

Percepção de assédio entre as cirurgiãs

Perception of harassment among female surgeons

ELIZABETH G. SANTOS, ECBC-RJ¹; LIA ROQUE, TCBC-RJ²; MARIA CRISTINA MAYA, TCBC-RJ³; RENI CECILIA MOREIRA, TCBC-MG⁴; FERNANDA LAGE LIMA, TCBC-AC⁵; M ISABEL T. D. CORREIA, TCBC-MG⁶ 

R E S U M O

Introdução: a atração das mulheres pela Cirurgia sempre existiu. Embora a Cirurgia seja considerada especialidade para homens, várias mulheres a escolheram, apesar de questões de preconceito de gênero que têm se mantido ao longo de vários anos. Vários obstáculos têm impactado na prática das cirurgiãs, levando-as a abandonar a profissão, mas outras, talvez, as de espírito mais forte, conseguiram superá-los e venceram. **Objetivo:** avaliar a taxas de percepção de assédio contra cirurgiãs como causa de dificuldade e sentimentos negativos relacionados com a especialidade. **Método:** pesquisa, quantitativa e qualitativa (relatos pessoais), realizada por meio de questionário via Google Forms® enviado para todas as cirurgiãs registradas no Colégio Brasileiro de Cirurgiões e em grupo WhatsApp de cirurgiãs. A análise qualitativa foi feita com o aplicativo Wordle®. Resultados: Foram enviados 821 questionários e obtidas 232 respostas (28,2%). A percepção de assédio durante o treinamento foi de 49,1% (n=114). As cirurgiãs com percepção de assédio foram estatisticamente aquelas que reportaram ter tido treinamento diferente do que ansiavam (56,1%) (p<0,001). O quesito tratamento distinto por ser mulher também impactou na percepção do assédio (77,2% assediadas vs 47,5%; p<0,001). Ameaça física (42,1% vs 6,8%) e emocional (92,1% vs 39,8%) também foram distintas entre os grupos. **Conclusão:** cirurgiãs ainda reportam grande percepção de assédio moral e sexual, o que impacta na forma de encarar a profissão.

Palavras-chave: Cirurgia. Mulheres. Identidade de Gênero. Preconceito.

INTRODUÇÃO

As mulheres participam da Medicina desde tempos mais remotos. A atração pela Cirurgia sempre existiu. O caso mais notório talvez seja o de Margareth Ann Bulky, conhecida como James Barry, o principal cirurgião da Armada Britânica por 40 anos. Bulky transformou sua aparência em masculina e obteve o diploma de médico pela Escola de Medicina da Universidade de Edinburgh. Viveu toda sua vida pública e privada, como homem. Foi reconhecida como tendo “grande habilidade cirúrgica, maneiras agressivas e pontaria perfeita”. Somente após a sua morte é que se soube que era mulher. Tal conhecimento causou violento impacto, mas o escândalo foi abafado e foi enterrada como sempre viveu: James Barry^{1,2}.

A formação de uma sociedade patriarcal em que os homens eram os provedores e as mulheres as cuidadoras sufocou por muito tempo o desejo das mulheres de se inserirem na Medicina e na Cirurgia. Excetuando-se alguns períodos e locais, como exemplos, Egito Antigo e Grécia, em que aquelas que possuíam o dom da cura eram reverenciadas, as mulheres sempre

foram vistas como elemento frágil que deveria ser protegida e ficar restrita ao lar. Sofreram preconceitos, insultos e depreciações. No entanto, algumas marcaram sua presença, aproveitando-se das brechas encontradas em diferentes momentos históricos³.

A Idade Média representou um período negro para a Medicina em geral, especialmente para as mulheres que estavam sempre sob o poder masculino: pai, tutor, irmão ou marido. O controle sobre o elemento feminino vinha da figura de Eva, que alimentava um sentimento misógino, considerando a mulher mais propensa ao pecado pela própria natureza. A mulher era vista como uma ameaça e, por isso, deveria estar submetida ao controle masculino. Não por acaso, tantas mulheres foram acusadas e condenadas à fogueira por bruxaria e por terem conhecimentos da arte da cura. Essas eram em grande parte solteiras, viúvas ou mulheres que viviam separadas de seus maridos e filhos⁴.

Os trabalhos mostram que o preconceito de gênero em Medicina é problema recorrente em muitos países, mesmo no mundo ocidental, especialmente na especialidade de Cirurgia Geral. Bruce e colaboradores, em 2015, mostraram que 88% das mulheres percebiam

1 - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ, Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs - MD, PhD, ECBC, FACS - Rio de Janeiro - RJ - Brasil 2 - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs - MD, PhD, TCBC - Rio de Janeiro - RJ - Brasil 3 - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs - TCBC, PhD - Rio de Janeiro - RJ - Brasil 4 - UNIBH, Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs - MD, TCBC, FACS, TSBCO, TSBC - Belo Horizonte - MG - Brasil 5 - Universidade Federal do Acre, Secretaria de Estado de Saúde do Acre, Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs MD, MsC, TCBC, FACS - Rio Branco - AC - Brasil 6 - Universidade Federal de Minas Gerais, Membro da equipe Eterna, Rede Mater Dei, Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs - MD, PhD, TCBC, FACS, FASPEN - Belo Horizonte - MG - Brasil

o preconceito durante o treinamento⁵. Ainda hoje, é comum a quase todas que escolheram essa especialidade ter de enfrentar preconceitos e, comumente, ouvir ao longo da vida profissional que “mulheres não podem/devem ser cirurgiãs”⁵.

O preconceito contra as mulheres que desejavam ser cirurgiãs cresceu em escala exponencial ao longo de anos. De sorte que, com tantos obstáculos, muitas mulheres desistem, mas outras, talvez as de espírito mais forte, conseguem superá-los. Ainda assim, mesmo aquelas que estão em posição de chefia/liderança muitas vezes só passaram da situação de glass ceiling para o glass Cliff⁶. O objetivo do presente trabalho foi avaliar a taxas de percepção de assédio entre cirurgiãs e como isso poderia influenciar a formação e os sentimentos sobre a profissão ao longo da carreira.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, realizado por meio de questionário semiestruturado construído na plataforma Google Forms®. Esse foi enviado para todas as cirurgiãs registradas no Colégio Brasileiro de Cirurgiões e também àquelas pertencentes ao grupo de WhatsApp “Mulheres na Cirurgia”. Tanto residentes ou cirurgiãs efetivas do corpo clínico foram pesquisadas, em três fases, com intervalos de 30 dias, no período entre abril e novembro de 2020. Foram enviados 821 questionários. Ao final do questionário, havia a possibilidade de inserção de comentário sobre o que dizer a uma interna que tenha inclinação pela Cirurgia Geral como especialidade (análise qualitativa). O sistema foi configurado de forma a não coletar endereços de e-mail, não permitindo, portanto, a identificação do usuário. Assim sendo, o termo de consentimento livre e esclarecido foi dispensado, conforme determinado pela RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. Ao acessar o link, a respondente implicitamente cedia a autorização para o uso dos dados obtidos.

O teste do qui-quadrado foi usado para determinar a diferença entre os grupos, sendo o valor de $p < 0,05$ considerado estatisticamente significativo. Medidas de associação de assédio foram submetidas a análise univariada de regressão logística (RL) incluindo variáveis binárias e ordenadas, em que a variável

dependente foi ter tido a percepção de assédio. Considerou-se o intervalo de confiança (CI) de 95%. A versão 10.1 do programa estatístico STATA (College Station, EUA) foi usada para todas as análises.

A análise qualitativa foi feita por nuvem de palavras, construída com as respostas do item aberto. Foi utilizado o método heurístico de análise cuja intenção é delinear caminhos para o que se observar em um grupo de textos. Foi utilizado o Wordle® para fazer a nuvem de palavras.

RESULTADOS

Duzentas e trinta e duas respostas foram recebidas (28,2%). A prevalência da percepção de assédio durante o treinamento ou vida profissional foi reportada por 49.1% das mulheres (n=114). A Tabela 1 tem o registro das respostas entre os grupos percepção de assédio positivo ou negativo.

As cirurgiãs com percepção de assédio positivo reportaram de maneira significativamente estatística terem recebido treinamento cirúrgico inferior ao que tinham almejado, durante a residência médica (56,1% percepção assédio positivo vs 85,6%, $p < 0,001$). Similarmente, essas também indicaram ter tido a sensação de que isso ocorreu por serem mulheres (77,2% vs 47,5% sem percepção de assédio, $p < 0,001$). Tal fato, aconteceu especificamente no tratamento por parte dos colegas residentes do sexo masculino e por todos os demais cirurgiões do corpo clínico, ainda que o sexo dos preceptores diferisse no tratamento deste grupo específico (17,5% vs 8,5%, $p = 0,04$).

Houve entre as mulheres com percepção de assédio a ocorrência de maior número de ameaças físicas e emocionais, assim como também essas reportaram menos oportunidades cirúrgicas por serem residentes do sexo feminino. A percepção de assédio causou maior dúvida se alcançariam o final do treinamento e se avaliariam fazer Cirurgia novamente (53,5% vs 27,1%). Cirurgiãs com percepção de assédio reportaram menor probabilidade de gratificação/tristeza que as não assediadas (83,3% vs 94,1%). Por fim, essas cirurgiãs tiveram impressão que a percepção do assédio melhorou ao longo do tempo, ou seja, a interpretação inicial do que seria assédio foi modificada pela experiência profissional (59,6% vs 36,4%).

Tabela 1. Frequência das respostas estruturadas.

| Pergunta | Percepção de Assédio | | |
|--|----------------------|---------|---------|
| | Sim (%) | Não (%) | p-valor |
| Treinamento esperado | 56,1 | 85,6 | <0,001 |
| Número adequado de pacientes operados | 64,0 | 68,6 | 0,458 |
| Preceptor específico designado | 33,3 | 33,0 | 0,964 |
| Cirurgiões do corpo clínico com < 10 anos formados | 79,8 | 70,3 | 0,095 |
| Presença de cirurgiões no corpo clínico de ambos os sexos | 73,6 | 74,6 | 0,877 |
| Cirurgião do corpo clínico próximo do residente | 82,4 | 89,6 | 0,184 |
| Sexo do profissional cirurgião faz diferença no treinamento | 17,5 | 8,5 | 0,04 |
| Residente mulher tratada diferente | 77,2 | 47,5 | <0,001 |
| Residente mulher tratada diferente pelos residentes homens | 66,7 | 36,4 | <0,001 |
| Residente mulher tratada diferente pelos cirurgiões do corpo clínico | 79,8 | 47,5 | <0,001 |
| Ameaça física | 42,1 | 6,8 | <0,001 |
| Ameaça emocional | 92,1 | 39,8 | <0,001 |
| Menos opções por ser residente mulher | 49,1 | 16,9 | <0,001 |
| Impacto negativo na relação médico paciente por ser mulher | 19,3 | 23,7 | 0,412 |
| Dúvida se chegaria ao final do treinamento | 53,5 | 27,1 | <0,001 |
| Escolha por fazer Cirurgia novamente | 76,3 | 87,3 | 0,03 |
| Feliz por ter escolhido Cirurgia | 86,8 | 89,8 | 0,478 |
| Gratificação maior do que tristeza | 83,3 | 94,1 | 0,01 |
| Percepção assédio melhorou ao longo do tempo | 59,6 | 36,4 | <0,001 |

Residentes com percepção de assédio tiveram 78,5% menor probabilidade de terem tido o treinamento adequado e, se sentiram tratadas de maneira diferente pelos cirurgiões do corpo clínico em 4,38 vezes mais (Tabela 2). Similarmente, foram 10 vezes mais expostas a violência física e 17,62 vezes mais expostas a violência emocional ($p < 0,001$). Durante o treinamento a percepção de assédio foi 4,74 vezes mais difícil ter oportunidades cirúrgicas nesse período. Ter tido a percepção de assédio diminuiu em 54,0% a probabilidade de optarem pela residência em Cirurgia, novamente. Ademais, negativamente impactou, na percepção de gratidão

ser maior que a tristeza (68,0%) ao terem optado por serem cirurgiãs. Essas cirurgiãs também tiveram maior probabilidade (2,57 vezes) de perceber que o melhorou ao longo da experiência cirúrgica.

A análise qualitativa por meio do Wordle® gerou lista com as palavras mais usadas nos textos livres sobre o que as cirurgiãs diriam para as jovens internas com intenção de seguir a Cirurgia como especialidade. O aplicativo atribui às palavras determinado peso pelo número de vezes em que são repetidas e as representa por diferentes cores e tamanho da fonte. O retrato final é a expressão das mensagens⁷.

Tabela 2. Análise univariada entre associação de percepção de assédio.

| Pergunta | Razão de Chance | IC 95% | p-valor |
|--|-----------------|-----------|---------|
| Treinamento esperado | 0,21 | 0,11-0,41 | <0,001 |
| Número de pacientes operados adequado | 0,81 | 0,47-1,40 | 0,458 |
| Preceptor específico designado | 1,01 | 0,58-1,75 | 0,965 |
| Cirurgiões do corpo clínico com < 10 anos formados | 1,66 | 0,91-3,05 | 0,097 |

| | | | |
|--|-------|------------|--------|
| Cirurgiões do corpo clínico de ambos os sexos | 0,95 | 0,53-1,71 | 0,877 |
| Cirurgiões próximos ao residente | 0,54 | 0,21-1,35 | 0,189 |
| Sexo do profissional cirurgião faz diferença no treinamento | 2,29 | 1,02-5,15 | 0,044 |
| Residente mulher tratada diferente | 3,74 | 2,12-6,61 | <0,001 |
| Residente mulher tratada diferente pelos residentes masculinos | 3,48 | 2,03-5,98 | <0,001 |
| Residente mulher tratada diferente pelos cirurgiões do corpo clínico | 4,38 | 2,44-7,85 | <0,001 |
| Ameaça física | 10 | 4,46-22,44 | <0,001 |
| Ameaça emocional | 17,62 | 8,13-38,22 | <0,001 |
| Menos opções por ser residente mulher | 4,73 | 2,58-8,66 | <0,001 |
| Impacto negativo na relação médico paciente por ser mulher | 0,96 | 0,74-1,26 | 0,814 |
| Dúvida se chegaria ao final do treinamento | 3,09 | 1,78-5,35 | <0,001 |
| Escolha por fazer Cirurgia novamente | 0,46 | 0,23-0,94 | 0,032 |
| Feliz por ter escolhido Cirurgia | 0,74 | 0,33-1,67 | 0,48 |
| Gratificação maior do que tristeza | 0,32 | 0,13-0,78 | 0,013 |
| Percepção assédio melhorou ao longo do tempo | 2,57 | 1,52-4,38 | <0,001 |

DISCUSSÃO

A Cirurgia, especialidade considerada predominantemente masculina, tem sido ao longo de muitos séculos escolhida por várias mulheres, que têm enfrentado inúmeros desafios. Dentre esses, a percepção de assédio ainda parece ser fator de grande impacto na vida dessas profissionais. Na presente pesquisa pudemos confirmar que a percepção de assédio ainda é alta entre as mulheres (49,1%). Ainda que atualmente haja mais mulheres estudantes de Medicina tanto no Brasil como no mundo, a força de trabalho feminina nas especialidades cirúrgicas, em especial, na Cirurgia Geral, continua muito baixa⁸. Talvez isso possa ser relacionado com a percepção de assédio e as dificuldades enfrentadas, como as que foram reportados pelas mulheres, no presente trabalho.

Nos últimos anos, vários estudos sobre a disparidade e a inequidade entre gêneros têm sido publicados no campo da Cirurgia⁹⁻¹². Alguns com dados bastante alarmantes concluindo que as cirurgiãs que sofrem assédio tendem mais ao suicídio e ao burnout¹³. Nesses trabalhos, o gênero feminino é associado a menor

número de operações realizadas e pouca confiança em si mesmo¹³. Resultados similares foram encontrados no nosso estudo, em que mulheres que tiveram percepção de assédio indicaram que tiveram menos oportunidades cirúrgicas e, por sua vez, contraindicariam a profissão para as mais jovens.

As mulheres foram, por muitos anos, impedidas de estudar Medicina e aquelas que o fizeram, usaram vários artifícios para exercerem a Cirurgia. Algumas disfarçaram-se de homens, permanecendo escondidas enquanto “o doutor” tomava os louros¹⁴. Outras mudaram de país, mas entre serem queimadas vivas e receberem glórias, como por exemplo, a Prof. Angelita Habr-Gama muito tempo se passou³. Parece absurdo, até anedótico que em dias atuais ainda haja a necessidade de discutir a percepção de assédio sofrido por cirurgiãs. Contudo, infelizmente, o mundo da Cirurgia ainda é extremamente masculino, tal como o “Clube do Bolinha” e as mulheres têm de enfrentar muito mais dificuldades para se imporem e serem respeitadas^{9,11,12}.

Em várias instituições, as cirurgiãs ainda são vistas como “causadoras de confusão, problemáticas

não mudou com o tempo.

Acreditamos que o exemplo de modelos femininos possa ser aspecto influenciador para que as cirurgiãs em formação desenvolvam resiliência, prossigam suas carreiras e não se sintam prejudicadas. A Comissão de Mulheres Cirurgiãs do Colégio Brasileiro de Cirurgiões foi criada com esse intuito: discutir o assunto e fortalecer as cirurgiãs jovens. Esperamos inspirar as futuras gerações para que não se deixem abater e desistir da especialidade com a qual sonharam. Pelo contrário, almejamos que vençam e se dediquem à Cirurgia com afinco e alma.

As mulheres ainda representam a minoria nas especialidades cirúrgicas e este trabalho pode ser estímulo para futura equidade entre gêneros na Cirurgia. Contudo, há limitações a serem destacadas. Usamos questionários enviados pela internet o que tem sido de grande auxílio no mundo atual. No entanto,

alguns autores indicam que as pesquisas de dados com recrutamento pela internet tendem a apresentar taxas de participação menores que as tradicionais^{21,22}. Em geral as respostas ficam entre 15% e 17%²³, mesmo em países nos quais o acesso à internet é grande, maior do que 86,0%. Obtivemos 232 respostas (28,2%), o que poderia ser considerado representativo. Porém, nem todas as cirurgiãs do país são membros do CBC ou pertencem ao grupo de WhatsApp para as quais o questionário foi enviado, logo nossas conclusões podem não traduzir o sentimento das demais colegas.

CONCLUSÃO

A percepção de assédio ainda é altamente prevalente entre cirurgiãs e isso é fator que interfere na formação durante a residência e na tomada de decisões futuras, tal como a permanência na especialidade.

ABSTRACT

Introduction: *the attraction of women by Surgery has always existed. Although Surgery has been considered a specialty for men, several women chose it, despite gender bias issues that have persisted over many years. Several obstacles have impacted the practice of women surgeons, leading them to abandon the profession, while others, perhaps bearers of a stronger spirit, managed to overcome them, and won. Objective: to assess the rates of perception of harassment against female surgeons as a cause of difficulty and negative feelings related to the specialty. Methods: we conducted a quantitative and qualitative (personal accounts) research through a questionnaire via Google Forms® sent to all women surgeons registered in the Brazilian College of Surgeons and in a WhatsApp women surgeons' groups. The qualitative analysis was made with the Wordle® app. Results: from 821 questionnaires sent, we obtained 232 responses (28.2%). Harassment perception during training was 49.1% (n=114). From the women surgeons who perceived harassment, 56.1% reported having undergone different training than expected, with statistical significance (p <0.001). The question of having been treated differently due to being a woman also had an impact on harassment perception (77.2% harassed vs 47.5%; p <0.001). Physical (42.1% vs 6.8%) and emotional (92.1% vs 39.8%) threats were also different between groups. Conclusion: women surgeons still report great harassment perception, both moral and sexual, which impacts their feelings about the specialty.*

Keywords: *Surgery, Women, Gender Identity, Prejudice.*

REFERÊNCIAS

1. Castiglioni A. História da Medicina. São Paulo: Companhia Editora Nacional 1947.
2. Porter R. The Cambridge History of Medicine: Cambridge University Press; 2006.
3. Santucci JDA. Mulheres e Médicas - As Pioneiras da Medicina. Rio de Janeiro. Ediuoro; 2005/2006. 248 p.
4. HiSoUR. Renascença Médica 2021 [Available from: <https://www.hisour.com/pt/medical-renaissance-33313/>].
5. Bruce AN, Battista A, Plankey MW, Johnson LB, Marshall MB. Perceptions of gender-based discrimination during surgical training and practice. Med Educ Online. 2015;20:25923.
6. Krishnan N, Szczepura A. Beyond the Glass Ceiling- Do Women in Senior Positions Face a Precarious Glass Cliff? JAMA Surg. 2021;156(6):589.
7. Wuang Y. Wordle 2017 [Available from: <http://www.edwordle.net/>].
8. Medicina CFd. Em 20 anos, dobra o número de

- mulheres que exercem a medicina no Brasil 2020 [Available from: <https://portal.cfm.org.br/noticias/em-20-anos-dobra-o-numero-de-mulheres-que-exercem-a-medicina-no-brasil/>].
9. Bellini MI, Adair A, Fotopoulou C, Graham Y, Hutson A, McNally S, et al. Changing the norm towards gender equity in surgery: the women in surgery working group of the Association of Surgeons of Great Britain and Ireland's perspective. *J R Soc Med*. 2019;112(8):325-9.
 10. Mehtsun WT, Cooper Z. An Honest Look in the Mirror - Cultivating a Culture of Equity in Surgery. *Ann Surg*. 2021;273(1):e1-e2.
 11. Thompson-Burdine JA, Telem DA, Waljee JF, Newman EA, Coleman DM, Stoll HI, et al. Defining Barriers and Facilitators to Advancement for Women in Academic Surgery. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e1910228.
 12. Zaza N, Ofshteyn A, Martinez-Quinones P, Sakran J, Stein SL. Gender Equity at Surgical Conferences: Quantity and Quality. *J Surg Res*. 2021;258:100-4.
 13. Mocanu V, Kuper TM, Marini W, Assane C, DeGirolamo KM, Fathimani K, et al. Intersectionality of Gender and Visible Minority Status Among General Surgery Residents in Canada. *JAMA Surg*. 2020;155(10):e202828.
 14. du Preez HM. Dr James Barry (1789-1865): the Edinburgh years. *J R Coll Physicians Edinb*. 2012;42(3):258-65.
 15. Dantas FLL, Santos EG. Mulheres na Cirurgia. In: Ramos RF, Correia MITD, editors. PROACI. 17: Porto Alegre; 2020. p. 9-32.
 16. Dossa F, Baxter NN. Reducing gender bias in surgery. *Br J Surg*. 2018;105(13):1707-9.
 17. Hoops H, Heston A, Dewey E, Spight D, Brasel K, Kiraly L. Resident autonomy in the operating room: Does gender matter? *Am J Surg*. 2019;217(2):301-5.
 18. Gerull KM, Loe M, Seiler K, McAllister J, Salles A. Assessing gender bias in qualitative evaluations of surgical residents. *Am J Surg*. 2019;217(2):306-13.
 19. Magua W, Zhu X, Bhattacharya A, Filut A, Potvien A, Leatherberry R, et al. Are Female Applicants Disadvantaged in National Institutes of Health Peer Review? Combining Algorithmic Text Mining and Qualitative Methods to Detect Evaluative Differences in R01 Reviewers' Critiques. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017;26(5):560-70.
 20. Lucas-Championnière, Just. 'Article 9997'. *J Méd Chir Prat*. June 1875 p. 241-2.
 21. Bälter KA, Bälter O, Fondell E, Lagerros YT. Web-based and mailed questionnaires: a comparison of response rates and compliance. *Epidemiology*. 2005;16(4):577-9.
 22. Mota JS. Use of google forms in academic research. *Rev Hum Inov*. 2019;6(12).
 23. Mickael B, Morten Bo K. Differential response rates in postal and Web-based surveys in older respondents. *Survey Research Methods*. 2009;3(1).

Recebido em: 07/07/2021

Aceito para publicação em: 08/07/2021

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: não.

Endereço para correspondência:

Elizabeth Gomes dos Santos

E-mail: eligsant54@gmail.com



Errata

No artigo "*Percepção de assédio entre as cirurgiãs*", doi: **10.1590/0100-6991e-20213123**, RCBC, vol. 48.

Onde se lia:

ELIZABETH G SANTOS ECBC-RJ

- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
- UFRJ, Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs -
CBC, FACS, PhD - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

LIA ROQUE TCBC-RJ

- Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs - CBC, PhD
- Rio de Janeiro - RJ - Brasil

MARIA CRISTINA MAYA TCBC-RJ

- Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs - CBC, PhD
- Rio de Janeiro - RJ - Brasil

RENI CECILIA MOREIRA TCBC-MG

- UNIBH, Membro da Comissão de Mulheres
Cirurgiãs - CBC, ACS, Md, PhD - Belo Horizonte - MG
- Brasil

FERNANDA LAGE LIMA TCBC, FACS

- Universidade Federal do Acre, Secretaria de
Estado de Saúde do Acre, Membro da Comissão de Mu-
lheres Cirurgiãs MD, MsC, TCBC, FACS - Rio Branco -
AC - Brasil

M ISABEL T. D. CORREIA TCBC-MG

- Universidade Federal de Minas Gerais, Mem-
bro da equipe Eterna, Rede Mater Dei, Membro da Co-
missão de Mulheres Cirurgiãs - CBC, FACS - Belo Hori-
zonte - MG - Brasil

Leia-se:

ELIZABETH G. SANTOS ECBC-RJ

- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
- UFRJ, Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs -
MD, PhD, ECBC, FACS - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

LIA ROQUE TCBC-RJ

- Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs - MD, PhD,
TCBC - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

MARIA CRISTINA MAYA TCBC-RJ

- Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Membro da Comissão de Mulheres Cirurgiãs - TCBC,
PhD - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

RENI CECILIA MOREIRA TCBC-MG

- UNIBH, Membro da Comissão de Mulheres
Cirurgiãs - MD, TCBC, FACS, TSBCO, TSBC - Belo Hori-
zonte - MG - Brasil

FERNANDA LAGE LIMA TCBC-AC

- Universidade Federal do Acre, Secretaria de
Estado de Saúde do Acre, Membro da Comissão de Mu-
lheres Cirurgiãs MD, MsC, TCBC, FACS - Rio Branco -
AC - Brasil

M ISABEL T. D. CORREIA TCBC-MG

- Universidade Federal de Minas Gerais, Mem-
bro da equipe Eterna, Rede Mater Dei, Membro da Co-
missão de Mulheres Cirurgiãs - MD, PhD, TCBC, FACS,
FASPEN - Belo Horizonte - MG - Brasil

