

Estereótipos de género refletidos nas especialidades médicas

Sofia Cardim, Natália Vara

Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Portugal. E-mail: sofiacardim@ipb.pt ; nvara@ipb.pt

Resumo: Apesar da crescente participação feminina no mercado de trabalho e do progressivo aumento do nível de escolaridade das mulheres INE (2012), Portugal é um dos países da União Europeia em que mais se evidenciam diferenças salariais entre homens e mulheres. Permanecem arraigados determinados estereótipos de género que se refletem, de forma evidente, nas escolhas educativas e, consequentemente, profissionais, de homens e de mulheres. Tendo por base os dados publicados pela Ordem dos Médicos, no ano de 2015, relativos à distribuição por sexo nas especialidades médicas, procedeu-se à aplicação do Índice de Distribuição. Esta análise permitiu evidenciar que, para além das mulheres se concentrarem num menor número de especialidades médicas do que os homens, tendencialmente, escolhem especialidades que se encontram no prolongamento de alguns papéis sociais associados ao cuidado e à maternidade, bem como no prolongamento das tarefas domésticas.

Palavras-chave: segregação laboral, estereótipos de género, especialidades médicas.

Title: Gender stereotypes reflected in medical specialties

Abstract: Despite the increasing female participation in the labor market and the progressive increase in the level of education of women INE (2012), Portugal is one of the countries of the European Union in which wage differences between men and women are most evident. Certain gender stereotypes remain firmly reflected in the educational and, consequently, professional choices of men and women. Based on the data published by the Medical Association in the year 2015, regarding the distribution by sex in medical specialties, the Distribution Index was applied. This analysis made it possible to show that, in addition to the fact that women focus on a smaller number of medical specialties than men, they tend to choose specialties that are in the extension of some social roles associated with care and maternity, as well as in the extension of domestic tasks.

Keywords: labor segregation, gender stereotypes, medical specialties.

Título: Estereotipos de género reflejados en las especialidades médicas

Resumen: A pesar del aumento de la participación femenina en el mercado laboral y el aumento gradual del nivel de educación de las mujeres INE (2012), Portugal es uno de los países de la UE que se están volviendo más evidente la brecha salarial entre hombres y mujeres. Siendo ciertos estereotipos de género arraigados que se reflejan, evidentemente, las opciones educativas y, en consecuencia, profesionales de hombres y mujeres. En base a los datos publicados por la Asociación Médica, en 2015, en relación con la distribución de género en las especialidades médicas, se procedió a la aplicación del Índice de Distribución. Este análisis ha puesto de manifiesto que, además de las mujeres se centran en un menor número de especialidades médicas que los hombres, tienden, elegir las especialidades que se encuentran en la extensión de algunos roles sociales asociados con el cuidado y la maternidad, así como en el servicio de limpieza adicional.

Palabras clave: segregación laboral, estereotipos de género, especialidades médicas.

1. Introdução

A construção social que as sociedades têm das mulheres ainda é um entrave ao pleno desenvolvimento profissional das mesmas, mesmo nas sociedades ocidentais que se regem por orientações culturais consideradas modernas.

Portugal é um dos países da União Europeia em que mais se evidenciam diferenças salariais entre homens e mulheres, apesar da crescente participação feminina no mercado de trabalho e do progressivo aumento do nível de escolaridade das mulheres.

Efetivamente, na atualidade, já existem mais mulheres licenciadas do que homens (INE, 2012). No entanto, e a par desta mudança cultural, histórica e económica, que se fez sentir nas últimas quatro décadas, que se materializou na autonomização representativa da mulher como membro do agregado familiar (Casaca, 2010), permanecem arraigados determinados estereótipos associados ao género que se continuam a evidenciar no âmbito profissional e a condicionar, quer o acesso ao mercado de trabalho, quer a progressão profissional das mulheres. Estes condicionalismos, consubstanciados em papéis expectáveis em termos de género, encontram-se culturalmente enraizados, provindo de uma contextualização histórica que não foi favorável às mulheres (Coelho, 2010), mas também de uma (ainda) atual socialização primária e secundária (Nunes, 2009) nem sempre sensível às questões da igualdade entre os sexos.

Existem algumas investigações, direcionadas para a classe médica, que continuam a evidenciar grandes assimetrias nesta classe profissional, relativamente à igualdade entre sexos. Estudos que compararam o processo de formação de homens e mulheres na medicina concluem que as mulheres médicas sofrem significativo impacto negativo provocado por estereótipos sexistas e discriminação de género já durante os anos de formação (Allen, 2005; Buddeberg-Fisher et al., 2010; Taylor et al., 2009). Formas subtis de discriminação encontram-se profundamente enraizadas na cultura médica e fazem com que homens e mulheres não estejam em situação de igualdade. A discriminação por razão de género apresenta-se através de barreiras (diretas e indiretas) que impedem as mulheres de ascender na carreira em condições de igualdade com os homens e reproduzem espaços de formação diferenciados.

Uma investigação que comparou os impactos da feminização da medicina em quatro países de língua inglesa (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália) constatou que médicos e médicas não constroem a carreira da mesma maneira. Há persistentes diferenças de padrões e na escolha da especialidade entre os sexos que afetam o futuro planeamento dos recursos médicos (Macmurray, 2002).

Assim, neste trabalho, é nosso objetivo proceder à identificação de determinados estereótipos expectáveis associados ao género, e fazer uma análise comparativa com as especialidades médicas escolhidas por médicos e por médicas no âmbito do seu desenvolvimento profissional, para Portugal e para o ano de 2015.

2. Enquadramento teórico

O conceito de estereótipo foi introduzido por Lippman no ano de 1922, e não é mais do que uma forma de organização mental da informação, relativa a um determinado grupo de pessoas que se assume possuir determinadas características e, conseqüentemente, manifestar determinados comportamentos expectáveis. É uma compartimentalização do que deve ser o comportamento esperado de um determinado

grupo social. Existem diversos estereótipos, e os estereótipos associados ao género são apenas um deles.

Desta forma, e no seguimento do trabalho desenvolvido por Anker (1998), evidenciam-se como estereótipos considerados “positivos” associados às mulheres, e cujos efeitos se refletem nas suas escolhas profissionais, os seguintes: uma tendência inata para prestar cuidados; desenvoltura e experiência nas tarefas realizadas no âmbito do lar (trabalho não remunerado); maior destreza e desenvoltura manual; maior comprometimento, e empenho social e seriedade.

Também Pastor, Belzunegui e Pontón (2012) concluem a existência de um “discurso hegemónico” que associa ao género características como “cuidadoras, sensíveis e familiares” que permeia o profissional e o familiar. Estas características acabam por conduzir, de maneira mais ou menos consciente, tanto a mulher para a profissão, como a profissão para a mulher.

Considera-se um estereótipo (associado ao género) uma construção social, um conceito intangível, mas que é sentido de forma bem concreta pelas mulheres que, em pleno século XXI, continuam a sentir discriminação profissional, como já foi referido, no acesso ao mercado de trabalho e, mais concretamente, na escolha de determinadas profissões (muitas vezes nem sequer consideradas como uma opção), na permanência nesse mesmo mercado em igual posição que os homens, e na progressão na carreira.

A segregação horizontal, evidencia a concentração profissional das mulheres em determinadas profissões ou grupos profissionais, profissões essas representadas num número muito menor do que o número de profissões masculinizadas. A segregação vertical consubstancia-se em dois extremos distintos: por um lado no conceito de *sticky floors*, que representa a permanência ou aderência das mulheres na base da hierarquia e, do lado oposto, o *glass ceiling*, que representa uma barreira invisível, mas real e tangível, sentida pelas mulheres na ascensão ao cargo mais elevado de uma hierarquia organizacional.

A segregação ocupacional, horizontal e vertical, por razão de género, é um fenómeno que persiste no tempo e no espaço, pernicioso, que a um nível macro conduz à ineficiência do mercado de trabalho, e que a um nível micro gera desigualdade e discriminação e, conseqüentemente, frustração e infelicidade.

Um dos problemas que se perpetua, fruto da já mencionada cultura diferenciada, e desigualdade de género, é o desequilíbrio na repartição das tarefas domésticas entre homens e mulheres. Segundo Perista e colaboradores (2016, p.8), “o trabalho não pago consiste na chamada ‘lida da casa’ e na prestação de cuidados a pessoas - crianças, jovens ou adultas - que deles necessitam; ou seja, consiste em tarefas domésticas e trabalho de cuidado”.

Diversos investigadores apontam esta como uma das causas para a manutenção e perpetuação da desigualdade profissional entre trabalhadores e trabalhadoras. Se é um facto que a repartição das tarefas domésticas é desigual, entre casais heterossexuais, é também uma evidência que muitas mulheres continuam tendencialmente, e de forma continuada e obnóxica, a condicionar as suas escolhas profissionais, optando por ocupações que se parecem refletir num prolongamento das tarefas domésticas (Blau & Devaro, 2007).

Efetivamente, em Portugal, o tempo médio de trabalho não remunerado assume valores díspares entre homens e mulheres, que se encontram a exercer atividade profissional remunerada, sendo no primeiro caso de 2h37m e no segundo de 4h17m, ou

seja, quase o dobro do tempo, (Perista et al., 2016). Por outro lado, continua a ser um facto que, em pleno século XXI, o que é expectável, em termos de desenvolvimento de trabalho não remunerado, não é igual para homens e para mulheres.

Desta forma, é ainda esperado, em muitas famílias, que sejam as mulheres a desenvolver a maioria do trabalho relacionado, quer com as tarefas domésticas, que inclui, o desenvolvimento de todas as ações relacionadas com a gestão, organização e limpeza do lar, tais como compras, preparação das refeições, tratamento da roupa, entre outras, assim como o cuidado a terceiros, por exemplo, a pais ou avós, que se encontrem a viver na mesma casa que a família nuclear.

A situação agrava-se quando entramos no campo dos papéis parentais desempenhados pelos pais e pelas mães, cabendo a estas últimas, em grande parte dos casos, a prestação dos cuidados aos filhos, o apoio na doença, o acompanhamento a consultas, bem como o acompanhamento escolar e tudo aquilo que ele acarreta.

É (ainda) expectável que sejam as mães a fazer este tipo de acompanhamento. Esta construção social, fruto da eternização de um papel, que antes era desempenhado por alguém que apenas, e somente, tinha esta função, entrelaça-se, na atualidade, com escolhas profissionais, acabando por as definir, circunscrever e limitar, de forma mais ou menos consciente, e conduzindo a uma tendência para mulheres e homens fazerem escolhas profissionais diferenciadas (Anker, 1998).

Também Lupica (2015) considera a segregação ocupacional por razão de género um problema sistémico resultante de três componentes distintas relacionadas com: a socialização primária, já que o êxito das mulheres é observado como uma combinação quase forçada entre maternidade e vida profissional; a escola, local onde continua a existir separação em termos de escolhas académicas e reprodução de estereótipos de género (Bergano, 2009); na escolha profissional, já que em muitos casos, são exigidas competências paralelas às que são valorizadas no âmbito familiar ou doméstico.

Saavedra, Araújo, Oliveira e Stephens (2014) consideram existir em determinados contextos profissionais uma forte masculinização, não sendo, determinadas profissões sequer consideradas como uma opção de carreira para as mulheres. Não obstante, e apesar de demonstrarem obter melhores resultados académicos do que os homens, as mulheres evidenciam ainda uma certa insegurança e uma perceção de um autoconceito baixo face à sua escolha e desenvolvimento profissional em profissões tradicionalmente masculinas (Vaquero, 2010).

Em países da União Europeia têm sido conduzidos estudos que mostram como a presença de mulheres, em certos meios profissionais até então predominantemente masculinos, pode fazer a diferença. Os estudos apontam esta entrada das mulheres em contextos profissionais marcadamente masculinos como uma forma de abrir progressivamente novas controvérsias, questionar o que era tido como evidente, suscitar, debates de normas e de valores no local de trabalho (Lacomblez, 2008).

Exemplo disso é o estudo de Livia Scheller (1996, cit in Lacomblez, 2008) que analisou a entradas de mulheres para a profissão de motoristas de autocarros da região parisiense (contexto até então essencialmente masculino). Esta mudança veio abalar os hábitos dos homens, não os deixando indiferentes, isto porque, neste caso, os horários praticados eram frequentemente incompatíveis com as exigências da vida familiar. Segundo Lacomblez (2008), progressivamente, surgiram os comentários, discussões e debates, que levaram a questionar a ideologia do ofício construída sobre a valorização de uma virilidade para a qual a gestão das tarefas familiares é assunto de mulheres.

Este estudo de Scheller veio salientar o quanto um meio profissional, essencialmente masculino até uma certa altura, pode transformar-se de modo significativo com a inserção de mulheres, nomeadamente, no que diz respeito à organização do tempo de trabalho, pois, deixa de ser assumido como natural a disponibilidade quase incondicional face a todos os tipos de horários.

O horário de trabalho (fixo ou por turnos) remete para um planeamento tendo em conta aspetos como: o ritmo das escolas, os períodos das férias, a possibilidade dos filhos poderem adoecer. Os estudos dedicados às questões de género contribuem para melhor compreender quais podem ser os caminhos para as novas modalidades da equidade, partilhamos, por isso, da opinião de Lacomblez (2008, p.40) que defende que *“as questões de género encaminham-nos assim para as questões de desenvolvimento”*.

A literatura aponta para grandes assimetrias na classe médica, relativamente à igualdade entre sexos. Desta forma, evidencia-se o trabalho desenvolvido por Scheffer e Cassenote (2013), que numa investigação aplicada à realidade brasileira, analisam a evolução temporal do número destes profissionais, com distinção por sexo, entre os anos de 1910 e 2012. Estes autores concluem que, apesar de no ano de 2012 haver ainda mais médicos do que médicas a exercer a profissão (numa relação de cerca de 60 homens por cada 100 profissionais), o ano de 2009 representa um ponto de inflexão, uma vez que neste ano o número de mulheres que passou a integrar a profissão superou o número de homens.

Referem ainda que, apesar da crescente feminização sentida pela profissão nos últimos anos, trata-se ainda de uma área preeminentemente masculina, e cujo reflexo se observa quer nas escolhas das especialidades, quer na assimetria entre o número de especialidades masculinizadas, que é de 40, e do número de especialidades feminizadas, que é apenas de 13.

Desta forma, e à semelhança do que acontece no caso português, também no caso brasileiro, se observa uma tendência para a escolha das médicas por especialidades relacionadas com a maternidade, permeadas de estereótipos “positivos” femininos, e de que são exemplos a pediatria, a ginecologia e obstetrícia e a medicina de família e comunidade, entre outras. Não obstante, os médicos tendem, fundamentalmente, a centrar a sua atividade em especialidades mais relacionadas com a cirurgia.

Também Zulkifli e Rogayah (1997) analisaram, numa investigação realizada na Malásia, a 241 participantes estudantes de medicina, as preferências das suas escolhas pelas especialidades médicas, nos anos de 1992-1994, da Universiti Sains Malaysia.

Estes investigadores concluíram que um dos fatores que mais influência tem quer na escolha da especialidade, quer no prosseguimento da carreira é, efetivamente, o sexo. Também, nesta investigação, se observa uma preferência clara das futuras médicas pela escolha de especialidades tendencialmente femininas como a ginecologia e obstetrícia e a pediatria, e dos futuros médicos pelas áreas relacionadas com a cirurgia.

Este estudo evidencia também um aspeto central que deve ser cogitado quando são abordados contextos laborais e igualdade de sexo, e que se relaciona com a multiplicidade dos papéis a desempenhar pelas mulheres que pretendam desenvolver a sua carreira profissional paralelamente ao papel de esposas e de mães.

Assim, de forma clara, é estabelecida uma relação entre o prosseguimento e desenvolvimento de uma carreira na medicina com a acumulação dos papéis sociais

associados ao casamento e à maternidade, concluindo que, tal acumulação (de papéis sociais) é mais difícil para as mulheres do que para os homens, sendo por isso pensada aquando da decisão da escolha de desenvolver, ou não, a carreira.

Uma outra investigação desenvolvida por Arrizabalaga e Valls-Llobet (2005), em Espanha, e reportada aos anos 2000 e 2001, evidencia também diferenças no número de profissionais de cada sexo, nos vários colégios de especialidade e nas diversas especialidades médicas, concretamente, no que diz respeito às especialidades relacionadas com cirurgia, que têm cerca de três vezes mais médicos do que médicas.

Estes investigadores concluem também que nos anos a que reportam a sua análise, ainda não existia uma relação proporcional direta entre o número de mulheres a exercer medicina com o desenvolvimento da docência (em medicina) por parte das mesmas, nem como o número de cargos de gestão e direção desempenhados pelas mesmas.

Refletem também acerca de como as mulheres médicas e mães, por via da acumulação de papéis que desempenham, se encontram mais vulneráveis ao stress, à depressão e a outras enfermidades, salientando a importância do desenvolvimento de medidas, no âmbito político e social, que promovam a igualdade e que potenciem os princípios promovidos pelo estado social, no sentido de dotar estas profissionais dos meios que lhes permitam, em pleno, desenvolver-se profissionalmente, paralelamente a assegurarem em plenitude o seu papel de mães.

Também o trabalho desenvolvido por Diderichsen e colaboradores (2013), aplicado à Suécia, ao período temporal de 2006 a 2009, e para uma amostra de 421 estudantes do último ano de medicina, na Umea University, aponta para uma escolha ou opção idêntica no que concerne às especialidades médicas entre estes estudantes. Por exemplo, ambos os grupos manifestaram intenções de escolher especialidades relacionadas com cirurgia, mas a opção pela ginecologia e obstetrícia é maioritariamente pensada pelas estudantes de medicina.

Um outro aspeto salientado por esta investigação relaciona-se com a opção por, num momento futuro, uma percentagem considerável dos respondentes, tanto homens como mulheres, embora com maior prevalência destas últimas, considerarem vir a preferir trabalhar em regime de part-time. Quando questionados sobre a importância da conciliação entre a carreira e a vida familiar, as mulheres participantes na investigação evidenciaram uma maior preocupação com a necessidade de conciliar ambos os contextos (vida familiar e vida profissional) comparativamente aos homens inquiridos.

Apesar dos trabalhos referenciados se posicionarem geográfica e temporalmente em contextos muito distintos, demonstram que, entre os profissionais da medicina, se continuam a encontrar e a manifestar estereótipos relacionados com o género e, conseqüentemente com o sexo, fundamentalmente: ao nível do prosseguimento da carreira e da conciliação com a família (casamento e maternidade) – aspeto que é mais pensado por elas do que por eles; ao nível das escolhas das especialidades - as médicas continuam a ter preferência por especialidades facilmente relacionáveis com o prolongamento das tarefas associadas à maternidade, tais como pediatria e ginecologia e obstetrícia, entre outras, enquanto que os médicos preferem especialidades associadas à cirurgia; e finalmente, no número de especialidades tendencialmente masculinas e tendencialmente femininas, que evidencia que as médicas tendem a escolher e a concentrar-se num leque menor e menos variado de especialidades do que os médicos, fator gerador de assimetria e desigualdade.

3. Metodologia

Tomou-se por base a informação recolhida e publicada pela Ordem dos Médicos relativa ao número de profissionais de cada sexo, e em cada especialidade médica, cruzando-se essa informação com os comportamentos expectáveis, que de acordo com Anker (1997) estão associados ao género e que, segundo Nogueira e Saavedra (2007), condicionam escolhas académicas, gerando assimetrias e, conseqüentemente, segregação ocupacional.

Para conseguirmos aferir se a escolha das especialidades por estes/as profissionais, de alguma forma, se encontra relacionada com os papéis expectáveis de género, recorreremos a um índice. Um índice é um instrumento que permite quantificar uma determinada realidade, traduzindo-a e simplificando-a para um único número, tornando-a passível de ser comparada. Existem diversos índices que são vulgarmente aplicados ao campo da segregação ocupacional, por razão de sexo, de etnia, de país de proveniência, entre outros.

A partir do trabalho desenvolvido por Castaño, Sánchez-Herrero e Iglesias (2002) e Hidalgo, Pérez e Calderón (2007), centramo-nos na tipologia de índices que permite averiguar a segregação ocupacional por razão de sexo, a partir de três tipos de índices distintos: i) índices de distribuição, que pretendem evidenciar a percentagem de mulheres ou de homens numa dada profissão ou grupo profissional, sobre o total de profissionais nessa mesma profissão ou grupo profissional; ii) índices de concentração ou frequência, que têm como objetivo expor as profissões ou grupos profissionais em que mulheres ou homens mais se concentram, sendo determinados pelo número de mulheres (ou de homens) numa dada profissão sobre o número total de mulheres (ou de homens) que se encontram a exercer atividade profissional; iii) índices de segregação, geralmente utilizados para evidenciar a diferença na concentração entre mulheres e homens em uma dada profissão ou grupo profissional.

Uma vez que o objetivo era averiguar se existia ou não uma relação direta entre papéis expectáveis de género, mais concretamente, com o papel social associado à maternidade e ao cuidado a terceiros, e a escolha das especialidades médicas, optou-se pela seleção e utilização do índice de distribuição. A nossa fonte de dados foi a lista das especialidades médicas, por sexo, publicada anualmente pela Ordem dos Médicos, referente ao ano de 2015, que agrupa dados relativos a 79 especialidades médicas e um total de 54.467 profissionais, dos quais 28.403 são médicas e 26.064 são médicos.

Não obstante, pareceu-nos importante dotar a nossa investigação de uma perspetiva longitudinal, e na ausência de publicações que analisem as mesmas variáveis em estudo, optou-se por considerar os dados disponibilizados, pela mesma fonte, mas para o ano de 1996. Assim, esta lista contempla dados relativos a 31.358 profissionais, dos quais 13.059 são médicas e 18.299 são médicos. Nesse ano encontravam-se contempladas 50 especialidades. As especialidades que no ano de 1996 ainda não existiam são consideradas como tendo zero profissionais.

Assim, o índice aplicado, para os anos de 1996 e 2015, pode ser descrito pelas seguintes fórmulas:

$$I_d = M_i / T_i \quad \text{ou} \quad I_d = H_i / T_i$$

Onde:

I_d = Índice de distribuição;

M_i = Número de médicas da especialidade i ;

H_i = Número de médicos da especialidade i ;

T_i = Número total de médicas e de médicos.

4. Resultados e discussão

Com a aplicação do índice de distribuição aos dados disponibilizados pela Ordem dos Médicos, contendo informação relativa a 54.467 profissionais, dos quais 28.403 são médicas e 26.064 são médicos, e para um total de 79 especialidades, incluindo profissionais de gestão dos serviços de saúde e não especialistas, constata-se que existe uma evidente separação entre dois grupos de especialidades que são escolhidos, de forma diferenciada, por médicos e por médicas, refletindo a existência de âmbitos profissionais de dominância masculina e de dominância feminina.

Do conjunto de especialidades médicas que consideramos feminizadas, isto é, para os quais o índice de distribuição apresenta um valor igual ou superior a 60%, e que se encontra descrita na Tabela 1 e no Gráfico 1, encontramos oito especialidades relacionadas com crianças e jovens: psiquiatria da infância e da adolescência, nefrologia pediátrica, pediatria, medicina materno-fetal, neonatologia, neuropediatria, cardiologia pediátrica e ginecologia e obstetrícia e uma relacionada com cuidados continuados: medicina paliativa. Todas estas especialidades estão de uma maneira natural associadas à maternidade e ao cuidado de terceiros, ou seja, a um papel social associado ao sexo feminino, de maternidade e cuidado a idosos, bem como aos estereótipos “positivos” associados ao género feminino que anteriormente mencionamos, e que se relacionam com a orientação inerente para tratar dos outros, honestidade e comprometimento social, destreza manual e experiência nas tarefas domésticas.

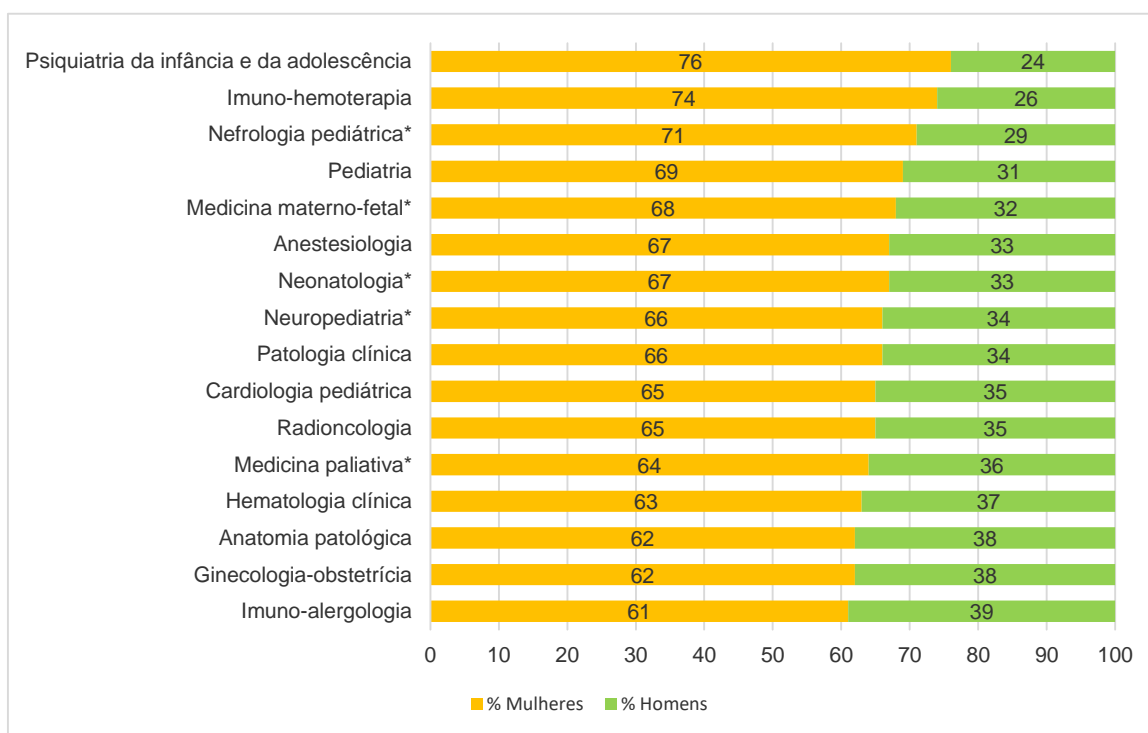
Tabela 1. Especialidades médicas feminizadas em 1996 e 2015

| Especialidades médicas | Índice de distribuição 1996 | | Índice de distribuição 2015 | |
|---|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| | % Mulheres | % Homens | % Mulheres | % Homens |
| Psiquiatria da infância e da adolescência | 69 | 31 | 76 | 24 |
| Imuno-hemoterapia | 43 | 57 | 74 | 26 |
| Nefrologia pediátrica* | 0 | 0 | 71 | 29 |
| Pediatria | 54 | 46 | 69 | 31 |
| Medicina materno-fetal* | 0 | 0 | 68 | 32 |
| Anestesiologia | 63 | 37 | 67 | 33 |
| Neonatologia* | 0 | 0 | 67 | 33 |
| Neuropediatria* | 0 | 0 | 66 | 34 |
| Patologia clínica | 60 | 40 | 66 | 34 |
| Cardiologia pediátrica | 39 | 61 | 65 | 35 |
| Radioncologia | 41 | 59 | 65 | 35 |
| Medicina paliativa* | 0 | 0 | 64 | 36 |
| Hematologia clínica | 48 | 52 | 63 | 37 |
| Anatomia patológica | 64 | 36 | 62 | 38 |
| Ginecologia-obstetrícia | 50 | 50 | 62 | 38 |
| Imuno-alergologia | 72 | 28 | 61 | 39 |

Nota:* Especialidades médicas inexistentes ou não contempladas em 1996.

Fonte: Ordem dos Médicos; Elaboração própria.

Gráfico 1. Especialidades médicas feminizadas. 2015



Fonte: Ordem dos Médicos; Elaboração própria.

Por outro lado, quando olhamos para as especialidades médicas masculinizadas, encontramos evidências que apontam para uma concentração destes profissionais em especialidades associadas ao estereótipo masculino: urologia, ortopedia, medicina desportiva; bem como uma grande tendência para se concentrarem em especialidades relacionadas com cirurgia: cirurgia cardio-torácica, cardiologia de intervenção, neurocirurgia, angiologia e cirurgia vascular, cirurgia maxilo-facial, cirurgia geral e cirurgia plástica e reconstrutiva.

Autores como Scheffer e Cassenote (2013), numa investigação aplicada à realidade brasileira, corroboram a tendência para a concentração de médicos nas especialidades relacionadas com a cirurgia e Zulkifli e Rogayah (1997) concluem esta mesma propensão, para o caso da Malásia, associando esta escolha ao estereótipo masculino de trabalhar com ferramentas e gerir situações que envolvam risco.

Tabela 2. Especialidades médicas masculinizadas. 1996 e 2015

| Especialidades médicas | Índice de distribuição 1996 | | Índice de distribuição 2015 | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------|-----------------------------|----------|
| | % Mulheres | % Homens | % Mulheres | % Homens |
| Urologia | 2 | 98 | 4 | 96 |
| Farmacologia clínica | 0 | 100 | 7 | 93 |
| Ortopedia | 3 | 97 | 9 | 91 |
| Cirurgia cardio-torácica | 4 | 96 | 10 | 90 |
| Cardiologia de intervenção* | 0 | 0 | 10 | 90 |
| Medicina desportiva | 5 | 95 | 10 | 90 |
| Neurocirurgia | 7 | 93 | 16 | 84 |
| Angiologia e cirurgia vascular | 9 | 91 | 17 | 83 |

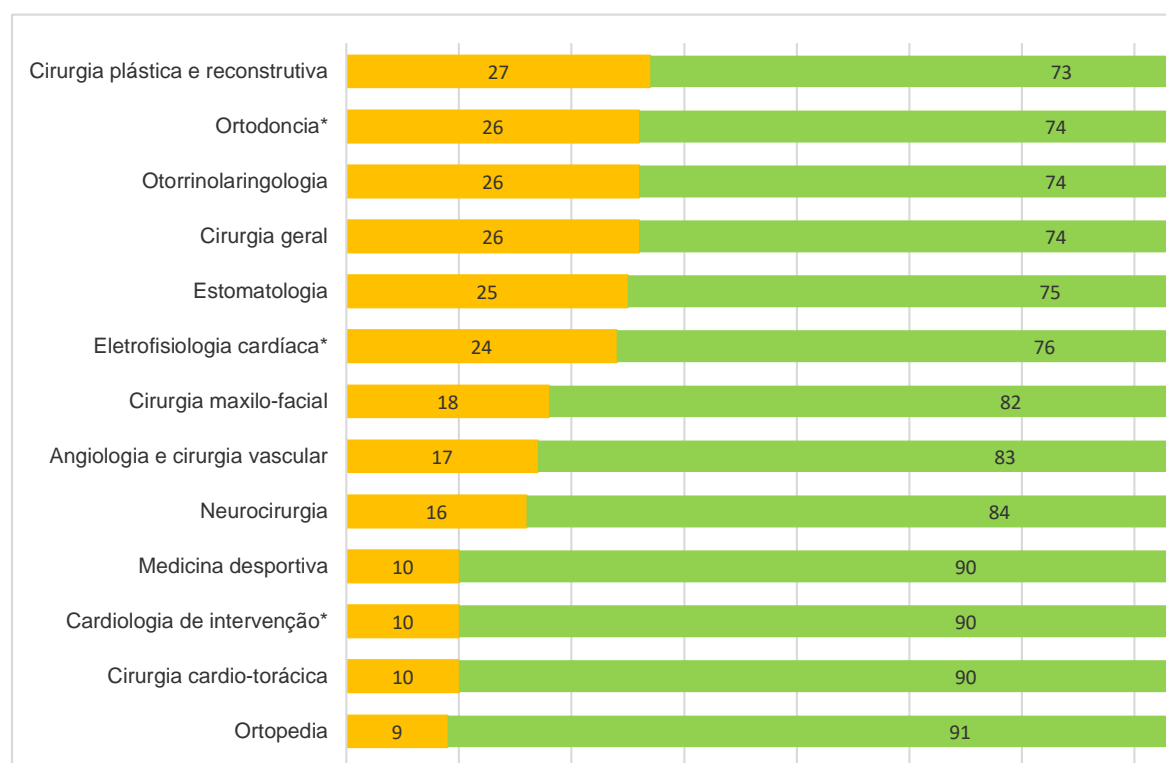
Estereótipos de género refletidos nas especialidades médicas

| | | | | |
|-----------------------------------|----|----|----|----|
| Cirurgia maxilo-facial | 13 | 87 | 18 | 82 |
| Eletrofisiologia cardíaca* | 0 | 0 | 24 | 76 |
| Estomatologia | 18 | 82 | 25 | 75 |
| Cirurgia geral | 11 | 89 | 26 | 74 |
| Otorrinolaringologia | 13 | 87 | 26 | 74 |
| Ortodoncia* | 0 | 0 | 26 | 74 |
| Cirurgia plástica e reconstrutiva | 23 | 77 | 27 | 73 |

Nota:* Especialidades médicas inexistentes ou não contempladas em 1996.

Fonte: Ordem dos Médicos; Elaboração própria.

Gráfico 2. Especialidades médicas masculinizadas. 2015



Fonte: Ordem dos Médicos; Elaboração própria.

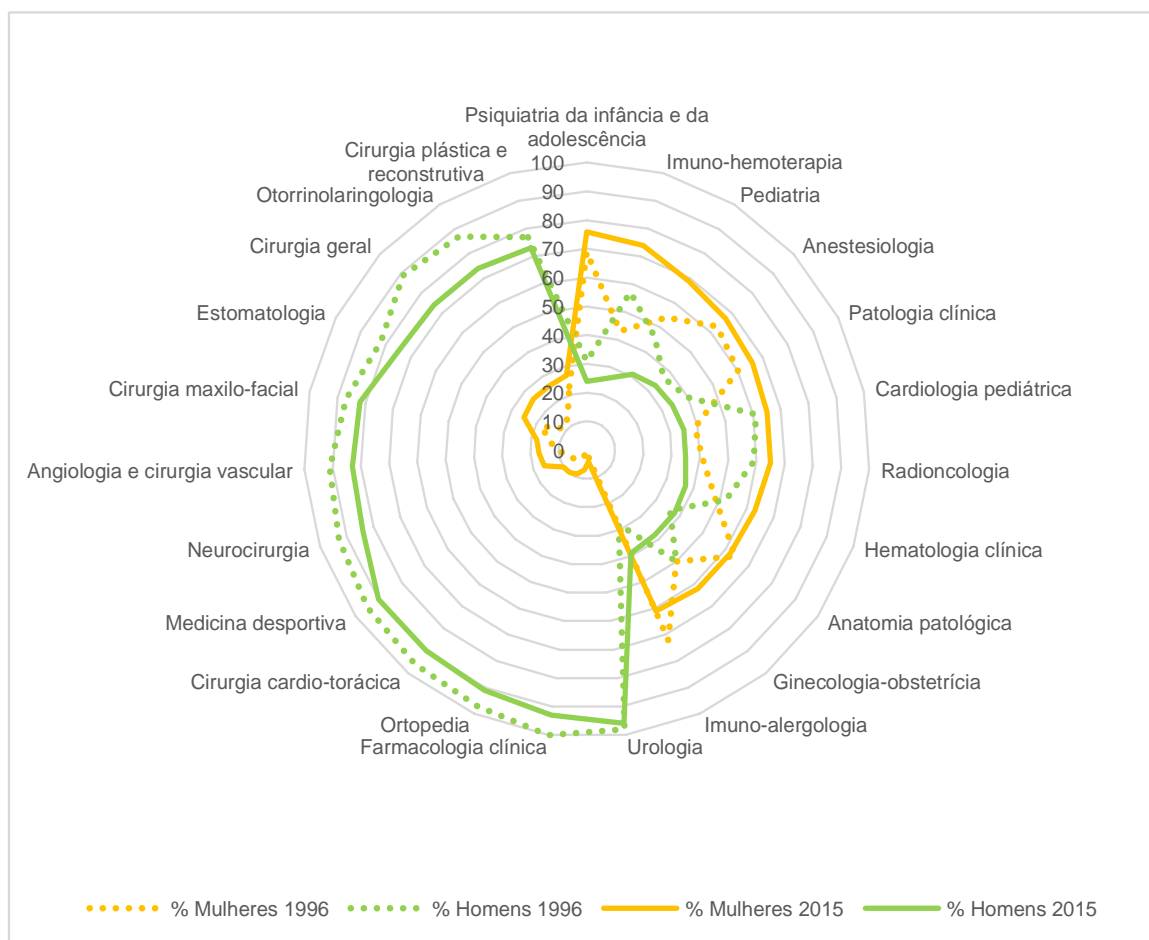
Estereótipos de género refletidos nas especialidades médicas

No Gráfico 3 podemos observar uma comparação da evolução do índice de distribuição para os grupos de especialidades médicas mais feminizadas e mais masculinizadas, para os anos de 1996 e 2015, verificando-se que, apesar de as médicas terem ganho algum terreno em termos de representação nas especialidades mais masculinizadas, entre os anos em análise, esse espaço é ainda muito pouco representativo. Este gráfico, uma vez que compara os dois grupos de especialidades em dois momentos temporais distintos, permite-nos ter uma maior perceção do grande espaço ocupado pelos médicos nas especialidades masculinizadas, bem como evidenciar uma divisão mais equitativa (entre médicos e médicas) nas especialidades feminizadas.

Esta comparação permite-nos concluir que apesar de se terem evidenciado alguns progressos em termos de igualdade dos profissionais de ambos os sexos em algumas das especialidades, esse progresso é ainda exíguo, levando-nos a acreditar que há

ainda um longo caminho a percorrer para que haja plena igualdade em escolhas profissionais mais conscientes por parte destes/as profissionais.

Gráfico 3. Especialidades médicas masculinizadas e feminizadas, 1996 e 2015



Para além desta clara evidência na concentração destes profissionais em especialidades claramente genderizadas, destaca-se ainda que, à semelhança do que sucede em outras profissões ou grupos profissionais, as mulheres tendem a concentrar-se em grupos mais pequenos de profissões, ou de especialidades, no nosso caso, do que os homens.

Desta forma, encontramos com um índice de distribuição igual ou superior a 60%, no caso feminino, 18 especialidades; enquanto que no caso masculino, o número de especialidades ascende a 26 (tabela 3), isto é, os médicos têm um leque muito mais alargado de especialidades nas quais a sua distribuição é maior do que as médicas.

Tabela 3. Distribuição de médicos e de médicas pelas especialidades. Índice de Distribuição, 2015

| Especialidades médicas | Mulheres | % | Homens | % | Total |
|------------------------|----------|----|--------|----|-------|
| Anatomia patológica | 165 | 62 | 100 | 38 | 265 |
| Anestesiologia | 1226 | 67 | 609 | 33 | 1835 |
| Cardiologia | 267 | 29 | 656 | 71 | 923 |
| Cardiologia pediátrica | 41 | 65 | 22 | 35 | 63 |

Estereótipos de género refletidos nas especialidades médicas

| Especialidades médicas | Mulheres | % | Homens | % | Total |
|---|----------|----|--------|----|-------|
| Cirurgia geral | 430 | 26 | 1240 | 74 | 1670 |
| Cirurgia cardio-torácica | 12 | 10 | 113 | 90 | 125 |
| Cirurgia maxilo-facial | 17 | 18 | 80 | 82 | 97 |
| Cirurgia pediátrica | 54 | 43 | 72 | 57 | 126 |
| Cirurgia plástica e reconstrutiva | 62 | 27 | 170 | 73 | 232 |
| Angiologia e cirurgia vascular | 30 | 17 | 149 | 83 | 179 |
| Medicina geral e familiar | 3848 | 60 | 2544 | 40 | 6392 |
| Dermato-venereologia | 203 | 54 | 173 | 46 | 376 |
| Doenças infecciosas | 84 | 52 | 79 | 48 | 163 |
| Endocrinologia-nutrição | 137 | 59 | 96 | 41 | 233 |
| Estomatologia | 149 | 25 | 455 | 75 | 604 |
| Farmacologia clínica | 3 | 7 | 37 | 93 | 40 |
| Gastrenterologia | 214 | 41 | 312 | 59 | 526 |
| Ginecologia-obstetrícia | 1043 | 62 | 631 | 38 | 1674 |
| Imuno-hemoterapia | 169 | 74 | 60 | 26 | 229 |
| Hematologia clínica | 141 | 63 | 84 | 37 | 225 |
| Imuno-alergologia | 141 | 61 | 90 | 39 | 231 |
| Medicina desportiva | 11 | 10 | 94 | 90 | 105 |
| Medicina física e de reabilitação | 375 | 59 | 257 | 41 | 632 |
| Medicina interna | 1228 | 52 | 1149 | 48 | 2377 |
| Medicina legal | 42 | 43 | 56 | 57 | 98 |
| Medicina nuclear | 44 | 56 | 35 | 44 | 79 |
| Medicina do trabalho | 372 | 38 | 609 | 62 | 981 |
| Medicina tropical | 13 | 27 | 36 | 73 | 49 |
| Nefrologia | 138 | 45 | 167 | 55 | 305 |
| Neurocirurgia | 33 | 16 | 172 | 84 | 205 |
| Neurorradiologia | 82 | 49 | 85 | 51 | 167 |
| Neurologia | 225 | 47 | 257 | 53 | 482 |
| Oftalmologia | 359 | 35 | 658 | 65 | 1017 |
| Oncologia médica | 165 | 56 | 131 | 44 | 296 |
| Otorrinolaringologia | 164 | 26 | 464 | 74 | 628 |
| Ortopedia | 105 | 9 | 1022 | 91 | 1127 |
| Patologia clínica | 503 | 66 | 255 | 34 | 758 |
| Pediatria | 1365 | 69 | 617 | 31 | 1982 |
| Psiquiatria da infância e da adolescência | 130 | 76 | 41 | 24 | 171 |
| Pneumologia | 343 | 56 | 268 | 44 | 611 |
| Psiquiatria | 519 | 48 | 565 | 52 | 1084 |
| Radiologia | 400 | 43 | 540 | 57 | 940 |
| Radioncologia | 88 | 65 | 48 | 35 | 136 |
| Reumatologia | 84 | 55 | 70 | 45 | 154 |
| Saúde pública | 268 | 54 | 228 | 46 | 496 |
| Urologia | 16 | 4 | 400 | 96 | 416 |
| E.E.G./neurofisiologia clínica | 45 | 42 | 61 | 58 | 106 |
| Genética médica | 34 | 57 | 26 | 43 | 60 |
| Hidrologia médica | 29 | 27 | 77 | 73 | 106 |
| Medicina farmacêutica | 41 | 43 | 55 | 57 | 96 |
| Neuropediatria | 23 | 66 | 12 | 34 | 35 |

| Especialidades médicas | Mulheres | % | Homens | % | Total |
|------------------------------------|----------|----|--------|----|-------|
| Medicina intensiva | 145 | 44 | 182 | 56 | 327 |
| Emergência médica | 247 | 50 | 248 | 50 | 495 |
| Gestão dos serviços de saúde | 317 | 39 | 505 | 61 | 822 |
| Gastroenterologia pediátrica | 11 | 50 | 11 | 50 | 22 |
| Oncologia pediátrica | 14 | 54 | 12 | 46 | 26 |
| Hepatologia | 43 | 48 | 47 | 52 | 90 |
| Nefrologia pediátrica | 15 | 71 | 6 | 29 | 21 |
| Cuidados intensivos pediátricos | 26 | 52 | 24 | 48 | 50 |
| Eletrofisiologia cardíaca | 5 | 24 | 16 | 76 | 21 |
| Neonatologia | 141 | 67 | 68 | 33 | 209 |
| Medicina da dor | 72 | 60 | 49 | 40 | 121 |
| Acupuntura médica | 63 | 48 | 68 | 52 | 131 |
| Medicina hiperbárica e subaquática | 11 | 34 | 21 | 66 | 32 |
| Medicina materno-fetal | 42 | 68 | 20 | 32 | 62 |
| Peritagem médica da Seg. Social | 167 | 42 | 228 | 58 | 395 |
| Cardiologia de intervenção | 5 | 9 | 52 | 91 | 57 |
| Patologia experimental | 6 | 27 | 16 | 73 | 22 |
| Ortodoncia | 17 | 26 | 48 | 74 | 65 |
| Medicina da reprodução | 21 | 55 | 17 | 45 | 38 |
| Ginecologia oncológica | 15 | 39 | 23 | 61 | 38 |
| Dermatopatologia | 7 | 44 | 9 | 56 | 16 |
| Avaliação do dano corporal | 79 | 29 | 192 | 71 | 271 |
| Medicina paliativa | 25 | 64 | 14 | 36 | 39 |
| Geriatría | 24 | 40 | 36 | 60 | 60 |
| Sexologia clínica | 10 | 40 | 15 | 60 | 25 |
| Codificação clínica | 22 | 55 | 18 | 45 | 40 |
| Medicina do sono | 15 | 54 | 13 | 46 | 28 |
| Não especialistas | 11158 | 59 | 7879 | 41 | 19037 |
| Totais | 28403 | 52 | 26064 | 48 | 54467 |

Fonte: Ordem dos Médicos; Elaboração própria.

Outra importante reflexão que importa fazer prende-se com o facto de as especialidades que são claramente masculinizadas, apresentarem valores mais elevados do que as que são feminizadas, evidenciando as primeiras uma menor abertura às profissionais do sexo feminino, do que as segundas aos profissionais do sexo masculino.

Senão vejamos o exemplo da especialidade de urologia (masculinizada), que apresenta o valor de 96%; ou seja, nesta especialidade 96% dos profissionais são homens e apenas 4% são mulheres (em valor absoluto temos 400 médicos e apenas 16 médicas a exercer urologia).

Do lado oposto, e ao observarmos a especialidade mais feminizada, psiquiatria da infância e da adolescência, esta apresenta um valor de 76%, isto é, 76% dos profissionais que se encontram a exercer esta especialidade são médicas e 24% são médicos (em valor absoluto temos 130 médicas e 41 médicos).

Ao observarmos o panorama geral das especialidades, deparamo-nos com nove especialidades masculinizadas com um índice de distribuição superior a 76%, valor

apresentado pela especialidade de psiquiatria na infância e na adolescência, que é a mais feminizada. Desta forma evidenciam-se como especialidades mais masculinizadas e com uma representação percentual feminina muito diminuta: urologia (96%), farmacologia clínica (93%), ortopedia (91%), cirurgia cardio-torácica, cardiologia de intervenção e medicina desportiva (todas com 90%), neurocirurgia (84%), angiologia e cirurgia vascular (83%) e cirurgia maxilo-facial (82%).

Embora a nossa análise não tenha sido centrada na área da gestão hospitalar, que vulgarmente envolve departamentalização, hierarquização e cargos de direção, uma das especialidades médicas, constante da lista divulgada pela Ordem dos Médicos, é gestão a dos serviços de saúde. Assim, e de acordo com os dados disponíveis, pareceu-nos interessante prestar um olhar mais atento a esta especialidade, e constatamos que esta é uma categoria profissional masculinizada, com uma representação masculina de 61%, contra uma representação feminina de 39% (em valor absoluto, 505 profissionais do sexo masculino e 317 profissionais do sexo feminino).

Esta tendência, que não é unicamente nacional, é corroborada por autores como Pastor e colaboradores (2012), no âmbito do desenvolvimento da sua análise para o caso espanhol, que consideram que a crescente feminização no setor da medicina não é acompanhada de forma diretamente proporcional pela ocupação de cargos de direção hospitalar e de gestão por mulheres, apontando como principais obstáculos profissionais o papel da maternidade, dificuldades na socialização e problemas associados ao domínio masculino na prática da medicina. Também Arrizabalaga e Valls-Lobet (2005) constatarem esta mesma situação, referindo fatores culturais e de cuidado à família como potenciadores da menor promoção das mulheres médicas.

No entanto, e uma vez que a análise dos dados do ano de 1996 nos facultou uma perspetiva evolutiva do panorama da distribuição das especialidades médicas, permitiu-nos também aferir que: cinco das especialidades médicas consideradas como feminizadas no ano de 2015, ainda não existiam, ou não se encontravam consideradas no ano de 1996: nefrologia pediátrica, medicina materno-fetal, neonatologia, neuropediatria e medicina paliativa – possuindo quatro delas uma relação direta com o cuidado a crianças.

Quanto às especialidades médicas consideradas como masculinizadas no ano de 2015, três delas não existiam, ou não se encontravam consideradas no ano de 1996: cardiologia de intervenção, eletrofisiologia cardíaca e ortodontia. Tornaram-se mais feminizadas, entre os anos de 1996 e 2015 as seguintes especialidades: psiquiatria da infância e da adolescência, Imuno-hemoterapia, pediatria, anestesiologia, patologia clínica, cardiologia pediátrica, radioncologia, hematologia clínica e ginecologia-obstetrícia. Por outro lado, e relativamente ao grupo das especialidades consideradas masculinizadas, comparando 1996 com 2015, a representação feminina aumentou percentualmente em todas elas, o que mostra uma evolução positiva do número destas profissionais.

É no entanto de referir que o número total de médicas era no ano de 1996 de 13.059, contra 18.299 médicos, enquanto que em 2015, esse número ascendia a 28.403 médicas, contra 26.064 médicos; isto é, no período em análise houve um aumento de 15.344 médicas e de 7.765 médicos, ou seja, o número de novas profissionais a exercer medicina mais do que duplicou relativamente ao número de novos profissionais.

5. Conclusões

Esta análise permitiu constatar que a maioria das especialidades médicas associadas aos estereótipos ou características relacionadas com o papel social e familiar expectável feminino são ocupadas por mulheres, persistindo a segregação ocupacional por sexo no tempo. Por outro lado, a maioria das especialidades médicas relacionadas com cirurgia continuam a ser ocupadas maioritariamente por médicos.

Importa, também, referenciar que o número de profissionais de cada sexo, em cada especialidade médica, vai de encontro à investigação realizada por Anker (1997) sobre os estereótipos e comportamentos expectáveis de género, assim como com outras investigações realizadas, por exemplo, Nogueira e Saavedra (2007), que concluem que os estereótipos de género condicionam escolhas académicas, gerando assimetrias e, conseqüentemente, segregação ocupacional por sexo, bem como por Scheffer e Cassenote (2013) que consideram existir diversas formas de abordar a desigualdade entre estes profissionais (médicos e médicas), sendo os papéis expectáveis associados ao género, uma delas.

Falar das escolhas académicas remete-nos também para as segregações escondidas que permeiam as instituições de ensino; e também da permanência de um conjunto de determinações sociais que atribuem ao trabalho do homem um peso e um valor maior do que ao trabalho da mulher (Ávila, 2014). Zulkifli e Rogayah (1997) vão mais além, salientando que a desigualdade na repartição do trabalho não remunerado entre homens e mulheres é um dos fatores de maior relevância na escolha das especialidades, na progressão da carreira e no desenvolvimento ou não da profissão.

Constatou-se também a evidência da existência de um menor número de mulheres na gestão dos serviços de saúde, no caso português, e no ano de 2015, consonante, com a investigação de Arrizabalaga e Valls-Llobet (2005). Observou-se nas últimas décadas, ao romper do hiato de género que, durante séculos, restringiu a entrada das mulheres na profissão médica, de uma profissão dominada pelos homens, a medicina passa a ser uma profissão onde a maioria dos novos médicos licenciados são mulheres (INE, 2012).

Embora esta tenha sido uma análise exploratória, desenvolvida num primeiro momento, apontamos como linhas de investigação futura a análise da evolução da distribuição das especialidades médicas, por sexo, numa perspetiva temporal mais aprofundada, assim como uma análise por grupo etário. Estudos futuros deverão procurar descobrir quais são os fatores que influenciam as preferências na escolha da especialidade por parte das estudantes de medicina e, procurar entender porque é que as mulheres não têm sido atraídas para determinadas especialidades.

As instituições de ensino deverão promover mudanças a fim de atender às novas necessidades quanto ao perfil da profissão médica em termos de feminização e estilo de vida moderno, sendo tempo de reconsiderar alguns dos valores arraigados que reforçam estas desigualdades (Ávila, 2014). A segregação ocupacional iniciada durante o processo de formação reproduz guetos masculinos e femininos no interior da profissão e limita o acesso das mulheres a especialidades e áreas de maior prestígio e remuneração (Ávila, 2014; Bourdieu, 2007). Dessa forma, a estrutura das distâncias entre o valorizado/desvalorizado na relação de dominação entre os sexos permanece, apesar das mudanças. Trata-se da “permanência dentro da mudança e pela mudança”. Bourdieu (2007) explica que, quando uma profissão (ou determinada posição profissional) se feminiza, ocorre paralelamente uma deserção por parte dos homens.

Isso porque, ao se tornar mais feminina, essa profissão passa também a ser menos valorizada, passa a ser vista como inferior. Talvez por isso se observe um menor número de homens nas especialidades vistas como mais femininas.

De acordo com Ávila (2014), a pediatria e a ginecologia (no Brasil) foram as especialidades que mais sofreram esta dita “evasão masculina”. Por outro lado, a presença feminina é muito limitada em áreas predominantemente masculinas, em especial nas cirúrgicas que utilizam tecnologia avançada. São essas as áreas de maior prestígio, e precisamente nelas as mulheres estão em menor número (Cruz, 2010; Franco & Santos, 2010; Santos, 2010; Siqueira & Rocha, 2008).

Finalmente, importa refletir sobre os fatores que estão na base da sua existência e que mudanças podem e devem ser implementadas de forma a minorar a desigualdade e discriminação ocupacional por razão de sexo, como por exemplo, a implementação de políticas educativas e medidas sociais para a igualdade, que devem ser implementadas desde os primeiros anos escolaridade (incluindo o ensino pré-escolar), uma vez que a hierarquia de género se forma nos primeiros anos de vida da criança; o cuidado na utilização de linguagem inclusiva (em género) por pais, educadores, professores; e finalmente, o desenvolvimento de leis que potenciem a trabalhadores e a trabalhadoras o desenvolvimento da sua atividade profissional em plena consonância com os papéis familiares (por exemplo: licença de maternidade e paternidade em tempos iguais; tratamento igual por parte das entidades empregadoras no acompanhamento parental (de mães e de pais) a todas as atividades relacionadas com o apoio escolar e na saúde.

6. Referências

- Allen I. (2005). Women doctors and their careers: what now?. *British Medical Journal*, 331 (7516) [online].
- Anker, R. (1997). La segregación ocupacional entre hombres y mujeres. Repaso de las teorías. *Revista Internacional del Trabajo*, Vol. 116, nº 3, 343-370.
- Anker, R. (1998). *Gender and Jobs: Sex segregation of occupations in the world*. Geneve, International Labour Office. ILO.
- Arrizabalaga, P., & Valls-Lobet, C. (2005). Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Medicina Clínica*. 125 (3), 103-137.
- Ávila, R. (2014). Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38 (1), 142-149.
- Bergano, S. (2015). A escola e a sua participação na construção das desigualdades de género. Universitat Politècnica de València. *Innodoct*. <http://dx.doi.org/10.4995/INNODOCT.15.1065>.
- Blau, F., & Devaro, J. (2007). New Evidence on Gender Differences in Promotion Rates: Na Empirical Analysis of a Sample of New Hires. *Industrial Relations*. Vol. 64, nº 3, 511-549.
- Bourdieu, P. (2007). *A dominação masculina*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil.
- Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Buer, G., Hämmig, O., Knecht, M. & Klaghofer, R. (2010). The impact of gender and parenthood on physicians' careers: professional and personal situation seven years after graduation. *BMC Health Services Research Zurich* 10 (40), 1-10 [online].
- Castaño, C., Sánchez-Herrero, M., & Iglesias, C. (2002). Tecnología y empleo en perspectiva de género. El caso español al final del siglo XX. *Economía Industrial*, Nº 348, 27-40.
- Coelho, L. (2014). Mulheres, Família e Desigualdade em Portugal. Tese de Doutoramento do Programa Doutoral em Economia, na Especialidade de Estruturas Sociais da Economia e História Económica. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

- Casaca, S. (2010). As desigualdades de género em tempos de crise: Um contributo para a reflexão sobre as implicações da vulnerabilidade laboral. *Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Revista Sociedade e Trabalho*, n.º 41, 183-204.
- Cruz, E.M. (2010). "Confesso que vivi": quatro décadas dedicadas ao estudante de Medicina. *Cadernos ABEM*; 6, 55-61.
- Franco, T. & Santos, E. (2010). Mulheres e cirurgiãs. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*; 37(1), 72-77.
- Hidalgo, A. Pérez, S., & Calderón, M. (2007). La discriminación laboral de la mujer: una década a examen. *Secretaría general de políticas de igualdad, Instituto de la mujer. Universidad de Castilla-La Mancha*.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Estatísticas no feminino: ser mulher em Portugal: 2001-2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Lacomblez, M. (2008). A feminização dos meios de trabalho definidos em masculinidade: debates de normas e desenvolvimento. *Laboreal*, vol 4 (1), 39-45.
- Lupica, C. (2015). Instituciones laborales y políticas de empleo. Avances estratégicos y desafíos pendientes para la autonomía económica de las mujeres. *Serie Asuntos de Género, Nº 125*. CEPAL. Naciones Unidas.
- Macmurray, J.E., Angus, G., Cohen, M., Gavel, P., Harding, J., Horvath, J., Paice, E.; Schmittiel, J. & Grumbach, K. (2002). Women in Medicine: A four-nation comparison. *JAMWA* 57 (4), 185-190 [online].
- Nogueira, C., & Saavedra, L. (2007). Estereótipos de género: conhecer para os transformar. In *A Dimensão de Género nos Produtos Educativos Multimédia*. Lisboa: Ministério da Educação, p.11-30. Consultado em 11/11/2016. Disponível em http://www.crie.min-edu.pt/files/@crie/1220024513_03_SACAUSEF_III_10a30.pdf.
- Nunes, M. (2009). O feminino e o masculino nos materiais pedagógicos: (in)visibilidades e (des)equilíbrios. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. Presidência do Conselho de Ministros.
- Pastor, I.; Belzunegui, A., & Pontón, P. (2012). Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30, 2, 497-518.
- Perista, H., Cardoso, A., Brázia, A., Abrantes, M., Perista, P., & Quinta, E. (2016). Os usos do tempo de homens e de mulheres em Portugal – Policy Brief. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.
- Scheffer, M., & Cassenote, A. (2013). A feminização da medicina no Brasil. *Revista Bioética*, 21, 268-77.
- Saavedra, L. Araújo, A. Oliveira, J., & Stephens, C. (2014). Looking through glass walls: Women engineers in Portugal. *Women's Studies International Forum* 45, 27-33.
- Santos, T.S. (2010). Divisão sexual do trabalho na profissão médica e atividades Acadêmicas. VIII Congresso Iberoamericano de Ciência, tecnologia e género, p.4 [online]. [acedido agosto 2011].
- Siqueira, V. & Rocha, G. (2008). A construção de diferenças de género entre estudantes de medicina. *Cadernos Pagu*, 30, 231-268.
- Taylor, K.S, Lambert, T.W, & Goldacre, M.J. (2009). Career progression and destinations, comparing men and women in the NHS: postal questionnaire surveys. *British Medical Journal*, 338 (b1735) [online].
- Vaquero, A. (2010). *As mulleres na universidade española. Situación actual e perspectivas. Análise em cifras*. Servizo de Publicaciones Universidad de Vigo.
- Zulkifli, A., & Rogayah, J. (1997). Career Preferences of Male and Female medical Students in Malaysia. *Medical Journal Malaysia*, 52, 1, 76-81.