

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Feminização ainda sem liderança: mulheres nas sociedades médicas brasileiras

Ursula Bueno do Prado Guirro, Giovanna Ovenhausen Azevedo, Maria Beatriz Verneque Machado, Carla Corradi-Perini, Elda Coelho De Azevedo Bussinguer

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.16533>

Submetido em: 2026-06-13

Postado em: 2026-06-16 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Feminização ainda sem liderança: mulheres nas sociedades médicas brasileiras

Úrsula Bueno do Prado Guirro, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4879-3057>

Giovanna Ovenhausen Azevedo, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6200-2914>

Maria Beatriz Verneque Machado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8086-0186>

Carla Corradi-Perini, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9340-8704>

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, Espírito Santo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211>

RESUMO

A feminização da medicina brasileira avançou nas últimas décadas e as mulheres representavam 49,3% dos médicos em atividade em 2024, com projeção de 50,9% para 2025. Pouco se documentou, contudo, sobre a repercussão dessa transformação na liderança das sociedades de especialidades. Este estudo analisou a distribuição por sexo nas presidências e direções científicas das 40 sociedades médicas brasileiras das especialidades de predominância feminina e masculina, à luz da teoria tridimensional da justiça de Nancy Fraser. Verificou-se a aderência da composição dos cargos à demografia da especialidade e a distância em relação à paridade de 50%. O desenho é observacional, documental, transversal e censitário. A análise inferencial combinou Poisson binomial, regressão logística, teste exato de Fisher e teste binomial bicaudal, com ajuste de Holm. As mulheres ocupavam 17,5% das presidências e 10,8% das direções científicas. Onde eram maioria na força de trabalho, sua presença na liderança ficou abaixo do esperado pela demografia ($p < 0,001$). Onde eram minoria, a proporção observada foi compatível com a demografia ($p = 0,424$), mas distante da paridade de 50%. A composição da força de trabalho não predisse o sexo do presidente (OR 1,22; IC 95% 0,81 a 1,83). A liderança das sociedades médicas brasileiras é majoritariamente masculina, independentemente da composição demográfica da especialidade, e o crescimento da presença feminina na base não alcançou os cargos de decisão.

Palavras-chave: equidade de gênero, médicas mulheres, liderança, sociedades médicas, justiça social.

ABSTRACT

Feminization still without leadership: women in Brazilian medical societies

The feminization of medicine in Brazil has advanced over the last decades. Women accounted for 49.3% of practicing physicians in 2024, with a projection of 50.9% for 2025. Little has been documented, however, regarding how this transformation has reached the leadership of specialty societies. This study analyzed the sex distribution in the presidencies and scientific directorates of the 40 Brazilian medical societies of specialties with female or male predominance in the workforce, in light of Nancy Fraser's three-dimensional theory of justice. We assessed whether the composition of these positions adheres to the demographic profile of the specialty and how far it deviates from 50% parity. The design is observational, documentary, cross-sectional, and census-based. Inferential analysis combined the Poisson binomial distribution, logistic regression, Fisher's exact test, and a two-sided binomial test, with Holm correction. Women held 17.5% of presidencies and 10.8% of scientific directorates. In specialties where women constituted the majority of the workforce, their representation in leadership fell below demographic expectations ($p < 0.001$). In specialties where they were a minority, the observed proportion was consistent with the demographics ($p = 0.424$) but remained distant from 50% parity. The proportion of women in the workforce did not predict the sex of the president (OR 1.22; 95% CI 0.81 to 1.83). The leadership of Brazilian medical specialty societies is predominantly male, regardless of the demographic composition of the specialty, and the growth of women's presence in the workforce has not reached decision-making positions.

Keywords: gender equity; physicians, women; leadership; societies, medical; social justice.

RESUMEN

Feminización aún sin liderazgo: mujeres en las sociedades médicas brasileñas

La feminización de la medicina brasileña avanzó en las últimas décadas. Las mujeres representaban el 49,3% de los médicos en actividad en 2024, con proyección del 50,9% para 2025. Sin embargo, poco se ha documentado sobre la repercusión de esa transformación en el liderazgo de las sociedades de especialidades. Este estudio analizó la distribución por sexo en las presidencias y direcciones científicas de las 40 sociedades médicas brasileñas de las especialidades con predominio femenino y masculino en la fuerza de trabajo, a la luz de la teoría tridimensional de la justicia de Nancy Fraser. Se verificó la adherencia de la composición de los cargos a la demografía de la especialidad y la distancia en relación con la paridad del 50%. El diseño es observacional, documental, transversal y censal. El análisis inferencial combinó distribución binomial de Poisson, regresión logística, prueba exacta de Fisher y prueba binomial bilateral, con ajuste de Holm. Las mujeres ocupaban el 17,5% de las presidencias y el 10,8% de las direcciones científicas. Donde eran mayoría en la fuerza de trabajo, su presencia en el liderazgo quedó por debajo de lo esperado por la demografía ($p < 0,001$). Donde eran minoría, la proporción observada fue compatible con la demografía ($p = 0,424$), aunque distante de la paridad del 50%. La composición de la fuerza de trabajo no predijo el sexo del presidente (OR 1,22; IC 95% 0,81 a 1,83). El liderazgo de las sociedades médicas brasileñas es mayoritariamente masculino, independientemente de la composición demográfica de la especialidad, y el crecimiento de la presencia femenina en la base no alcanzó los cargos de decisión.

Palabras clave: equidad de género; médicas mujeres; liderazgo; sociedades médicas; justicia social.

INTRODUÇÃO

A feminização é um fenômeno em construção na medicina brasileira. Segundo a Demografia Médica 2025 (Mário Scheffer et al., 2025), as mulheres respondem por 61,8% das matrículas em medicina e por 58,2% dos médicos em residência. No conjunto da força de trabalho, a transição é mais lenta porque as coortes formadas em décadas anteriores, majoritariamente masculinas, permanecem em atividade. Em 2024, elas eram 49,3% dos profissionais em atividade, com projeção de 50,9% para 2025 e de 55,7% para 2035.

A presença numérica, porém, não traduz por si só a participação feminina na profissão. Permanece sem documentação empírica se a transformação demográfica se estendeu aos espaços de decisão. A pergunta é relevante porque a liderança das sociedades médicas define a agenda científica, orienta a formação profissional, dialoga com órgãos reguladores e fixa os critérios de reconhecimento e prestígio dentro da medicina. A concentração desses cargos em um grupo demográfico específico afeta a formulação de políticas de saúde, a definição das prioridades de pesquisa e a legitimidade das decisões tomadas em nome da categoria médica, com efeitos que alcançam toda a população atendida pelo sistema de saúde.

A literatura científica internacional mostra que o movimento demográfico não se traduziu em feminização da liderança. Julie Silver et al. (2019) examinaram 39 sociedades médicas estadunidenses e encontraram representação feminina na presidência abaixo da participação das mulheres na força de trabalho em 31 delas (79,5%). Morgan Levy et al. (2025) confirmaram o padrão em revisão sistemática com 94 artigos e 22.478 participantes. Na Índia, Pratishta Singh et al. (2024) verificaram que 9 (19,5%) das 46 associações médicas avaliadas tinham mulheres na presidência. Na Espanha, Claudia Santucci et al. (2023) acompanharam a feminização do corpo médico de 36,8% em 2000 para 54,3% em 2016, sem registrar movimento equivalente nas posições de liderança. Marie Bismark et al. (2015) entrevistaram 30 líderes médicos australianos e identificaram culturas institucionais masculinizadas e distribuição desigual das responsabilidades familiares como causas centrais da sub-representação feminina.

No Brasil, Luzinete Simões Minella (2017) estudou a feminização da carreira médica na perspectiva interseccional e mostrou que o aumento do número de mulheres na profissão coexiste com desigualdades persistentes de gênero, raça e classe na escolha de especialidade e nas condições de trabalho. A Demografia Médica 2025 descreve a composição da força de trabalho por sexo e especialidade, mas permanece escassa a produção que articula esses dados à ocupação dos cargos de liderança. Sarah Motter et al. (2022) documentaram a sub-representação feminina nas especialidades cirúrgicas, mas investigações que abrangem o conjunto das especialidades são raras e raramente articulam gênero a outros marcadores estruturais como raça, classe e região, embora a profissão médica brasileira tenha se constituído historicamente pelo entrecruzamento desses eixos. A premissa de que a feminização da base profissional conduziria, por si só, à redistribuição do poder institucional carece de verificação empírica. O presente estudo enfrenta essa lacuna ao cobrir, em desenho censitário, o conjunto das sociedades brasileiras de especialidades médicas.

Nancy Fraser (2022, 2024) oferece o referencial para problematizar a feminização a partir da teoria tridimensional da justiça. Para a autora, a justiça exige análise articulada de três dimensões distintas. A redistribuição refere-se à divisão do trabalho e dos recursos materiais. O reconhecimento refere-se aos padrões institucionalizados de valoração e ao status atribuído aos grupos. A representação política refere-se a quem tem voz nas decisões coletivas. Gênero é, em Fraser, categoria bivalente, atravessada pela redistribuição e pelo reconhecimento, à qual a representação política adiciona uma camada própria. O critério normativo das três dimensões é a paridade de participação, a possibilidade efetiva de todas as pessoas participarem da vida social em condição de igualdade. Aplicada às sociedades médicas, a teoria fraseriana permite perguntar se a feminização da força de trabalho, conquistada na dimensão redistributiva, foi acompanhada por ganhos correspondentes no reconhecimento e na representação.

O objetivo deste estudo foi analisar a distribuição por sexo nos cargos de presidência e direção científica das sociedades brasileiras de especialidades médicas, à luz da teoria tridimensional da justiça de Nancy Fraser, e avaliar tanto a aderência à composição demográfica da força de trabalho quanto a distância em relação à paridade.

MÉTODO

O estudo é observacional, documental, transversal, quantitativo e censitário. A população reuniu as 40 sociedades médicas brasileiras das especialidades em que predominam mulheres ou homens na força de trabalho. Os dados são secundários e provêm de fontes públicas. Referem-se a pessoas que ocupam função institucional de representação coletiva da categoria médica. Não houve contato com participantes, coleta de dados pessoais sensíveis nem acesso a informações restritas.

A pesquisa não se enquadra no sistema CEP/Conep, nos termos do art. 1º, parágrafo único, inciso III, da Resolução CNS nº 510/2016, por se basear em informações de acesso público (Lei nº 12.527/2011). O tratamento dos dados observou o art. 7º, inciso IV, da Lei nº 13.709/2018, que dispensa o consentimento quando os dados foram tornados manifestamente públicos pelo titular. Os dados utilizados não incluem informações pessoais sensíveis e foram apresentados de forma agregada, sem identificação individual dos ocupantes dos cargos.

População e critérios de seleção

A Resolução CFM nº 2.380/2024 (Conselho Federal de Medicina, 2024) descreve 55 especialidades reconhecidas e indica, para cada uma, a entidade representativa de abrangência nacional. A coleta dos dados ocorreu nos sítios institucionais de cada sociedade. A identificação das especialidades partiu da Demografia Médica no Brasil 2025 (Mário Scheffer et al., 2025, p. 215-216), que reúne a distribuição de médicas e médicos em atividade no país por sexo e especialidade.

O critério de seleção foi a razão masculino/feminino (RMF), indicador da própria Demografia Médica, definido como o número de médicos homens dividido pelo número de médicas mulheres com registro ativo na especialidade. O desenho do estudo privilegiou a comparação entre os extremos da composição demográfica para maximizar a sensibilidade analítica do contraste. Foram incluídas as 20 especialidades com maior predominância feminina ($RMF < 1$) e as 20 com maior predominância masculina ($RMF \geq 1$). As 15 especialidades intermediárias foram excluídas. A Sociedade Brasileira de Angiologia foi excluída porque compartilhava diretoria com a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, contabilizada anteriormente. Também foram excluídas as sociedades cujo cargo não existia ou cuja informação não pôde ser localizada.

Variáveis

A variável independente principal foi a proporção feminina da força de trabalho de cada especialidade, tratada como variável contínua. A RMF, derivada dessa proporção, serviu para o agrupamento das sociedades. As variáveis dependentes foram o sexo do ocupante da presidência e o sexo do ocupante da direção científica, ambas dicotômicas.

Coleta de dados

A coleta ocorreu entre janeiro e março de 2026 por busca manual nos sítios eletrônicos oficiais das sociedades. Quando o cargo formal de direção científica não constava na estrutura organizacional, considerou-se o cargo funcionalmente equivalente responsável pela coordenação científica ou editorial da instituição. Os dados foram tabulados em planilha estruturada e estão disponíveis sob solicitação às autoras.

Categoria sexo e protocolo de inferência

O estudo trabalhou com a categoria sexo presumido, não com a categoria gênero, e a escolha decorre da natureza dos dados disponíveis. Os registros públicos consultados informam o nome próprio dos ocupantes dos cargos, e não a identidade de gênero autodeclarada. A inferência por nome captura, portanto, o sexo provável, com os limites que essa convenção impõe como pessoas transgênero, não binárias ou cuja autodeclaração diverge do nome de registro não são identificadas pela técnica. As autoras reconhecem essa limitação e tratam os achados como aproximação da distribuição binária mais provável, sem pretensão de capturar a diversidade de gênero efetivamente presente nas sociedades médicas brasileiras.

A inferência seguiu protocolo em três etapas. A primeira partiu do primeiro nome, conforme as convenções da nomenclatura brasileira, que conferem marcação clara à maioria dos nomes. A segunda cobriu os casos ambíguos por consulta a fontes públicas, na ordem: Plataforma Lattes do CNPq, sítios institucionais das sociedades e perfis em LinkedIn. A terceira submeteu todos os nomes à ferramenta Genderize.io (Genderize.io, 2026) para inferência probabilística, com o país Brasil fixado para refletir a distribuição local dos nomes. Adotou-se o limiar de 85% de probabilidade para validar a atribuição. Resultados abaixo

desse valor seriam classificados como indeterminados, situação que não ocorreu. A análise tratou os dados de forma agregada, sem identificação individual dos ocupantes.

Análise estatística

A inferência estatística avaliou se a distribuição observada se ajusta a modelos nulos teóricos derivados da composição demográfica e do princípio da paridade. Embora o estudo seja censitário, os testes estatísticos avaliam a compatibilidade dos dados observados com modelos nulos teóricos, e não a generalização para uma população externa. A análise seguiu cinco etapas.

A etapa descritiva calculou as frequências absolutas e relativas do sexo do ocupante na presidência e na direção científica. O cálculo cobriu o conjunto das sociedades e cada grupo em separado. O método de Wilson forneceu os intervalos de confiança de 95% das proporções.

A segunda etapa verificou se o número observado de mulheres na liderança era compatível com o esperado pela composição demográfica das especialidades. Cada sociedade tem probabilidade esperada própria, que corresponde à proporção de mulheres na força de trabalho da sua especialidade. A distribuição adequada nesse cenário é a Poisson binomial, definida como soma de variáveis Bernoulli independentes com probabilidades heterogêneas. O teste exato dessa distribuição foi aplicado em cada grupo. A esperança do número de líderes mulheres correspondeu à soma das proporções femininas das sociedades de cada grupo. A hipótese nula estabeleceu que o observado era igual a essa soma.

A terceira etapa testou se a composição de gênero da força de trabalho predizia o sexo do ocupante. Modelos de regressão logística binária foram ajustados para esse fim. O desfecho foi dicotômico e adotou o código 1 para sexo feminino. O preditor foi a proporção feminina da força de trabalho, tratada como variável contínua. A medida de associação foi a *odds ratio* por incremento de 10 pontos percentuais na proporção feminina, com intervalo de confiança de 95%. Houve um modelo para a presidência e outro para a direção científica.

A quarta etapa comparou diretamente os dois grupos quanto à proporção de mulheres em cada cargo. O teste exato de Fisher cumpriu essa função. A *odds ratio* condicional veio acompanhada do intervalo de confiança de 95%.

A quinta etapa testou a hipótese da paridade. O teste binomial exato bicaudal avaliou a hipótese nula de proporção igual a 0,5. A aplicação cobriu o conjunto das sociedades e cada grupo em separado. Essa pergunta difere da aderência demográfica e dialoga diretamente com o referencial fraseriano da paridade de participação.

O método de Holm corrigiu os valores de p das análises confirmatórias, considerada a família composta pelos testes Poisson binomial, pelas duas regressões logísticas, pelo Fisher e pelos testes binomiais de paridade. O nível de significância adotado foi de 5%. O estudo é censitário e o tamanho da população ($n = 40$ sociedades) limita o poder estatístico para a detecção de efeitos moderados. Por essa razão, a análise prioriza intervalos de

confiança como medida principal da incerteza. As análises foram realizadas no R versão 4.6.0 (R Core Team, 2026).

RESULTADOS

Distribuição geral

Das 40 sociedades analisadas, 33 (82,5%, IC 95% 68,1 a 91,3) tinham homens na presidência e 7 (17,5%, IC 95% 8,7 a 31,9) tinham mulheres. Na direção científica, entre 37 sociedades com informação disponível, 33 (89,2%, IC 95% 75,3 a 95,7) tinham homens e 4 (10,8%, IC 95% 4,3 a 24,7) tinham mulheres. A Tabela 1 apresenta o grupo de predominância feminina e a Tabela 2, o grupo de predominância masculina.

Tabela 1 – Especialidades com predominância feminina na força de trabalho (RMF < 1), sexo do ocupante da presidência e da direção científica das respectivas sociedades médicas nacionais

especialidade	RMF	presidência	diretoria científica
Dermatologia	0,24	M	M
Pediatria	0,30	M	M
Endocrinologia e Metabologia	0,34	M	F
Alergia e Imunologia	0,36	F	M
Genética Médica	0,49	F	M
Hematologia e Hemoterapia	0,53	M	M
Ginecologia e Obstetrícia	0,58	F	M
Geriatria	0,61	M	M
Reumatologia	0,62	M	M
Infectologia	0,67	M	M
Medicina de Família e Comunidade	0,69	M	M
Homeopatia	0,69	F	M
Mastologia	0,72	M	M*
Patologia	0,75	M	M
Pneumologia	0,77	M	F
Nutrologia	0,79	M	ND

Tabela 1 – Especialidades com predominância feminina na força de trabalho (RMF < 1), sexo do ocupante da presidência e da direção científica das respectivas sociedades médicas nacionais

Clínica Médica	0,80	M	M
Nefrologia	0,80	M	M
Gastroenterologia	0,84	M	M
Acupuntura	0,87	M	M

Legenda: RMF = razão masculino/feminino. M = masculino. F = feminino. ND = dado não disponível. * = cargo científico equivalente (editor da revista oficial ou coordenador científico). Angiologia (RMF = 4,07) foi excluída por diretoria compartilhada com a Cirurgia Vascular. Fonte: sítios eletrônicos das sociedades médicas e Scheffer et al. (2025).

#PraTodoMundoVer. A Tabela 1 tem 21 linhas e 4 colunas. Apresenta o cabeçalho seguido de 20 sociedades médicas. As colunas indicam o nome da sociedade, a razão masculino/feminino (RMF) da especialidade, o sexo da pessoa que ocupa a presidência e o sexo da pessoa que ocupa a direção científica. As RMF variam de 0,24 em Dermatologia a 0,87 em Acupuntura, todas indicando predominância feminina na força de trabalho. Das 20 sociedades, 4 têm mulher na presidência: Alergia e Imunologia, Genética Médica, Ginecologia e Obstetrícia, e Homeopatia. Na direção científica, das 19 sociedades com informação disponível, 2 são ocupadas por mulheres: Endocrinologia e Metabologia, e Pneumologia.

Tabela 2 – Especialidades com predominância masculina na força de trabalho (RMF > 1), sexo do ocupante da presidência e da direção científica das respectivas sociedades médicas nacionais.

especialidade	RMF	presidência	diretoria científica
Coloproctologia	1,54	M	M
Medicina do Tráfego	1,61	M	M
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	1,61	M	M
Medicina de Emergência	1,69	F	M
Cardiologia	1,79	M	F
Medicina do Trabalho	1,90	M	F
Cirurgia Vascular	2,29	M	M
Cirurgia Plástica	2,78	M	M*
Medicina Legal e Perícia Médica	2,78	F	M
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	2,90	F	M
Cirurgia Geral	3,09	M	M*
Cirurgia Oncológica	3,93	M	M
Medicina Esportiva	3,94	M	M
Angiologia	4,07	-	-
Cirurgia da Mão	4,70	M	ND
Cirurgia Torácica	5,34	M	M

Tabela 2 – Especialidades com predominância masculina na força de trabalho (RMF > 1), sexo do ocupante da presidência e da direção científica das respectivas sociedades médicas nacionais.

Cirurgia do Aparelho Digestivo	5,46	M	M
Cirurgia Cardiovascular	8,25	M	M
Neurocirurgia	8,61	M	M*
Ortopedia e Traumatologia	11,50	M	ND
Urologia	27,69	M	M*

Legenda: RMF = razão masculino/feminino. M = masculino. F = feminino. ND = dado não disponível. * = cargo científico equivalente (editor da revista oficial ou coordenador científico). Angiologia (RMF = 4,07) foi excluída por diretoria compartilhada com a Cirurgia Vascular.

Fonte: sítios eletrônicos das sociedades médicas e Scheffer et al. (2025).

#PraTodoMundoVer. A Tabela 2 tem 21 linhas e 4 colunas. Apresenta o cabeçalho seguido de 20 sociedades médicas. As colunas indicam o nome da sociedade, a razão masculino/feminino (RMF) da especialidade, o sexo da pessoa que ocupa a presidência e o sexo da pessoa que ocupa a direção científica. As RMF variam de 1,02 em Medicina Preventiva e Social a 27,69 em Urologia, indicando predominância masculina na força de trabalho. Das 20 sociedades, 3 têm mulher na presidência: Medicina de Emergência, Medicina Legal e Perícia Médica, e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Na direção científica, das 18 sociedades com informação disponível, 2 são ocupadas por mulheres: Cardiologia e Medicina do Trabalho.

Aderência à composição demográfica

No grupo de predominância feminina, 4 das 20 sociedades (20,0%, IC 95% 8,1 a 41,6) tinham mulheres na presidência. As quatro foram Alergia e Imunologia, Genética Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Homeopatia. O esperado pela demografia era de 12,5 mulheres na presidência. A distribuição observada diferiu da esperada (Poisson binomial exato, $p < 0,001$; p Holm $< 0,001$).

Na direção científica desse mesmo grupo, 2 das 19 sociedades com informação disponível (10,5%, IC 95% 2,9 a 31,4) eram ocupadas por mulheres. As duas foram Endocrinologia e Metabologia e Pneumologia. O esperado pela demografia era de 11,9 ocupantes mulheres. A diferença em relação ao observado foi estatisticamente significativa (Poisson binomial exato, $p < 0,001$; p Holm $< 0,001$).

Em Dermatologia, Pediatria e Endocrinologia e Metabologia, onde as mulheres compunham mais de 70% da força de trabalho, a presidência era masculina nas três sociedades. Apenas a direção científica de Endocrinologia e Metabologia era ocupada por uma mulher.

No grupo de predominância masculina, 3 das 20 sociedades (15,0%, IC 95% 5,2 a 36,0) tinham mulheres na presidência. As três foram Medicina de Emergência, Medicina Legal e Perícia Médica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. O esperado pela

demografia era de 4,8 mulheres na presidência. A diferença em relação ao observado não atingiu significância estatística (Poisson binomial exato, $p = 0,424$).

Na direção científica do grupo masculino, 2 das 18 sociedades com informação disponível (11,1%, IC 95% 3,1 a 32,8) tinham mulheres. As duas foram Cardiologia e Medicina do Trabalho. O esperado pela demografia era de 4,5 mulheres. A diferença não atingiu significância estatística (Poisson binomial exato, $p = 0,259$).

Associação entre composição da força de trabalho e sexo da liderança

A regressão logística avaliou se a proporção feminina da força de trabalho predizia o sexo do ocupante nas 40 sociedades analisadas. Para a presidência, a *odds ratio* por incremento de 10 pontos percentuais na proporção feminina foi de 1,22 (IC 95% 0,81 a 1,83; $p = 0,340$). Para a direção científica, com base nas 37 sociedades com informação disponível, a *odds ratio* foi de 1,17 (IC 95% 0,69 a 1,96; $p = 0,563$). Em ambos os modelos, os intervalos de confiança incluíram o valor de ausência de efeito ($OR = 1$), sem evidência de associação estatisticamente significativa entre a composição demográfica e o sexo do líder.

O teste exato de Fisher comparou diretamente os dois grupos. Para a presidência, a *odds ratio* condicional foi de 0,71 (IC 95% 0,09 a 4,95; $p = 1,00$). Para a direção científica, foi de 1,06 (IC 95% 0,07 a 16,27; $p = 1,00$). Os intervalos de confiança são largos e incluem o valor de ausência de efeito ($OR = 1$). Esse resultado reflete a potência limitada do teste e deve ser interpretado como ausência de capacidade de detectar diferença, não como evidência de igualdade entre os grupos.

A proporção observada de mulheres líderes foi semelhante entre os grupos. Na presidência, oscilou entre 15,0% e 20,0%. Na direção científica, entre 10,5% e 11,1%. A razão masculino/feminino variou de 0,24 na Dermatologia a 27,69 na Urologia, uma amplitude superior a cem vezes. Essa variação não correspondeu a diferença mensurável na proporção de mulheres na liderança.

Distância em relação à paridade

A análise da paridade testou se a proporção observada diferia de 50%. Nas 40 sociedades analisadas, a presidência apresentou 17,5% de mulheres, valor distante da paridade (binomial exato, $p < 0,001$). Nas 37 sociedades com informação disponível na direção científica, a proporção foi de 10,8%, também distante da

paridade ($p < 0,001$). Os mesmos resultados se mantiveram em cada grupo separadamente. No grupo de predominância feminina, a presidência (20,0%) e a direção científica (10,5%) diferiram da paridade ($p = 0,012$ e $p < 0,001$, respectivamente). No grupo de predominância masculina, a presidência (15,0%) e a direção científica (11,1%) também diferiram ($p = 0,003$ e $p = 0,001$). O grupo de predominância masculina, que não havia se afastado do esperado pela composição demográfica, diferiu da paridade em ambos os cargos. A Tabela 3 sintetiza as análises inferenciais.

Tabela 3 – Síntese das análises inferenciais sobre a distribuição por sexo nas lideranças das 40 sociedades médicas brasileiras analisadas

Análise	cargo	conjunto	observado n/N (%)	esperado n (%)	estimativa (IC 95%)	p	p Holm
Aderência à composição demográfica (Poisson binomial exato)	Presidência	Predominância feminina	4/20 (20,0%)	12,5 (62,5)	-	< 0,001	< 0,001
	Diretoria científica	Predominância feminina	2/19 (10,5%)	11,9 (62,8)	-	< 0,001	< 0,001
	Presidência	Predominância masculina	3/20 (15,0%)	4,8 (23,9)	-	0,424	1,000
	Diretoria científica	Predominância masculina	2/18 (11,1%)	4,5 (25,2)	-	0,259	1,000
Associação contínua (regressão logística)	Presidência	40 sociedades	7/40 (17,5%)	-	OR 1,22 (0,81-1,83) ^a	0,340	1,000
	Diretoria científica	37 sociedades	4/37 (10,8%)	-	OR 1,17 (0,69-1,96) ^a	0,563	1,000
Comparação entre grupos (teste exato de Fisher)	Presidência	feminina vs masculina	4/20 vs. 3/20	-	OR 0,71 (0,09-4,95)	1,000	-
	Diretoria científica	feminina vs masculina	2/19 vs. 2/18	-	OR 1,06 (0,07-16,27)	1,000	-
Distância em relação à paridade 50% (binomial exato, $H_0: \pi = 0,5$)	Presidência	40 sociedades	7/40 (17,5%)	20,0 (50,0%)	-	<0,001	-
	Diretoria científica	37 sociedades	4/37 (10,8%)	18,5 (50,0%)	-	<0,001	-
	Presidência	Predominância feminina	4/20 (20,0%)	10,0 (50,0%)	-	0,012	-
	Diretoria científica	Predominância feminina	2/19 (10,5%)	9,5 (50,0%)	-	<0,001	-
	Presidência	Predominância masculina	3/20 (15,0%)	10,0 (50,0%)	-	0,003	-

Tabela 3 – Síntese das análises inferenciais sobre a distribuição por sexo nas lideranças das 40 sociedades médicas brasileiras analisadas

	Diretoria científica	Predominância masculina	2/18 (11,1%)	9,0 (50,0%)	-	0,001	-
--	----------------------	-------------------------	--------------	-------------	---	-------	---

Notas. OR: *odds ratio*. IC 95%: intervalo de confiança de 95% calculado pelo método de Wilson para proporções e pelo método de máxima verossimilhança para a regressão logística. p Holm: p valor ajustado pelo método de Holm para múltiplas comparações entre os testes confirmatórios (Poisson binomial e regressão logística). Os testes de sensibilidade contra a paridade e a comparação por Fisher não entraram na correção por terem função distinta. ^a OR por incremento de 10 pontos percentuais na proporção feminina da força de trabalho da especialidade. Esperado: número esperado de mulheres na liderança sob a hipótese nula correspondente. Para a aderência demográfica, esperado igual à soma das proporções femininas específicas das sociedades de cada grupo. Para a paridade, esperado igual a 0,5 vezes o total de sociedades do grupo.

Fonte. Dados das próprias autoras, com base em Scheffer et al. (2025) e nos sítios institucionais das sociedades médicas.

#PraTodoMundoVer. A Tabela 3 tem 9 linhas e 8 colunas. Apresenta o cabeçalho seguido de 8 linhas de dados organizadas em quatro blocos analíticos. O primeiro bloco trata da aderência à composição demográfica e mostra que, no grupo de predominância feminina, 4 das 20 presidências e 2 das 19 direções científicas são ocupadas por mulheres, com diferença significativa em relação ao esperado pela demografia ($p < 0,001$ em ambos). No grupo de predominância masculina, 3 das 20 presidências e 2 das 18 direções científicas são ocupadas por mulheres, sem diferença significativa em relação ao esperado pela demografia. O segundo bloco apresenta a regressão logística para a associação entre proporção feminina na força de trabalho e sexo do ocupante, com *odds ratios* próximos de 1 e intervalos de confiança que incluem o valor de ausência de efeito. O terceiro bloco apresenta o teste exato de Fisher entre os grupos, com p-valores de 1,00 e intervalos de confiança largos. O quarto bloco apresenta a análise da paridade, mostrando que a proporção observada difere significativamente de 50% em todos os grupos e cargos analisados ($p \leq 0,012$).

DISCUSSÃO

O achado central deste estudo é a dissociação entre a composição de gênero da força de trabalho e a composição de gênero da liderança. Entre as sociedades médicas das especialidades mais feminizadas e das mais masculinizadas da medicina brasileira, as mulheres ocupam 17,5% das presidências e 10,8% das direções científicas, em proporções estáveis nos dois grupos.

A literatura internacional documenta o mesmo descompasso em diferentes contextos. Nos Estados Unidos, na Espanha, na Índia e na Austrália, a feminização da base profissional não foi acompanhada de feminização correspondente da liderança institucional (Levy et al., 2025; Santucci et al., 2023; Singh et al., 2024; Bismark et al., 2015). O Brasil reproduz a regularidade observada nesses países, em um contexto em que as mulheres aproximam-se da paridade entre os médicos em atividade (49,3% em 2024, com projeção de 50,9% para 2025) e são maioria em 21 das 55 especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (Scheffer et al., 2025). Esses estudos raramente compararam especialidades nos polos opostos da composição demográfica. A contribuição deste artigo está em mostrar que a estabilidade da liderança masculina não depende da composição demográfica da especialidade.

A feminização da medicina brasileira tem geometria desigual. De acordo com a Demografia Médica 2025, as mulheres representam 49,3% dos médicos em atividade, 47,5% das titulações de especialidade, 17,5% das presidências e 10,8% das direções científicas das sociedades médicas analisadas. Entre médicas e médicos generalistas, ou sejam sem especialidade, que respondiam por 40,9% da força de trabalho médica brasileira em 2024 (Scheffer et al., 2025), a presença feminina tende a ser proporcionalmente maior do que entre especialistas, embora esse segmento não tenha sido capturado pelo presente estudo.

A redistribuição numérica avança de forma estratificada na medicina brasileira, com redução progressiva a cada degrau de titulação e de poder institucional. Investigar essa estratificação foge ao escopo deste estudo, mas a regularidade do gradiente, da base ampla aos cargos de decisão, dialoga com o que Nancy Fraser (2024) descreve como a inseparabilidade entre redistribuição, reconhecimento e representação.

A premissa que orienta boa parte das políticas institucionais de equidade é a de que o aumento da entrada de mulheres na profissão alimentaria, com o tempo, as hierarquias e lideranças (Helitzer et al., 2017). Os dados deste estudo contrariam tal premissa. Após décadas de feminização sustentada e da consolidação de uma base feminina majoritária em 21 especialidades, a liderança das sociedades médicas permanece masculina, e a maior presença de mulheres na base não se traduziu em maior presença de mulheres na direção das sociedades.

Dois modelos teóricos descrevem o fenômeno observado neste estudo. O primeiro é o leaky pipeline, em tradução livre, cano com vazamento, formulado a partir da observação de que mulheres entram na profissão e são progressivamente sub-representadas a cada estágio hierárquico, com presença cada vez mais rarefeita nos cargos superiores (Edmunds et al., 2016). A metáfora do cano captura bem a redução progressiva, mas tende a sugerir que o problema é único e de fluxo, como se bastasse aumentar a entrada para corrigir a saída. A premissa subjacente é a de que a progressão hierárquica seria, em si, neutra.

O segundo modelo articula três barreiras analíticas que operam em momentos diferentes da carreira, operacionalizadas em conjunto por Khatib et al. (2025) em estudo com programas de medicina interna no Canadá. O sticky floor, ou piso pegajoso (Berheide, 1992), designa a dificuldade de progredir desde os estágios iniciais da carreira, mesmo na presença de qualificação equivalente. O broken

ladder, ou escada quebrada, descreve a falha na primeira promoção, na qual proporcionalmente menos mulheres ascendem do primeiro para o segundo degrau hierárquico, com efeitos cumulativos sobre toda a trajetória profissional. O glass ceiling, ou teto de vidro (Cotter et al., 2001), corresponde à barreira invisível que impede o acesso aos cargos de maior poder decisório, mesmo quando os requisitos formais de qualificação estão satisfeitos.

Os achados deste estudo evidenciam, no campo das sociedades médicas brasileiras, um retrato do glass ceiling. A barreira ao acesso à liderança opera em magnitude semelhante nas especialidades de predominância feminina (20,0% de presidentes mulheres) e nas de predominância masculina (15,0%). A composição demográfica da base profissional não predisse o sexo da pessoa que ocupa a liderança. A invariância do padrão em uma amplitude de RMF superior a cem vezes (de 0,24 em Dermatologia a 27,69 em Urologia) caracteriza um teto de vidro que opera de modo uniforme no campo médico brasileiro.

Ocupar cargos diretivos nas sociedades médicas resulta de processos eletivos atravessados por trajetórias profissionais consolidadas ao longo de décadas, redes de contatos profissionais cultivadas em congressos e comissões, vinculação a grandes centros de referência e a programas de pós-graduação reconhecidos, produção científica acumulada, visibilidade em órgãos reguladores e capacidade de mobilizar apoios para chapas eleitorais (Bismark et al., 2015). Esses requisitos operam como formas de prestígio acumulado cujo acúmulo determina o que Fraser (2022, 2024) nomeia como reconhecimento institucionalizado, isto é, o padrão de valoração cultural que confere ou nega elegibilidade para os espaços de decisão. O acesso ao cargo depende do reconhecimento prévio da elegibilidade pela base eleitoral da sociedade.

A construção desse prestígio depende de disponibilidade contínua de tempo para a vida associativa, que inclui viagens para participar de congressos, integrar comissões, frequentar reuniões científicas, cultivar relações profissionais, publicar e candidatar-se a cargos. Cada uma dessas atividades exige ausência do espaço doméstico, liberação do trabalho assistencial, recursos financeiros para inscrições, deslocamento e hospedagem, bem como terceirização do trabalho de cuidado realizado na esfera doméstica. As condições para acumular esse prestígio não estão igualmente disponíveis e variam segundo gênero, classe, tipo de vínculo profissional, região e momento do ciclo de vida. As variações não são desvios

contingentes do sistema, mas expressões articuladas da divisão social do trabalho que organiza, simultaneamente, a produção econômica, a reprodução do cuidado e a hierarquização do prestígio profissional.

A literatura demonstra distribuição assimétrica do tempo entre médicas e médicos. Shruti Jolly et al. (2014), em estudo com médicos-pesquisadores bolsistas do National Institutes of Health nos Estados Unidos, mostraram que as mulheres médicas dedicavam 8,5 horas semanais a mais do que os homens médicos a atividades parentais e domésticas. O resultado se manteve após controle para horas de trabalho profissional, idade, raça, especialidade, número de filhos e emprego do cônjuge.

Eveline Hitti et al. (2022) propuseram o conceito de domestic tethers, ou amarras domésticas, para descrever como o trabalho doméstico não remunerado restringe a trajetória profissional das médicas. Em estudo com 382 médicos formados pela principal escola de medicina do Líbano, as mulheres com filhos tinham chance 80% menor de manter posição em tempo integral, diferença estatisticamente significativa, enquanto entre os homens médicos a chance foi reduzida apenas pela idade. O achado fora do contexto anglófono indica que o mecanismo é estrutural e não cultural, e replica-se em diferentes contextos profissionais e geográficos.

A distribuição desigual do trabalho de cuidado entre mulheres e homens articula as três dimensões da injustiça. A sobrecarga doméstica impede o acúmulo do prestígio profissional necessário ao reconhecimento institucional. A ausência desse reconhecimento bloqueia a candidatura aos cargos eletivos e perpetua a sub-representação feminina nos espaços de decisão. Romper o circuito exige intervenção simultânea nas três dimensões e não em uma delas isoladamente (Fraser, 2024).

O circuito atravessa instituições que exercem função pública. A exclusão estrutural de um grupo da formulação das diretrizes viola o princípio da paridade de participação nos processos decisórios que afetam a coletividade. As decisões das sociedades médicas atingem o conjunto da categoria e, em última instância, os pacientes do sistema de saúde brasileiro.

A legitimidade das decisões depende da representatividade do órgão que as toma e do compromisso de seus integrantes com a equidade. A ocupação dos cargos por mulheres é condição necessária, mas não suficiente. Rosabeth Kanter (1977) formulou a teoria da massa crítica, segundo a qual a presença feminina acima de

certo limiar transformaria a cultura institucional. Sarah Childs e Mona Lena Krook (2008) reformularam o argumento. O que importa não é apenas o número, mas a presença de atores críticos, homens e mulheres comprometidos com a equidade. Helitzer et al. (2017) confirmaram a centralidade destas atrizes e atores na transformação institucional do campo médico.

A reprodução de padrões androcêntricos na liderança das sociedades médicas expõe um déficit democrático interno. Embora constituídas como associações privadas sem fins lucrativos, essas entidades cumprem funções de interesse público reconhecidas pela regulação federal (Conselho Federal de Medicina, 2024). A defasagem entre a composição da base profissional e a composição da liderança merece atenção da categoria médica e das instâncias regulatórias.

O estudo apresenta limitações. O delineamento transversal capta o cenário em um corte temporal único, sem informar sobre tendências ao longo dos mandatos. A análise cobriu a presidência e a direção científica. As demais funções da diretoria ficaram fora do escopo, decisão condicionada pela heterogeneidade da estrutura organizacional das sociedades médicas, fator que inviabiliza a comparação direta dos cargos secundários. A inferência do sexo, feita a partir de registros públicos, identifica o sexo provável e não a identidade de gênero. Pessoas não binárias, portanto, ficam fora do alcance da análise. As 15 especialidades de composição próxima da paridade foram excluídas para privilegiar o contraste entre os grupos, e os achados não se estendem sem ressalvas à faixa intermediária. O recorte abrange as sociedades das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e não alcança as médicas e os médicos generalistas, que respondiam por 40,9% da força de trabalho médica brasileira em 2024. Tempo de titulação, produção científica individual, participação em comissões intermediárias e trajetória prévia dentro da sociedade são variáveis relevantes para a elegibilidade política, mas a metodologia adotada não permitiu mensurá-las.

As limitações indicam a necessidade de continuidade da investigação. O estudo das diretorias em sua composição completa permitiria verificar se a sub-representação feminina é uniforme ou se concentra nos cargos de maior ou menor poder. Séries históricas viabilizariam análise longitudinal das tendências e identificação de pontos de inflexão. A investigação qualitativa dos processos eletivos, dos critérios de elegibilidade, da formação de chapas e das redes informais de recrutamento alcançaria mecanismos que escapam aos dados quantitativos. Instrumentos

padronizados de monitoramento da equidade de gênero em congressos e diretorias permitiriam acompanhamento comparável entre especialidades e ao longo do tempo.

A transformação do padrão observado exige ação nas três dimensões da justiça (Fraser, 2024). A redistribuição passa pela divisão social do trabalho de cuidado e por políticas que reconheçam o tempo como recurso desigualmente distribuído entre mulheres e homens. O reconhecimento depende de critérios transparentes de seleção para direções científicas e comitês científicos de congressos, somados a mentoria estruturada para cargos de liderança. A representação requer metas de composição de gênero nas chapas e mecanismos de prestação de contas sobre a diversidade da governança institucional. As três dimensões não são frentes paralelas. Compõem expressões articuladas de uma mesma organização social, que vincula produção econômica, reprodução do cuidado e hierarquização do prestígio profissional. Nenhuma das três pode ser reduzida às demais, nem delegada ao tempo.

Cada sociedade médica pode criar, submeter à aprovação dos associados e aplicar normas claras de composição da diretoria, dos congressos e das comissões, com critérios eleitorais transparentes e paridade nos cenários interseccionais. A institucionalização dessas normas não é decisão discricionária. As sociedades médicas exercem função pública reconhecida pela regulação federal (Conselho Federal de Medicina, 2024) e estão vinculadas às garantias fundamentais de igualdade e de não discriminação inscritas na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988, art. 3º, IV, e art. 5º, I), bem como ao princípio da dignidade humana (Brasil, 1988, art. 1º, III). A paridade na governança das sociedades médicas decorre da ordem constitucional aplicada a entidades que organizam o exercício profissional e produzem decisões de alcance público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A liderança das sociedades brasileiras das especialidades médicas é majoritariamente masculina. As mulheres ocupam 17,5% das presidências e 10,8% das direções científicas. A proporção observada nas especialidades de predominância feminina (20,0%) e masculina (15,0%) não diferiu estatisticamente entre os grupos. A composição da força de trabalho de cada especialidade não

predisser o sexo de quem ocupa a liderança. A maior presença feminina na base profissional não se traduziu em maior presença nas decisões.

A análise distinguiu dois critérios de avaliação que costumam aparecer sobrepostos. O primeiro verifica se a liderança reflete a demografia da base profissional. O segundo mede a distância em relação à paridade de 50%. As especialidades de predominância masculina atendem ao primeiro critério e não atendem ao segundo. As de predominância feminina não atendem a nenhum dos dois. A aderência demográfica, isoladamente, não basta como critério normativo de equidade.

A leitura de Nancy Fraser articula o achado em três dimensões da justiça. A divisão social do trabalho de cuidado restringe o tempo disponível para a vida associativa que constrói trajetórias de liderança. Sem esse tempo, não se acumula o prestígio profissional necessário ao reconhecimento institucional. Sem reconhecimento, não há candidatura viável aos cargos eletivos. Sem cargos, não há voz para alterar as desigualdades que produzem o quadro. O circuito se reforça e se perpetua.

As sociedades médicas exercem função pública. Definem diretrizes clínicas, organizam a produção científica e representam a categoria perante o sistema de saúde. A composição de quem decide afeta a legitimidade das decisões e a equidade do conhecimento produzido. A paridade na governança dessas instituições é decorrência da ordem constitucional aplicada a entidades que organizam o exercício profissional. Transformar o padrão observado exige ação articulada nas três dimensões da justiça, ancorada em normas institucionais transparentes e em garantias fundamentais.

REFERÊNCIAS

BERHEIDE, Catherine White. "Women still 'stuck' in low-level jobs". *Women in Public Service: A Bulletin of the Center for Women in Government*, Albany, n. 3, p. 1-4, 1992.

BISMARCK, Marie; MORRIS, Jennifer; THOMAS, Laura et al. "Reasons and remedies for under-representation of women in medical leadership roles: a qualitative study from Australia". *BMJ Open*, v. 5, n. 11, e009384, nov. 2015. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009384.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 jun. 2026.

CHILDS, Sarah; KROOK, Mona Lena. "Critical mass theory and women's political representation". *Political Studies*, v. 56, n. 3, p. 725-736, out. 2008. DOI: 10.1111/j.1467-9248.2007.00712.x.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.380, de 18 de setembro de 2024. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2024. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2024/2380_2024.pdf. Acesso em: 11 jun. 2026.

- COTTER, David A.; HERMSEN, Joan M.; OVADIA, Seth; VANNEMAN, Reeve. "The glass ceiling effect". *Social Forces*, v. 80, n. 2, p. 655-681, dez. 2001. DOI: 10.1353/sof.2001.0091.
- EDMUNDS, Laurel D.; OUYANG, Beverley; KOLEHMAINEN, Christine et al. "Why do women choose or reject careers in academic medicine? A narrative review of empirical evidence". *The Lancet*, v. 388, n. 10062, p. 2948-2958, dez. 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01091-0.
- FRASER, Nancy. *Justiça interrompida: reflexões críticas sobre a condição "pós-socialista"*. Tradução de Ana Claudia Lopes e Nathalie Bressiani. São Paulo: Boitempo, 2022.
- FRASER, Nancy. *Capitalismo canibal: como nosso sistema está devorando a democracia, o cuidado e o planeta e o que podemos fazer a respeito disso*. Tradução de Aline Scátola. São Paulo: Autonomia Literária, 2024.
- FRASER, Nancy. *Os destinos do feminismo: do capitalismo administrado pelo Estado à crise neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2024.
- GENDERIZE.IO. Determine the gender of a name. Copenhagen: Demografix ApS, 2026. Disponível em: <https://genderize.io>. Acesso em: 11 jun. 2026.
- HELITZER, Deborah L.; NEWBILL, Sharon L.; CARDINALI, Gina et al. "Changing the culture of academic medicine: critical mass or critical actors?". *Journal of Women's Health*, v. 26, n. 5, p. 540-548, maio 2017. DOI: 10.1089/jwh.2016.6019.
- HITTI, Eveline; HADID, Dima; KHOURY, Samia J. et al. "Domestic tethers: gender differences in career paths and domestic responsibilities of top-research medical school graduates". *PLoS ONE*, v. 17, n. 4, e0267288, abr. 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0267288.
- JOLLY, Shruti; GRIFFITH, Kent A.; DECASTRO, Rochelle et al. "Gender differences in time spent on parenting and domestic responsibilities by high-achieving young physician-researchers". *Annals of Internal Medicine*, v. 160, n. 5, p. 344-353, mar. 2014. DOI: 10.7326/M13-0974.
- KANTER, Rosabeth Moss. *Men and women of the corporation*. New York: Basic Books, 1977.
- KHATIB, Ali; AHMED, Rayan; NIAZ, Saleha et al. "Sticky floor, broken ladder, and glass ceiling in internal medicine academic ranking, leadership, and research productivity". *Journal of General Internal Medicine*, v. 40, n. 2, p. 354-360, fev. 2025. DOI: 10.1007/s11606-024-08998-y.
- LEVY, Morgan S.; HUNT, Kelby N.; LINDSAY, Kara A. et al. "Gender inequity in institutional leadership roles in US academic medical centers: a systematic scoping review". *JAMA Network Open*, v. 8, n. 4, e252829, abr. 2025. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.2829.
- MERONE, Lea; TSEY, Komla; RUSSELL, Darren; NAGLE, Cate. "Sex and gender gaps in medicine and the androcentric history of medical research". *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, v. 45, n. 5, p. 424-426, out. 2021. DOI: 10.1111/1753-6405.13139.
- MINELLA, Luzinete Simões. "Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1111-1128, set./dez. 2017. DOI: 10.1590/1806-9584.2017v25n3p1111.
- MOTTER, Sarah Bueno; BRANDÃO, Gabriela Rangel; IAROSKI, Júlia et al. "Women representation in academic and leadership positions in surgery in Brazil". *The American Journal of Surgery*, v. 223, n. 2, p. 233-239, fev. 2022. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2021.07.025.
- R CORE TEAM. *R: a language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2026. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 11 jun. 2026.
- SANTUCCI, Claudia; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL, Beatriz; AVENDAÑO-SOLÁ, Cristina et al. "Gender inequity in the medical profession: the women doctors in Spain (WOMEDS) study". *Human Resources for Health*, v. 21, n. 77, set. 2023. DOI: 10.1186/s12960-023-00860-2.
- SCHEFFER, Mário (coord.). *Demografia médica no Brasil 2025*. São Paulo: FMUSP; AMB, 2025. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_medica_brasil_2025.pdf. Acesso em: 11 jun. 2026.
- SILVER, Julie K.; GHALIB, Reem; POORMAN, Julie A. et al. "Analysis of gender equity in leadership of physician-focused medical specialty societies, 2008-2017". *JAMA Internal Medicine*, v. 179, n. 3, p. 433-435, mar. 2019. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.5303.

SINGH, Pratihtha; SRIRAM, Veena; VAID, Sonali et al. "Examining representation of women in leadership of professional medical associations in India". PLOS Global Public Health, v. 4, n. 8, e0003587, ago. 2024. DOI: 10.1371/journal.pgph.0003587.

Declaração de contribuição dos autores

Úrsula Bueno do Prado Guirro: conceptualização (conceptualization); metodologia (methodology); curadoria de dados (data curation); análise formal (formal analysis); redação - rascunho original (writing - original draft); redação - revisão e edição (writing - review and editing); visualização (visualization); administração do projeto (project administration).
Giovanna Ovenhausen Azevedo: conceptualização (conceptualization); investigação (investigation); redação - revisão e edição (writing - review and editing).
Maria Beatriz Verneque Machado: investigação (investigation); redação - revisão e edição (writing - review and editing).
Carla Corradi-Perini: redação - revisão e edição (writing - review and editing).
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer: supervisão (supervision).

Declaração de conflito de interesse

As autoras declaram que não há conflito de interesse.

Declaração de disponibilidade de dados da pesquisa

Todo o conjunto de dados de apoio aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo. Os dados tabulados podem ser disponibilizados pelas autoras mediante solicitação.

Declaração de uso de IA

A ferramenta de inteligência artificial Claude Opus 4.7 (Anthropic) foi utilizada para auxiliar na revisão técnico-gramatical do texto, na padronização de referências bibliográficas em norma REF/ABNT e na tradução do resumo para o inglês e o espanhol. As autoras revisaram criticamente todas as saídas geradas pela ferramenta e mantêm responsabilidade integral pela concepção, análise, redação e conclusões apresentadas no manuscrito.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.