas que não consideraram preconceito e não se sentiram ofendidas com isso. Segundo Franco e Santos (2010), o preconceito contra as mulheres cirurgiãs era mais grave no início, envolvendo difamações, chantagens e ridicularizações, mas ainda está presente atualmente de forma velada e dissimulada em algumas brincadeiras, conforme se pode verificar nos comentários das cirurgiãs 4 e 9: “[...] mas isso nunca foi uma coisa direta, entendeu, nunca num tom de ameaça, foi muito mais num tom de brincadeira, mas que, você acaba escutando, [...] então existe esse peso, existe essa pressão.” (C9).

[...] eu já ouvi várias piadas no meio médico que eu não levava como preconceito, eu levava como brincadeira. [...] que foi do outro cirurgião também que eu gosto muito, que já é um senhor, que quando ele me viu na residência ele perguntou ‘Tu ta fazendo cirurgia? Engraçado, ninguém é inteligente pra tudo, né?’ [...] ‘Tu tão inteligente e vai fazer cirurgia? Não pode ser muito inteligente, ser mulher sendo cirurgiã.’ (C4)

[...] aí eu peguei e falei pra outro cirurgião: ‘oh, vocês ficam falando que eu sou cirurgiã, que é um absurdo, mas em *Grey’s Anatomy* [série americana de cirurgiões] tem mais cirurgiã do que cirurgião, isso é o desenvolvimento’. Aí ele: ‘Pra você ver como o desenvolvimento não traz só coisas boas (risos), traz coisas ruins também.’ [...] Essas piadas, mas, sinceramente, eu nunca liguei muito não, eu não via como preconceito, eu via mais como falta de costume de ter mulher cirurgiã. (C4)

Concluindo a análise da unidade de registro preconceito, houve ainda duas cirurgiãs que relataram que, por mais que saibam que exista o preconceito, não chegaram a sofrer com isso, então para elas não se tratou de uma dificuldade, conforme discursos das cirurgiãs 3 e 9: “Não, nunca senti diferenciação, sério mesmo. Algumas colegas conversando com elas falam ‘ah que pelo fato de eu ser mulher tem discriminação’, eu, sinceramente, eu não notei isso.” (C9).

Sinceramente, assim, eu não sei se eu sou um viés, mas eu não sinto, não senti, muitos preconceitos nesse sentido, como eu disse, eu sempre trabalhei só com homens, praticamente as pessoas que eu comecei a trabalhar no começo são as pessoas que eu trabalho até hoje, então assim não houve nenhum tipo de preconceito comigo não. (C3)

Durante a análise das dificuldades enfrentadas pelas cirurgiãs, outra unidade de registro obteve inúmeras citações: a *conciliação*, com dezessete menções. Conciliação diz respeito aos relatos dos transtornos enfrentados pelas mulheres em harmonizar sua carreira com a vida pessoal, principalmente no que tange aos filhos. As cirurgiãs relataram que, tanto sofrem com o prejuízo profissional quando precisam parar na licença maternidade, quanto sofrem ainda mais por não terem conseguido ou não conseguirem dedicar tanto tempo de qualidade com a família, conforme os relatos a seguir: “[...] conciliar a maternidade com a residência, que no começo da residência era praticamente impossível, precisei que meus pais cuidassem do meu filho enquanto eu tava na residência.” (C2).

Não é que ela não possa ser cirurgiã, mas é mais difícil conciliar a vida de cirurgiã com a vida de mãe, dona de casa, que acaba que a gente também tem que assumir, né [...] O médico não pode tá doente, o médico não pode ter filho doente [...] eu tenho uma cirurgia marcada, o paciente não entende “oh, vou desmarcar sua cirurgia porque meu filho tá doente”, não entende, né? (C4)

[...] eu ia pegar meus filhos no colégio uma hora da tarde, eu tava numa cirurgia e não queria sair, eu sofria muito com isso [...] Meus filhos até hoje reclamam né, que festa de mãe, de num sei o que, eu chegava só atrasada, entendeu? Então eu tive muitos prejuízos familiares [...] eu não cuidei bem dessa minha área familiar, realmente eu não cuidei... (C5)

[...] amanhã eu ainda vou ter que ver cinco pacientes de manhã, mas eu vou com o coração na mão, porque é o período que eu gostaria de ficar com as minhas crianças [...] Então o dia que eu não almoço em casa eu sofro, entendeu? [...] ainda mais nessa fase né, que são muito pequenos, precisam da presença, da referência da mãe. (C7)

As respostas encontradas confirmam os estudos de Seemann et al. (2016) que apontam que as mulheres que optam pela carreira cirúrgica apresentam dificuldades em conciliar suas atividades profissionais e acadêmicas com a vida familiar.

A *carga de trabalho* também é uma dificuldade apontada pelas cirurgiãs, obtendo quatro citações. Durante seu discurso, as entrevistadas relatam que trabalham demasiadamente e tem pouco tempo livre para outras atividades, principalmente durante a residência: “A dificuldade é só porque, querendo ou não, a gente trabalha demais, né?” (C4).

[...] também tem problema da carga horária [...] sabe assim quando todas as horas são aproveitadas ao máximo para que você trabalhe? Mas assim, realmente você durante a residência passa, como a gente fala, come o pão que o diabo amassou porque é muito trabalho... (C2)

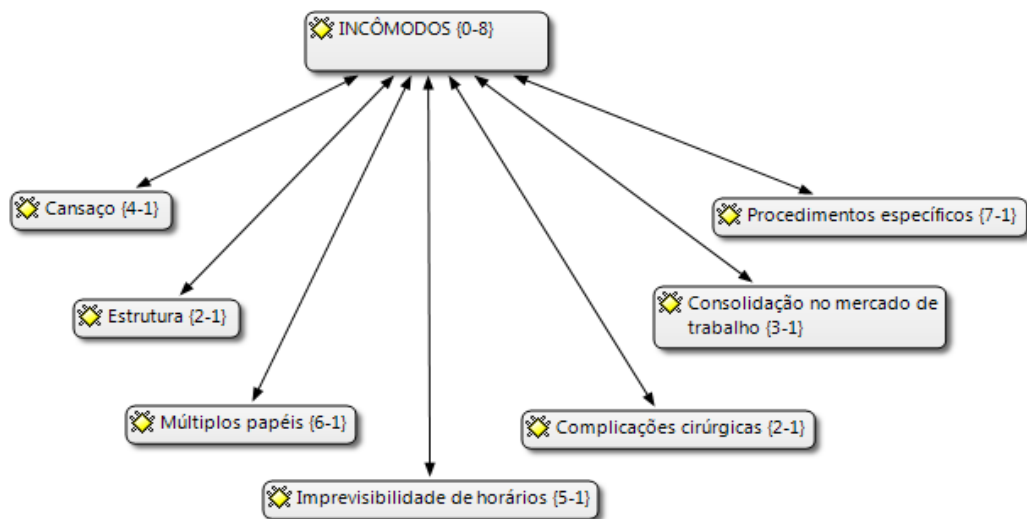
Outra dificuldade encarada pelas cirurgiãs diz respeito à *hierarquia*. Três cirurgiãs relataram que a profissão é muito hierarquizada, conforme relato da cirurgiã 2 abaixo:

E a noção de hierarquia dentro do hospital também, em alguns pontos era contraproducente. A cirurgia ela é muito hierárquica, certo, ela é muito hierárquica e ainda tem o modelo antigo daquele cirurgião bravo que leva a coisa a ferro e fogo e conduz o grupo sob um punho de ferro, então assim, eu convivi com esse tipo de cirurgião, né.

Finalizando o contexto dificuldades, a última unidade de registro identificada foi *subempregos*, citada por duas cirurgiãs como uma dificuldade que enfrentaram em sua profissão, conforme discurso da cirurgiã 3: “[...] eu passei onze anos trabalhando aqui no hospital em um subemprego com um salariozinho muito baixo pela [nome da empresa] só pra eu poder manter meu espaço aqui [...]”

Para compreender os *incômodos* que as cirurgiãs sentem no exercício de sua profissão, foram feitos os seguintes questionamentos: “Você já pensou em desistir de ser cirurgiã? Por quê? (Ou por que deixou de ser cirurgiã?)” e “O que mais lhe incomodava/incomoda na sua rotina como cirurgiã?”. Em resposta aos questionamentos, obtiveram-se as seguintes unidades de registro:

Figura 8- Incômodos



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Foram constatadas sete unidades de registro para *incômodos*, e a mais expressiva delas foi *procedimentos específicos*, com sete citações. Entre os procedimentos específicos citados pelas cirurgiãs como incômodos, estão cirurgias e atividades que elas não gostam muito ou não se sentem muito aptas a fazer, conforme discursos a seguir: “Quando eu trabalhei no [hospital] também o que me incomodava na emergência era fazer amputação, sempre odiei fazer amputação, não gostava, não gostava mesmo, porque eu achava uma mutilação muito

grande.” (C4); “Eu não gostava de fazer [...] era retalhos, microcirurgia, não gostava, fiz muito pouco na pele. Pacientes com feridas abertas, exposição de osso, tinha que fazer cobertura cutânea, eu não gostava de fazer.” (C5).

Outro fator citado pelas cirurgiãs como incômodo em suas profissões foram os *múltiplos papéis* que precisam assumir, com seis citações. Essa unidade de registro relaciona-se com a unidade de conciliação, pois nela as entrevistadas também relatam que se incomodam em ter que se dividir entre os múltiplos papéis que assumem: “Eu queria era mais [da profissão] mas já ta aceito que eu não posso ter mais do que eu já tenho, por causa que tem meu outro lado que é ser mãe e esposa.” (C4).

Uma das coisas assim que eu senti muito foi não poder talvez ta em momentos determinados da minha filha, porque assim, como você, como cirurgiã ou como médica, de maneira geral, eu queria ta numa apresentação da minha filha que eu cheguei atrasada, eu não queria ter chegado. (C6)

Então eu realmente não tinha ideia do tanto de tempo que você tem que dedicar à atividade de enfermagem, cirurgia, consultório, que é uma situação difícil até pros homens, porque até pro homem é um dia a dia pesado, certo, imagine pra uma mulher que também tem que assumir a função de mãe né? (C2)

A terceira unidade de registro mais citada para incômodos foi a *imprevisibilidade de horários*, com cinco citações. As cirurgiãs relatam que em sua profissão precisam passar o dia todo fora, não realizar refeições e ter que trabalhar até durante a folga, conforme os relatos a seguir: “É tempo, falta de tempo, é sair de casa seis e pouco da manhã e voltar nove horas da noite e às vezes ter que sair de novo, como já aconteceu quando eu era residente aqui de chegar em casa 8 e meia e ter que voltar pra reabordar paciente.” (C8).

O que incomodava também era essa falta de previsão de horário [...] quando você opera um paciente o paciente acha que pode lhe ligar a hora que for, do jeito que for [...] dez horas da noite de um sábado manda mensagem [...] e isso me incomoda, de não achar que você possa ter uma vida privada, de achar que o médico é médico vinte e quatro horas por dia todos os dias na semana... (C4)

A imprevisibilidade de horários no trabalho cirúrgico e a falta de tempo citada pelas cirurgiãs retomam os resultados das pesquisas de Schroen, Brownstein e Sheldon (2004), nas quais mulheres cirurgiãs afirmam que seus horários de trabalho não lhes deixou tempo suficiente para sua vida pessoal familiar. Tais resultados também corroboram com os estudos de Edmunds et al. (2016), que afirmam que uma das condições que mais afastam as mulheres da medicina é a falta de equilíbrio entre o tempo de suas atividades profissionais com suas atividades pessoais.

O *cansaço* também foi apontado pelas cirurgiãs como um incômodo em suas rotinas, obtendo quatro citações. Segundo elas, a rotina das profissionais se torna cansativa pelo fato

de precisarem ficar várias horas em pé durante os procedimentos cirúrgicos e também por precisarem se locomover por vários hospitais durante o dia, conforme discurso da cirurgiã 10:

Acho que o que mais incomoda na rotina da gente é as vezes ter que passar em muitos hospitais durante o dia [...] e ai as vezes a gente tem que ta saindo em quatro, cinco hospitais durante o dia, no transito que a gente tem aqui realmente é uma coisa que cansa você na rotina, então eu acho que isso é o mais chato na nossa profissão.

Foram identificados como incômodos ainda às cirurgiãs: *consolidação no mercado de trabalho*, com três citações, *complicações cirúrgicas*, com duas citações e *estrutura*, também com duas citações.

De acordo com a cirurgiã 8, a *consolidação no mercado de trabalho* não é tão rápida: “A dificuldade que todo mundo encontra no começo do consultório é divulgação, ser reconhecida, e um paciente indicar outro e indicar outro, essa questão ai demora um pouquinho né.”

Segundo a cirurgiã 7, as *complicações cirúrgicas* que teve no início de sua carreira foram tão incômodas que tiveram grande peso em sua decisão por deixar de operar: “... eu tive algumas complicações cirúrgicas, [...] e uma delas o paciente foi a óbito, então isso me impactou, e ai, não só por isso, mas juntando todos esses motivos foi ai que eu parei de operar...”

Finalizando a unidade de contexto incômodos, a *estrutura* é apontada pela cirurgiã 1 como um problema na rotina: “Se a gente tivesse em todo canto um material ergonômico perfeito seria melhor [...] Então o pior de tudo é não ter material ergonômico pra gente poder não ter dores, não adoecer por causa do trabalho.”

Pode-se verificar que as cirurgiãs tinham idealizações acerca da profissão, sendo os fatores de sucesso os mais citados. A realidade mais encontrada na profissão é de excesso de trabalho não-cirúrgico e de constantes deslocamentos. As maiores dificuldades encontradas pelas cirurgiãs são o preconceito e a conciliação com os outros papéis que assumem. Os maiores incômodos na rotina das cirurgiãs são realizar procedimentos específicos citados por elas e não conseguir desempenhar da forma que gostariam todos os múltiplos papéis que assumem. Nota-se, portanto, que apesar de algumas cirurgiãs afirmarem que já conheciam a profissão previamente e que não tiveram surpresas em sua inserção, ainda assim encontram conflitos entre as idealizações e a realidade encontrada.

### 6.2.3 Ajuste da concepção em si: carreira e identidade profissional

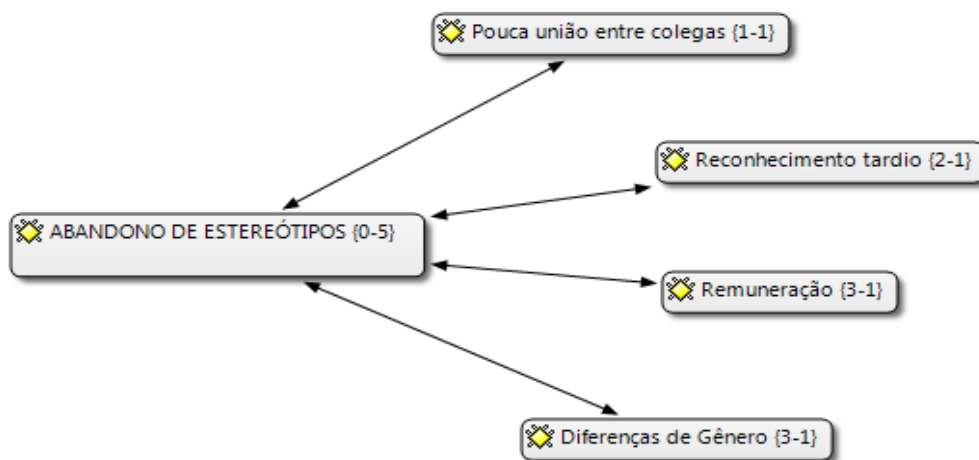
A terceira fase da socialização profissional, conforme define Hughes (1958), trata-se do ajuste da concepção em si. Para se entender como ocorreu essa fase da socialização das cirurgiãs, foi estabelecido o terceiro objetivo deste trabalho: Verificar as impressões das cirurgiãs sobre sua carreira e sobre sua identidade profissional após o abandono de estereótipos.

Segundo Hughes (1958) a fase de ajuste da concepção em si ocorre quando há um ajustamento identitário do profissional, no qual o indivíduo abandona os estereótipos outrora existentes e passa a conhecer melhor a si mesmo, com suas capacidades e fraquezas, e segue na construção de sua carreira com uma nova identidade profissional. Por essa razão, objetivou-se compreender quais os estereótipos abandonados pelas cirurgiãs, como elas enxergam sua identidade profissional e como elas percebem sua carreira.

Para essa categoria de análise foram estabelecidas três unidades de contexto: abandono de estereótipos, identidade profissional e carreira.

Para se analisar a unidade abandono de estereótipos, foi feito o seguinte questionamento: “Em relação às suas concepções iniciais, o que mudou desde que você iniciou suas atividades?” Como respostas, foram identificadas quatro unidades de registro, relacionadas com a mudança de perspectivas que as cirurgiãs vivenciaram ao abandonarem a cultura leiga da profissão, conforme figura a seguir:

Figura 9- Abandono de estereótipos



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

As unidades de registro mais citadas foram *diferenças de gênero e remuneração*, ambas com três menções. Segundo as entrevistadas, elas tinham a concepção de que não existiam tantas diferenças de gênero na profissão, mas verificaram que ocorre, conforme discursos a seguir: “A minha percepção inicial era que eu poderia ser como mulher igual a qualquer homem pode ser [...] eu achava que mulher e homem eram iguais, hoje eu não acho que sejam iguais, pelo contrário, eu tenho certeza que não são iguais.” (C4); “[...] a tristeza de perceber que assim, mulheres dentro da cirurgia elas tão avançando, mas elas ainda têm um caminho muito longo pra percorrer, e que não é só uma coisa da mulher cirurgiã ou da mulher médica, é da mulher ponto.” (C1).

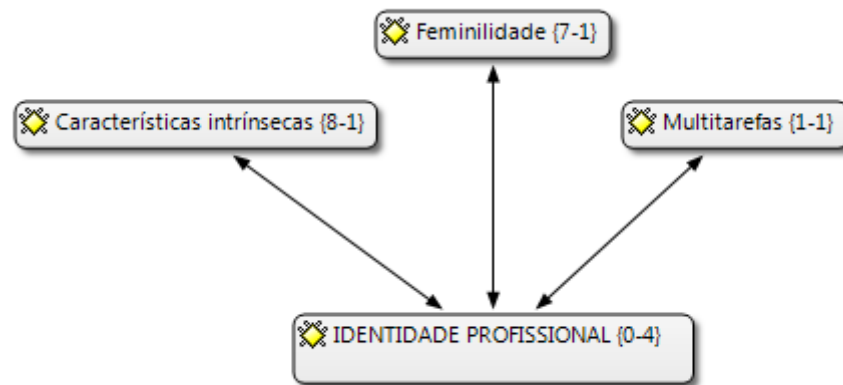
Quanto à *remuneração*, os discursos apontam que os rendimentos dos cirurgiões têm decaído ao longo dos anos: “Ao longo dos anos, nós cirurgiões viemos ganhando menos, então não é assim, ah, um paraíso, você não ganha bem, você não é rico, você trabalha muito pra ganhar de forma digna, razoável, pra ter uma vida boa assim.” (C3); “Olhe hoje o que a gente queria melhorar era os honorários, porque realmente é fraco.” (C1).

O termo *reconhecimento tardio* foi apontado em dois momentos pelas cirurgiãs, levantando a questão de que pensavam que o reconhecimento viria mais fácil do que realmente veio: “Então você tem que ser muito boa no que você faz pra você poder se destacar. Não achei que você precisava ser tão, tanto assim. Eu achava que o reconhecimento viria mais fácil.” (C1); “Não é tão rápido como todo mundo chega pra ti pra falar, que é rápido, que luta assim em um mês já ta assim sem aguentar paciente, não é por ai não.” (C8).

A última unidade de registro encontrada para abandono de estereótipos foi *união entre colegas*, que foi mencionada pela cirurgiã 1, que levantou a questão da rivalidade entre colegas: “[...] eu achava que talvez fosse ser um grupo mais unido, dos cirurgiões e dos médicos fosse mais unido, mas se você for dançar, se você for, entre aspas inocente, você termina tendo problemas, entendeu?”

Para analisar a unidade de contexto *identidade profissional*, foi perguntado às cirurgiãs: “Você acredita que incorporou um modelo profissional? Como seria esse modelo?” Tal questionamento foi feito a fim de identificar qual a identidade profissional assumida pelas entrevistadas enquanto cirurgiãs. Como respostas ao questionamento, obtiveram-se três unidades de registro: *características intrínsecas*, com oito menções, *feminilidade*, com sete menções e *multitarefa*s com uma menção, conforme figura abaixo:

Figura 10- Identidade profissional



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

A unidade de registro *características intrínsecas* foi citada pelas cirurgiãs por oito vezes. Entende-se por características intrínsecas todos os adjetivos que as entrevistadas citaram em busca de caracterizar o que é um cirurgião. Para elas, são características intrínsecas de um cirurgião: “[...] geralmente o perfil do cirurgião e principalmente das mulheres que fazem cirurgia, tem que ter esse perfil de ser determinada, de ser forte, de não achar que a figura do sexo masculino poderia intimidá-la.” (C6); “Eu te confesso uma coisa: quando eu vejo uma mulher cirurgiã eu já olho diferente. Eu vejo garra, eu vejo força, eu vejo, sabe, essa bicha é danada [...] porque realmente ela venceu barreiras interiores dela.” (C5).

Cirurgião ele é mais arrumadinho, ele é mais formal, ele é mais estruturado, na parte externa mesmo quando você vê [...] E a personalidade, o cirurgião ele é mais objetivo, ele é mais direto, ele viaja menos, ele sempre procura uma solução, é uma pessoa muito de resolver, a personalidade dele, acho que isso a gente incorpora também. (C3)

Sete cirurgiãs citaram a *feminilidade* como sua identidade profissional. Por feminilidade entende-se assumir-se feminina, arrumar-se, abandonar a capa protetora de masculinização que outrora foi necessária para serem aceitas na profissão, conforme os discursos a seguir: “[...] eu to sempre maquiada, to sempre com rímel, batom, to sempre de salto.” (C7); “[...] eu sempre gostei de me arrumar, desde o internato que eu vou com saltão, que eu vou maquiada.” (C8).

Algumas mulheres às vezes se masculinizam um pouco, porque o ambiente é mais masculino, mas eu não [...] os meninos até às vezes brincam comigo porque eu destoo um pouco do centro cirúrgico, minha bolsa é super vermelha, minha bolsa é super rosa, meu crocs é muito rosa, então assim, eu não mudei nada disso pra me enquadrar num padrão... (C10)

Mas eu sempre fui muito séria, até exagerada, hoje em dia eu sou bem mais relax do que eu era antes [...] não preciso mais, né. De certa forma você faz uma capinha de

proteção talvez inconsciente pra evitar certas coisas né, então eu hoje em dia sou eu mesma... (C3)

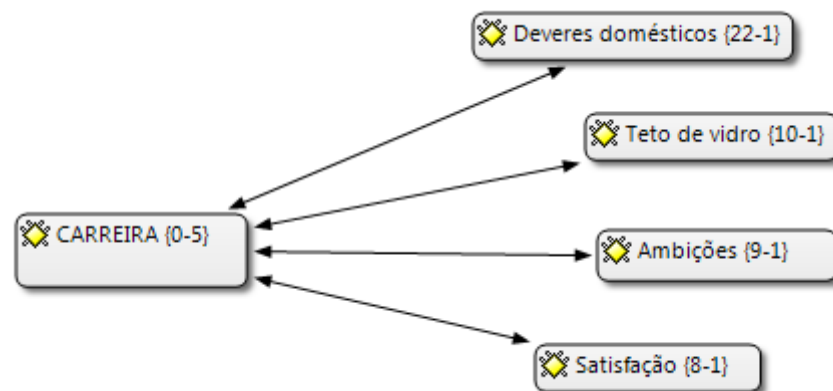
Então essa questão do se masculinizar é uma casca que a mulher veste [...] mas assim, eu hoje não me considero uma pessoa masculinizada para ter que me inserir, muito pelo contrário, eu acho que cada vez mais a feminilidade da mulher vai ser um ponto a favor e não contra. (C2)

Finalizando a unidade de contexto identidade profissional, uma cirurgiã citou que sua identidade profissional é ser *multitarefa*, uma mulher que é uma boa profissional e ao mesmo tempo uma boa mãe e uma boa esposa, conforme discurso da cirurgiã 4:

[...] eu conheço poucas cirurgiãs agora na minha faixa etária como eu, que faz a cirurgia, que trabalha muito, mas também dê um apoio maior à família né, porque a cirurgiã, eu conheço algumas que não têm filho, outras não são casadas, outras já se separaram, ou seja, não consegui conciliar bem as duas coisas, a vida profissional e a vida pessoal. Então hoje meu modelo de cirurgiã é assim: eu trabalho, sou uma excelente cirurgiã, não tenho dúvida disso, quero isso pra minha vida, mas eu não quero viver só pra isso, né, então meu modelo é esse.

Para analisar a unidade de contexto *carreira* foram feitos os seguintes questionamentos às cirurgiãs: “Qual a sua percepção sobre a representatividade feminina na cirurgia? O que motiva isso, em sua opinião?” e “Como você enxerga sua carreira e as possibilidades de crescimento na profissão?”. O objetivo era identificar a percepção das cirurgiãs sobre suas carreiras enquanto mulheres. Como respostas, obtiveram-se as seguintes unidades de registro:

Figura 11- Carreira



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

A unidade de registro mais representativa identificada ao longo do discurso das cirurgiãs no contexto de carreira foi *deveres domésticos*. Nessa unidade de registro foram reunidos os discursos das cirurgiãs relatando que os deveres domésticos são a principal razão da baixa representatividade feminina na cirurgia, assim como, são um importante entrave no crescimento da mulher cirurgiã em sua carreira. Conforme se pode observar nos discursos a seguir, muitas mulheres precisam optar por se dedicar à família ou pelo sucesso na carreira:

“[...] eu estagnei em questão de carreira né, e que eu to deixando estagnada por opção pros meus filhos crescerem um pouquinho.” (C4).

Esses homens que tão no topo e fazem tudo, quem cuida dos filhos são as mulheres, quem cuida da casa são as mulheres, quem faz tudo são as mulheres, e eles vivem exclusivamente pra medicina, entendeu? [...] E hoje, a minha maior luta é essa, sou mulher, sou uma cirurgiã tão boa quanto qualquer cirurgião homem, mas eu não quero viver exclusivamente pra medicina, pra cirurgia, pelo transplante, seja por que for. Eu quero ser mãe, eu quero ser uma boa mãe, também não quero ser mãe só pra botar menino no mundo. (C4)

[...] eu vejo que é perfeitamente possível na cirurgia você ter mulheres cirurgiãs, mas, o principal entrave pra que você tenha mulheres cirurgiãs ainda não é tanto o serviço, mas sim a divisão de tarefas, de gênero, principalmente em casa. [...] ela tende a abandonar a profissão ou diminuir a carga de trabalho dela pra uma carga muito pequena para que ela dê conta da casa, porque o marido está trabalhando [...] (C2)

[...] acho que muitas mulheres passam por dificuldade nesse sentido, porque assim, a cirurgia você sempre tem que tá conquistando pacientes né, e cada gravidez há uma parada grande, a mulher passa oito meses no limbo, ou por complicações da gestação, ou pelos primeiros meses do filho, pra recomençar de novo, abrir consultório de novo [...] (C3)

[...] mas eu acho que pra mulher acaba desistindo porque a mulher ela acaba tendo outros papéis, porque às vezes ela vai virar mãe, vai virar dona de casa, é a esposa, a filha, e culturalmente a mulher tem esse espírito mais maternal [...], e ela acaba desviando um pouco do trabalho, entendeu? E aí se você perde volume, você vai sair, porque ninguém vai querer. (C9)

Tais resultados confirmam as pesquisas de Franco e Santos (2010), que afirmam que a formação de uma família afeta muito mais a carreira das mulheres do que a dos homens, tendo em vista o conceito ainda persistente de que criar filhos e cuidar da casa são atividades femininas. Zauli et al. (2013) também apontam que as mulheres continuam assumindo o trabalho doméstico e, em geral, são elas que postergam suas carreiras para cuidar dos filhos, pois as mulheres têm incorporado a responsabilidade de trabalhar fora, mas os homens não têm incorporado a esfera doméstica na mesma proporção.

Outra unidade de registro identificada no contexto carreira foi *teto de vidro*, com dez menções. Por teto de vidro se entende as dificuldades que as mulheres enfrentam para ascender em suas carreiras devido ao gênero. Algumas cirurgiãs citaram que possuem cargos de chefia, outras relataram não possuírem por não quererem, mas a maioria reconhece a existência do teto de vidro ou já vivenciou, mencionando que ainda existem funções que são ocupadas predominantemente por homens, e que ainda são preteridas em suas carreiras devido ao fato de poderem engravidar e ter família: “[...] talvez se fosse um homem no meu lugar teria crescido mais.” (C1); “[...] a questão do teto de vidro não é porque ‘Ah ela é mulher, ela não serve pra isso’, esse paradigma ele já mudou, certo, é a questão do ‘Ai ela é mulher, ela vai ter família, tem filho, como é que vai fazer?’” (C2); “[...] acho que as mulheres que tem

falta assumir cargos, assim, talvez mais expressivos na cirurgia, como sei lá, uma presidência de uma sociedade, ou de uma cooperativa, acho que ta faltando isso aí.” (C8).

Aqui, por exemplo, eu vejo preconceito aqui. [...] ai, eu já tenho um sentimento assim de não brigar, sabe, por isso, de não ir à luta por isso [...] e outra que eu teria que desbravar sabe, e eu não tava disposta [...], porque até pra eu entrar aqui foi muito difícil, foi muito difícil. (C5)

Os resultados encontrados ratificam os estudos de Schroen, Brownstein e Sheldon (2004), nos quais mulheres cirurgiãs relatam que não sentem que têm as mesmas oportunidades de carreira que seus homólogos masculinos, e também confirmam as pesquisas de Seemann et al. (2016), que afirmam que o número de mulheres cirurgiãs em cargos de alto nível não acompanha o crescimento do número de mulheres cirurgiãs na profissão.

O fator *ambições* na carreira também foi bastante mencionado pelas cirurgiãs, com nove citações. Os interesses apontados pelas entrevistadas foram: fazer doutorado, carreira docente, reconhecimento, assumir cargos representativos, entre outros, conforme se observa nos discursos a seguir: “O que eu ambiciono é ser valorizada, ser realmente reconhecida pelos meus pacientes e no meu ambiente de trabalho.” (C9).

[...] eu quero continuar crescendo, principalmente na minha subespecialidade [...] melhorar consultório, ter o nome conhecido na cirurgia vascular, e é isso, e se possível, como eu te falei, que ta faltando assumir algum cargo assim mais representativo né, eu também to me preparando pra isso né, pros próximos anos conseguir algum desses cargos pra mostrar a força feminina na cirurgia. (C8)

[...] eu pretendo voltar à ascensão na minha carreira, que é fazendo um doutorado, eu quero ser professora, né, eu sempre gostei de ensinar, então eu quero ser professora, mas ai pra isso eu preciso fazer um doutorado, né, fazer mais pesquisa, porque eu também parei a pesquisa. (C4)

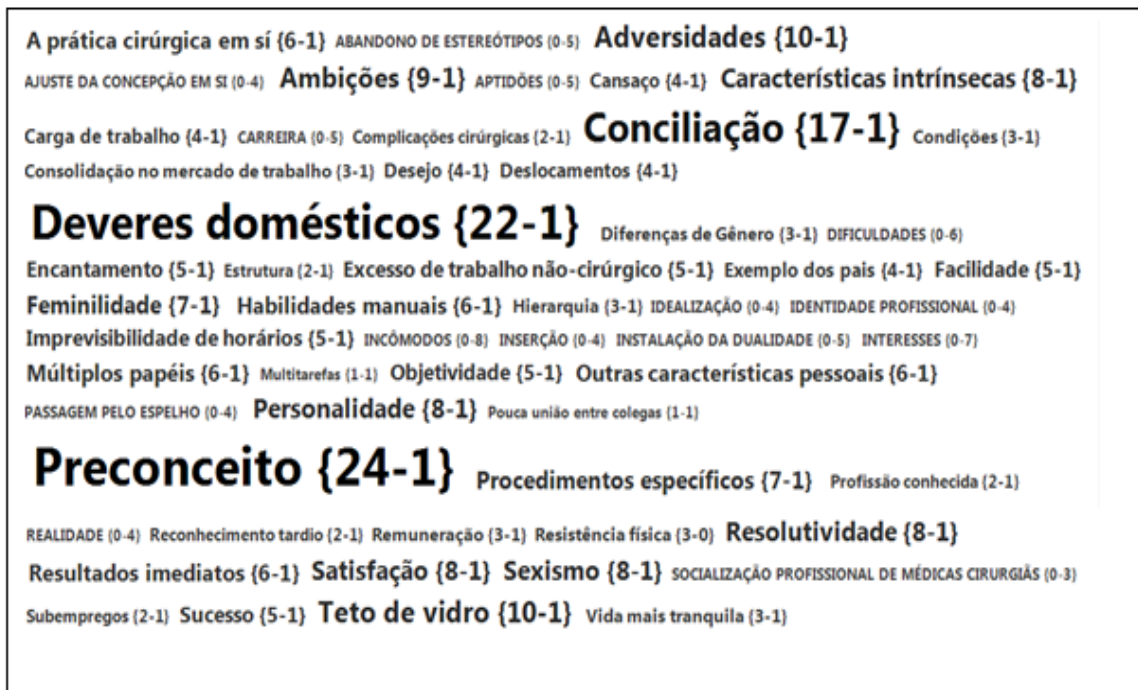
Finalizando o contexto carreira, a unidade de registro *satisfação* obteve oito citações. Durante o discurso das cirurgiãs percebeu-se que são profissionais bastante satisfeitas com sua escolha, que amam e se sentem realizadas com a profissão, conforme os relatos a seguir: “Sou muito feliz, realizada, sou bem feliz hoje em dia. Já passei por períodos de angústia, de achar que não tinha escolhido a especialidade adequada e tudo, mas hoje em dia não, hoje em dia ta tudo bem.” (C6); “Olhe atualmente eu to assim como se fosse no topo do que eu considerava minha carreira, por incrível que pareça assim, o que eu almejava tudo eu conquistei.” (C3); “Ai eu hoje em dia, tenho 18 anos de formada, e assim, eu particularmente eu sou muito feliz assim, nas minhas pequenas conquistas do que eu me propus a fazer.” (C7); “Eu amo que eu faço!” (C9).

Os resultados encontrados corroboram com os estudos de Seemann et al. (2016), que afirma que a satisfação profissional entre as cirurgiãs é alta e que a grande maioria escolheria ser cirurgiã novamente.

Portanto, pode-se verificar que as cirurgiãs abandonaram estereótipos como a muito boa e rápida remuneração do cirurgião, assim como a ideia de que não existiam diferenças de gênero na profissão. A identidade assumida pelas cirurgiãs engloba características intrínsecas ao cirurgião, como determinação e garra, e também a feminilidade. Quanto à carreira, as cirurgiãs apontaram o teto de vidro e os deveres domésticos como os principais entraves ao crescimento, ainda assim, se declararam felizes e realizadas com a profissão.

Resumindo os resultados deste estudo, observa-se a seguir a figura 12, que se trata de uma nuvem de palavras, obtida por meio da ferramenta *cloud view* do Atlas ti 7, na qual é possível verificar todos os códigos criados na análise de resultados, com destaque aos códigos mais citados durante todo o discurso das cirurgiãs:

Figura 12- Nuvem de palavras



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Como pode ser observado, os códigos com maior frequência de citações e inferências ao longo do discurso das entrevistadas foram: preconceito (24 menções), deveres domésticos (22 menções), conciliação (17 menções), adversidades (10 menções) e teto de vidro (10 menções).

Na seção seguinte são apresentadas as considerações finais deste trabalho, na qual foi feito um comparativo entre os objetivos propostos e os resultados encontrados nesta pesquisa.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme foi observado com a revisão da literatura, a profissão médica se expandiu consideravelmente nas últimas décadas, e junto a isso a participação feminina na carreira também tem sido crescente. No entanto, algumas especialidades médicas ainda têm pouca representatividade feminina, como é o caso da cirurgia.

Pensando nessa crescente, porém ainda modesta inserção feminina na carreira de cirurgiã e nas possíveis adversidades que estas poderiam enfrentar no decorrer de sua trajetória profissional, surgiu o interesse de investigar a problemática desta pesquisa: como se dá a socialização profissional de mulheres cirurgiãs?

Para satisfazer ao primeiro objetivo específico desta pesquisa, estabelecido como “entender como ocorre a inserção de mulheres na carreira de cirurgiã, considerando a cultura leiga e a cultura profissional”, foram feitos questionamentos às cirurgiãs acerca dos interesses e aptidões que tinham antes de ingressarem na profissão e como ocorreu sua inserção na carreira. Como resultados, pôde-se verificar que as cirurgiãs tinham interesses e aptidões prévias acerca da profissão. O fator que mais as influenciou para se interessarem pela área foram características de suas personalidades, que julgaram serem apropriadas para a profissão, como ser ativa e objetiva, e a aptidão que mais julgavam possuir era a resolutividade, pelo fato de quererem resultados mais rápidos para o tratamento do paciente. Contudo, percebeu-se que a inserção foi marcada, na maioria dos discursos, por adversidades encontradas ao se depararem com a cultura profissional de cirurgiã.

Para alcançar o segundo objetivo, que se tratou de “compreender como a cirurgiã percebe sua profissão, a partir do modelo idealizado e o real da profissão”, foi perguntado às cirurgiãs quais eram suas idealizações da profissão e qual foi a realidade encontrada, assim como quais as dificuldades e incômodos da profissão. Como respostas obteve-se que as cirurgiãs tinham idealizações acerca da profissão, sendo os fatores de sucesso os mais citados, tais como reconhecimento, muitos pacientes e boa remuneração. A realidade mais encontrada na profissão é a de excesso de trabalho não-cirúrgico, tais como o tempo dedicado ao pré e pós-operatório e atividades burocráticas. Outra realidade bastante citada entre as cirurgiãs foi a de constantes deslocamentos que necessitam realizar ao longo do dia para locomoverem-se de um hospital a outro. As maiores dificuldades encontradas pelas cirurgiãs são o preconceito, ostensivo ou velado, de gênero, de idade, ou mesmo os dois, e a conciliação com os outros papéis que assumem, como ser mãe, esposa e dona de casa.

Os maiores incômodos na rotina das cirurgiãs são realizar procedimentos específicos citados por elas e não conseguir desempenhar da forma que gostariam todos os múltiplos papéis que assumem, pois para se dedicar à família precisam deixar o crescimento da carreira um pouco de lado, e vice-versa. Nota-se, portanto, que apesar de algumas cirurgiãs afirmarem que já conheciam a profissão previamente e que não tiveram surpresas em sua inserção, ainda assim encontram conflitos entre as idealizações e a realidade encontrada.

Para atingir o terceiro objetivo desta pesquisa, definido como “verificar as impressões das cirurgiãs sobre sua carreira e sobre sua identidade profissional após o abandono de estereótipos”, foram feitos questionamentos às cirurgiãs acerca do abandono de estereótipos, do modelo profissional que elas tinham assumido e da sua percepção sobre sua carreira. Verificou-se que as cirurgiãs abandonaram estereótipos como a muito boa e rápida remuneração do cirurgião, assim como a ideia de que não existiam diferenças de gênero na profissão. A identidade assumida pelas cirurgiãs engloba características ditas por elas como intrínsecas ao cirurgião, como determinação, praticidade e garra, e também a feminilidade, ao se assumirem perante os homens e abandonarem uma postura mais masculinizadas para serem aceitas. Quanto à carreira, as cirurgiãs apontaram o teto de vidro e os deveres domésticos como os principais entraves ao crescimento, ainda assim, se declararam felizes e realizadas com a profissão.

Ao final desta pesquisa, notou-se que o processo de socialização profissional de mulheres cirurgiãs é marcado de desafios, mas é particularmente mais difícil para aquelas que são mães e têm mais anos de experiência.

As mulheres que são mães sofreram ou sofrem ainda mais com a questão da imprevisibilidade de horários, problemas de conciliação da vida privada com a vida profissional e com as responsabilidades domésticas, assim como sofrem constantemente em precisar relegar alguma de suas atividades em prol de outra. As cirurgiãs mães também encaram a questão do teto de vidro de forma ainda mais problemática, devido ao limbo profissional que vivenciam durante a gravidez e o resguardo, assim como a escolha de estagnar a carreira para se dedicar à primeira infância dos filhos.

Percebeu-se que as cirurgiãs com mais anos de experiência sofreram mais com o fator preconceito, devido a sua inserção ter ocorrido em uma época na qual o estereótipo masculino da profissão era ainda mais forte. As cirurgiãs mais experientes tanto sofreram o preconceito de idade enquanto recém-ingressas na profissão, como também sofreram o preconceito de gênero mais ostensivo de uma sociedade mais patriarcal e mais tradicional do que a atual.

Para as cirurgiãs mais jovens o processo de socialização se mostrou mais fácil no

questo preconceito de gênero, pois a sociedade vem evoluindo e a imagem da mulher relegada aos deveres domésticos tem cada vez menos espaço. No quesito deveres domésticos e conciliação, foi verificado que as mulheres que não têm filhos também puderam gozar de uma socialização profissional mais descomplicada do que aquelas que possuem, pois o papel de mãe foi um fator preponderante nas citações das entrevistadas a respeito das razões que tornam essa profissão menos procurada pelas mulheres.

Portanto, pode-se concluir ao final deste estudo que as cirurgiãs vivenciaram as três fases da socialização propostas por Hughes (1958) e que a profissão de cirurgiã é sim desafiadora para as mulheres, mas, segundo as entrevistadas, bastante satisfatória.

Como limitações desta pesquisa se pode apontar a dificuldade de acesso às cirurgiãs, uma vez que são profissionais com o tempo altamente comprometido, que transitam por diversos locais diferentes durante o dia e que atuam na maioria de seu tempo em ambientes de acesso restrito (centros cirúrgicos), motivos que ocasionaram desencontros durante a coleta de dados e algumas remarcações de entrevistas. Outra limitação foi a dificuldade de encontrar cirurgiãs de certas subespecialidades, como a cirurgia cardíaca, a neurocirurgia e a cirurgia torácica, que seriam relevantes para o trabalho devido ao exíguo contingente feminino nessas especialidades.

A presente pesquisa contribui para a compreensão acerca da socialização profissional de cirurgiãs, grupo ainda pouco estudado por pesquisadores de ciências sociais. Contribui, ainda, para uma melhor percepção acerca da mulher no mercado de trabalho e das particularidades dessa inserção, uma vez que o presente estudo realizou-se com uma classe de profissionais preponderantemente masculina.

Ao fim do presente estudo ficaram indagações acerca da motivação dos jovens universitários ao escolherem a cirurgia como profissão e como percebem essa carreira. Outra curiosidade que surgiu ao fim do estudo a respeito desses profissionais, foi de investigar quais seriam os prejuízos da profissão para a saúde laboral dessas mulheres e também aprofundar na questão de conflito trabalho x família, que tantas mencionaram. Por fim, também seria interessante ampliar o escopo dessa mesma pesquisa para atingir cirurgiãs de outras cidades e estados brasileiros. Tais indagações ficam como sugestões a pesquisas futuras,

## REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, V. Managing the diversified team: challenges and strategies for improving performance. *Team Performance Management: An International Journal*, v. 18, n. 7/8, p. 384-400, 2012.
- ALYRIO, R. D. **Métodos e técnicas de pesquisa em administração**. Rio de Janeiro, RJ: CECIERJ, 2009.
- ARAÚJO, R. A.; LIMA, T. C. B.; PAIVA, L. E. B.; FERRAZ, S. F. S.; PITOMBEIRA, S. S. R.; **Socialização Profissional em Mídias Sociais: Um Estudo com Blogueiras. XLI Encontro da ANPAD**. São Paulo/SP- 01 a 04 de outubro de 2017.
- ASHIKALI, T.; GROENEVELD, S. Diversity management for all? An empirical analysis of diversity management outcomes across groups. *Personnel Review*, v. 44, n. 5, p. 757-780, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUMAN, Z. **Identidade: Entrevista a Benedetto Vecchi**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- BAYLÃO, A. L. S.; SCHETTINO, E. M. O. A inserção da mulher no Mercado de trabalho brasileiro. **XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia- XI SEGeT 2014**.
- BEDI, P.; LAKRA, P.; GUPTA, E. Workforce diversity management: biggest challenge or opportunity for 21st century organizations. *Journal of Business and Management*, v. 16, n. 4, p. 102-107, 2014.
- BELLODI, P.L.; The general practitioner and the surgeon: stereotypes and medical specialties. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo* 59(1):15-24, 2004.
- BERGER, P.L., LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: Tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
- BOULART, I. B.; LANZA, M. B. F.; Identidade das Pessoas e das Organizações. *Revista Administração e Diálogo-RAD*, v. 9, n. 1, 2007.
- BRUSCHINI, C. **Trabalho e Gênero no Brasil nos últimos dez anos**. Cadernos de Pesquisa, v. 37, n. 132, set./dez. 2007.
- CHIES, P. V. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. *Estudos Feministas*, p. 507-528, 2010.
- COCHRAN, A.; HAUSCHILD, T.; ELDER, W.B.; NEUMAYER, L. A.; BRASEL, K.J.; CRANDALL, M. L.; **Perceived gender based barriers to careers in academic surgery**. *Am J Surg* 2013;206:263–268. 2013.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S.; **Métodos de pesquisa em Administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CORRÊA, V. S. A. **Gênero e poder: a força do glass ceiling na gestão escolar brasileira**. 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEGRAFF, D.; ANKER, R. Gênero, Mercados de Trabalho e o Trabalho das Mulheres. In: **Gênero nos estudos de população** / Antonella Pinelli (Org.). Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2004. P: 163-197.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS – DIEESE. **A inserção da mulher no mercado de trabalho da região metropolitana de Fortaleza**. Pesquisa de Emprego e Desemprego. DIEESE, 2017.

DUBAR, C. **A socialização**: Construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUBAR, C. A construção de si pela atividade do trabalho: a socialização profissional. **Cadernos de Pesquisa**, v.42 n.146 p.351-367 maio/ago. 2012

EDMUNDS, L.D. et al.; Why do women choose or reject careers in academic medicine? A narrative review of empirical evidence. **The Lancet**, 388 (10062), pp. 2948-2958, 2016.

FITZSIMMONS, S. R. Women on boards of directors: why skirts in seats aren't enough? **Business Horizons**, v. 55, n. 6, p. 557-566, 2012.

FRANCO, T; SANTOS, E.G.; Mulheres e cirurgiãs. **Rev Col Bras Cir**. [periódico na Internet] 2010; 37(1). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

GALEAZZI, I. M. S. et al. Mulheres trabalhadoras: 10 anos no mercado de trabalho atenuam desigualdades. **Mulher e trabalho**, v. 3, [s. n.], p. 9-36, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas S.A. 6ª edição. 2008.

GONÇALVES, E. B. P.; ESPEJO, M. M. D. S. B.; ALTOÉ, S. M. L.; VOESE, S. B. Gestão da diversidade: um estudo de gênero e raça em grandes empresas brasileiras. **Enfoque Reflexão Contábil**, v. 35, n. 1, p. 95-112, 2016.

HUGHES, E. C. **Men and their work**. 1958.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: taxa de desocupação cai em 11 das 27 UFs no 2º

trimestre de 2017. Agência de notícias IBGE, 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/15693-pnad-continua-taxa-de-desocupacao-cai-em-11-das-27-ufs-no-2-trimestre-de-2017.html>> Acesso em 20 de novembro de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** síntese de indicadores 2015. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

KANAN, L. A. Poder e liderança de mulheres nas organizações de trabalho. **Organizações & Sociedade.** 2010.

LEINONEN, M. Challenging and reinforcing gender boundaries at work. **Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal.** V. 31, Iss: 7, p. 633-645, 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MORSCH, C. **Equidade de gênero nas empresas: por uma economia mais inteligente e por direito.** Instituto Ethos, 2013. Disponível em: <<http://www3.ethos.org.br/cedoc/equidade-de-genero-nas-empresas-por-uma-economia-mais-inteligente-e-por-direito/>>. Acesso em 10 de dezembro de 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO- OIT. **World Employment and Social Outlook:** Trends for women 2017. International Labour Office – Geneva: OIT, 2017.

OLIVEIRA, U. R. de; RODRIGUEZ, M. V. R y. Gestão da diversidade: além de responsabilidade social, uma estratégia competitiva. In: **Encontro Nac. de Eng. de Produção**, 24.,2004, Florianópolis. Anais..Florianópolis: ABEPRO, 2004. p. 3833-3840.

PIRES, R. O. M. **Domesticando corpos, construindo médicos:** das relações de gênero a uma sociologia da profissão. Florianópolis, 2017.

RIZZI, M.; Doctor James Barry (1795-1865): Inspector General de Hospitales de su Majestad Británica. **Rev. Méd. Urug.**, Montevideo , v. 28, n. 1, p. 66-74, mar. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902012000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 dez. 2017.

ROCHA, C. D; SILVA, G. R.; SÉ, V. A.; FLORIANO, V. A. S.; MELO, F. A. O. O fenômeno teto de vidro na ascensão à posição hierárquica das mulheres no mercado formal: barreiras. **XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia-** XI SEGeT 2014.

SANTOS, C.; A construção social do conceito de identidade profissional. **Interações: Sociedade e as novas modernidades**, v. 5, n. 8, 2005.

SCHEFFER, M.C.; CASSENOTE, A.J.F.; A feminização da medicina no Brasil. **Rev Bioét** (Impr) 2013;21(2):268-77.

SCHEFFER, M. et al.; **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015.

SCHROEN, A.T; BROWNSTEIN, M.R.; SHELDON, G.F.; Women in academic general surgery. **Acad Med** 2004;79:310–8.

SEEMANN, N.M.; WEBSTER, F.; HOLDEN, H.A.; MOULTON, C.A.; BAXTERM, N; DESJARDINS C, et al. Women in academic surgery: why is the playing field still not level? **Am J Surg**. 2016; 211 2: 343– 349.

SENICATO, C.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. A.; Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 8, e00085415, 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000805001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000805001&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Dec. 2017. Epub Aug 08, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00085415>.

SPUDEIT, D. F. A. O. **O processo de socialização na construção da identidade dos bibliotecários em Santa Catarina**, 2010.

SPUDEIT, D.; CUNHA, M. V.; O processo de socialização na construção da identidade dos bibliotecários em Santa Catarina. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p.56-83, set/dez. 2016.

TOLHURST, H.M.; STEWART, S. M.; Balancing work, family and other lifestyle aspects: a qualitative study of Australian medical students' attitudes. **Med J Aust**, 2004;181:4.

VERGARA, S.C.; **Métodos de pesquisa em administração**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

VINUTO, J.; A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014.

ZAULI, A, et al. **Reflexos sobre diversidade e gênero**, Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013.

## **APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS CIRURGIÃS**

### **BLOCO 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Idade?

Estado civil?

Filhos? SIM ( ) NÃO ( ) Quantos?

Especialidade e Subespecialidade?

Instituição de formação?

Tempo de atuação?

Quais atividades profissionais incorpora?

### **BLOCO 2 - PERGUNTAS DIRECIONADAS AOS OBJETIVOS**

#### **PASSAGEM ATRAVÉS DO ESPELHO**

1. O que despertou seu interesse em ser cirurgiã? Qual a razão da escolha por essa especialidade?
2. Quais aptidões e habilidades você possuía que julgava serem necessárias a essa profissão?
3. Como foi sua experiência de inserção nessa profissão?

#### **INSTALAÇÃO DA DUALIDADE**

4. Antes de se tornar cirurgiã, como você imaginava que seria a profissão?
5. Você já tinha algum contato prévio com a profissão? Algum modelo em seu círculo familiar ou acadêmico?
6. Descreva suas atividades de trabalho como cirurgiã.
7. Existem tarefas que não gostaria de fazer?
8. Você enfrentou/enfrenta dificuldades no exercício de sua profissão? Quais dificuldades seriam?

9. Como era/é sua relação com os colegas cirurgiões homens? Como você era/é vista e tratada por eles?
10. E os pacientes, como você era/é vista e tratada?
11. Você pensou em desistir de ser cirurgiã? Por quê?(Ou por que deixou de ser cirurgiã)
12. O que mais lhe incomodava/incomoda na sua rotina como cirurgiã?

### **AJUSTE DA CONCEPÇÃO EM SI**

13. Em relação às suas concepções iniciais, o que mudou desde que você iniciou suas atividades?
14. Você acredita que incorporou um modelo profissional? Como seria esse modelo?
15. Qual a sua percepção sobre a representatividade feminina na cirurgia? O que motiva isso, em sua opinião?
16. Como você enxerga sua carreira e as possibilidades de crescimento na profissão?