v7.n6.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

PARA ALÉM DA EQUIDADE SALARIAL: GÊNERO, DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM DOCENTES DE MEDICINA: ESTUDO TRANSVERSAL

BEYOND PAY EQUITY: GENDER, SEXUAL DIVISION OF LABOR, AND SELF-RATED HEALTH AMONG MEDICAL SCHOOL FACULTY: A CROSS-SECTIONAL STUDY

MÁS ALLÁ DE LA EQUIDAD SALARIAL: GÉNERO, DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO Y AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD EN DOCENTES DE MEDICINA: ESTUDIO TRANSVERSAL

Eduardo Maciel Marinheiro[1], Amanda Orati Abila Neves[2], Gabriela Furst Vaccarezza[3]

e768163
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i6.8163

PUBLICADO: 06/2026

RESUMO

A relação entre saúde, trabalho e gênero ganha contornos particulares na docência em Medicina, atividade marcada por múltiplos vínculos, alta exigência cognitiva e sobreposição entre trabalho remunerado e de cuidado. O objetivo foi analisar como o gênero atravessa a autopercepção de saúde e a distribuição da carga semanal entre trabalho remunerado e doméstico em docentes do curso de Medicina de uma universidade pública municipal com equidade salarial formal. Trata-se de estudo observacional, descritivo, de delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado com 50 docentes (52% dos elegíveis) por meio de questionário on-line autoaplicável. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de saúde, incluindo a autopercepção de saúde mensurada por escala numérica (0–10), aplicando-se testes t de Student, Mann-Whitney, qui-quadrado e Fisher, com cálculo do d de Cohen e nível de significância de 5%. A amostra foi predominantemente feminina (60%), com titulação stricto sensu (86%) e múltiplos vínculos (76%), e carga total semanal média de 61,2±17,4 horas. Os homens declararam maior carga de trabalho remunerado (53,1 vs. 41,7h; p=0,007; d=0,93) e carga total semanal superior (≈69 vs. 56h; p=0,023; d=0,85), avaliando sua saúde de modo mais positivo e homogêneo (8,15 vs. 7,33; p=0,060); a presença de filhos não reduziu jornadas remuneradas, mas tendeu a ampliar o trabalho doméstico (p=0,060; d=0,65), e a doença crônica não se associou à autopercepção de saúde. Mesmo em contexto de equidade salarial formal, docentes de Medicina apresentam diferenças segundo gênero na autopercepção de saúde e na distribuição das cargas semanais de trabalho remunerado e doméstico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador. Docentes de Medicina. Perspectiva de Gênero. Estudos Transversais. Autoavaliação Diagnóstica.

ABSTRACT

The relationship between health, work and gender takes on particular contours in medical teaching, an activity marked by multiple employment ties, high cognitive demands and overlap between paid and care work. The aim was to analyze how gender shapes self-rated health and the distribution of weekly workload between paid and domestic work among Medical School

[1] Graduando em Medicina pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).
[2] Graduanda em Medicina pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).
[3] Cirurgiã-dentista pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Mestre em Ciências Odontológicas - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Professora do Curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

faculty at a municipal public university with formal pay equity. This is an observational, descriptive, cross-sectional, quantitative study conducted with 50 faculty members (52% of those eligible) through a self-administered online questionnaire. Sociodemographic, occupational and health variables were analyzed, including self-rated health measured by a numerical scale (0–10), applying Student's t, Mann-Whitney, chi-square and Fisher tests with Cohen's d and a 5% significance level. The sample was predominantly female (60%), with stricto sensu degrees (86%) and multiple employment ties (76%). The mean total weekly workload was 61.2±17.4 hours. Men reported higher paid workload (53.1 vs. 41.7h; p=0.007; d=0.93) and higher total weekly workload (≈69 vs. 56h; p=0.023; d=0.85), rating their health more positively and homogeneously (8.15 vs. 7.33; p=0.060). Having children did not reduce paid hours but tended to increase domestic work (p=0.060; d=0.65). Chronic disease was not associated with self-rated health. Even in a context of formal pay equity, medical school faculty show gender differences in self-rated health and in the distribution of weekly paid and domestic workloads.

KEYWORDS: *Occupational Health. Faculty. Medical. Gender Perspective. Cross-Sectional Studies. Diagnostic Self Evaluation.*

RESUMEN

La relación entre salud, trabajo y género adquiere contornos particulares en la docencia en Medicina, actividad marcada por múltiples vínculos, alta exigencia cognitiva y superposición entre trabajo remunerado y de cuidado. El objetivo fue analizar cómo el género atraviesa la autopercepción de salud y la distribución de la carga semanal entre trabajo remunerado y doméstico en docentes del curso de Medicina de una universidad pública municipal con equidad salarial formal. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo, realizado con 50 docentes (52% de los elegibles) mediante cuestionario en línea autoaplicado. Se analizaron variables sociodemográficas, ocupacionales y de salud, incluyendo la autopercepción de salud medida por escala numérica (0–10), aplicando pruebas t de Student, Mann-Whitney, chi-cuadrado y Fisher, con cálculo de la d de Cohen y un nivel de significación del 5%. La muestra fue predominantemente femenina (60%), con titulación stricto sensu (86%) y múltiples vínculos (76%). La carga total semanal media fue de 61,2±17,4 horas. Los hombres declararon mayor carga de trabajo remunerado (53,1 vs. 41,7h; p=0,007; d=0,93) y carga total semanal superior (≈69 vs. 56h; p=0,023; d=0,85), evaluando su salud de manera más positiva y homogénea (8,15 vs. 7,33; p=0,060). La presencia de hijos no redujo las jornadas remuneradas, pero tendió a ampliar el trabajo doméstico (p=0,060; d=0,65). La enfermedad crónica no se asoció a la autopercepción de salud. Aun en un contexto de equidad salarial formal, los docentes de Medicina presentan diferencias según género en la autopercepción de salud y en la distribución de las cargas semanales de trabajo remunerado y doméstico.

PALABRAS CLAVE: *Salud Laboral. Perspectiva de Género. Docentes Médicos. Estudios Transversales. Autoevaluación Diagnóstica.*

INTRODUÇÃO

A relação entre saúde e trabalho é um eixo estruturante para compreender as condições de vida e o bem-estar das populações trabalhadoras, especialmente em contextos profissionais marcados por elevada complexidade e múltiplas demandas simultâneas. Nas últimas décadas, a saúde do trabalhador deixou de ser interpretada apenas como ausência de doença e passou a ser compreendida como uma construção multidimensional, que articula condições objetivas de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

trabalho, percepções subjetivas, marcadores sociais e contextos institucionais. Nesse cenário, a docência universitária vem sendo descrita como uma atividade de alta exigência cognitiva e emocional, com jornadas extensas, intensificação do ritmo de trabalho, cobranças por produtividade científica e ampliação das atribuições administrativas, configurando um quadro de potencial sobrecarga e adoecimento (Leite; Nogueira, 2017).

A docência em Medicina, em particular, apresenta especificidades que ampliam essa complexidade. Professores e professoras de Medicina frequentemente acumulam funções de ensino, pesquisa, extensão, gestão acadêmica e prática assistencial ou gestão em serviços de saúde, muitas vezes em mais de uma instituição. Essa sobreposição de vínculos e atividades produz jornadas longas e fragmentadas, que se somam às responsabilidades domésticas e de cuidado familiar, configurando uma carga total semanal que ultrapassa, com frequência, os limites recomendados para a preservação da saúde física e mental (Rodrigues Agostinho et al., 2010). Esses efeitos nem sempre se traduzem em desfechos clínicos imediatos. Manifestam-se como desgaste cumulativo, cansaço persistente e percepção difusa de comprometimento do bem-estar, dimensões que demandam instrumentos sensíveis à experiência subjetiva (Jylhä, 2009). Nesse sentido, a forma como os/as próprios/as docentes avaliam sua saúde torna-se uma porta de entrada privilegiada para compreender o impacto real da sobrecarga, e identificar os fatores associados a essa avaliação constitui tarefa relevante para a formulação de políticas institucionais sensíveis às realidades concretas do trabalho docente.

A autopercepção de saúde é reconhecida como um indicador sintético, válido e sensível, capaz de capturar dimensões objetivas e subjetivas do processo saúde-doença. Estudos populacionais e ocupacionais têm demonstrado que esse indicador se correlaciona com morbidade, mortalidade, uso de serviços de saúde e qualidade de vida, sendo particularmente sensível a desigualdades sociais relacionadas a renda, escolaridade, raça/cor e gênero (Nery; Pereira; Silva, 2022; Reichert; Loch; Capilheira, 2012). Apesar de sua relevância, ainda são escassos os estudos brasileiros que investigam a autopercepção de saúde especificamente entre docentes de cursos de Medicina, e mais raros ainda os que adotam o gênero como categoria analítica central.

Adotar gênero como categoria de análise significa reconhecer que normas, expectativas e papéis socialmente construídos organizam de modo desigual a distribuição do trabalho remunerado e do trabalho doméstico, bem como os modos de perceber, nomear e comunicar sinais de desgaste e bem-estar (Annandale; Hunt, 2000; Leitão, 2015). A literatura sobre divisão sexual do trabalho indica que mulheres, mesmo quando inseridas em ocupações de alta qualificação, continuam assumindo a maior parte das tarefas de cuidado e da gestão invisível do

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

cotidiano doméstico, configurando o que se denomina dupla ou tripla jornada (Hirata; Kergoat, 2007). Esse fenômeno tem implicações diretas sobre a saúde, tanto pelo acúmulo objetivo de horas trabalhadas quanto pela carga mental associada à coordenação simultânea de múltiplas esferas da vida. Soma-se a isso a evidência de que homens e mulheres relatam sintomas e avaliam sua saúde de modos distintos, em função de construções socioculturais que valorizam, entre os homens, a resiliência e a minimização de sinais de fragilidade, e estimulam, entre as mulheres, maior atenção e vigilância corporal e emocional (Castro; Staduto, 2019).

Investigar essa relação em docentes de Medicina de uma universidade pública municipal oferece uma oportunidade analítica privilegiada para colocar o gênero no centro da discussão. Trata-se de um grupo no qual diversos fatores que tradicionalmente confundem análises sobre saúde do trabalhador encontram-se atenuados ou controlados. A instituição adota política institucional clara e equitativa de remuneração docente, com o mesmo valor de hora/aula para homens e mulheres, regida por plano de carreira público e impessoal, arranjo que elimina, dentro do vínculo principal, o gradiente salarial de gênero que costuma operar como variável de confusão em estudos sobre saúde ocupacional. Além disso, todos os participantes são docentes do curso de Medicina e compartilham, portanto, elevado letramento em saúde, formação técnica equivalente e familiaridade com instrumentos de mensuração clínica e com escalas numéricas de avaliação. Essa homogeneidade reduz o ruído de mensuração frequentemente presente em populações heterogêneas quanto à escolaridade e ao conhecimento biomédico, deslocando as possíveis explicações de eventuais diferenças para o terreno das construções socioculturais.

Neste contexto, indaga-se em que medida o gênero atua como fator discriminante na autopercepção de saúde e na sobrecarga semanal de trabalho, remunerada e doméstica, entre docentes do curso de Medicina. Essa questão se justifica por um conjunto articulado de razões. Há, em primeiro lugar, uma lacuna na literatura nacional sobre saúde de docentes de Medicina com recorte de gênero. Soma-se a isso a relevância social e institucional de produzir conhecimento capaz de subsidiar políticas de saúde do trabalhador docente que reconheçam desigualdades estruturais e proponham intervenções equitativas, bem como a contribuição teórica de articular, em um mesmo estudo, os referenciais da autopercepção de saúde, da divisão sexual do trabalho, da vulnerabilidade e da interseccionalidade, oferecendo uma leitura ampliada do fenômeno (Ayres et al., 2009; Hankivsky; Christoffersen, 2008).

A esses argumentos acrescenta-se uma justificativa de natureza formativa, que confere especial relevância ao estudo. Os docentes de Medicina estão diretamente relacionados ao desenvolvimento das competências dos futuros médicos, influenciando esse processo tanto pelo ensino técnico quanto pelo exemplo cotidiano em aulas, ambulatórios e cenários de prática.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Nesse processo, as condições de trabalho, saúde e bem-estar dos próprios docentes fazem parte daquilo que se ensina, ainda que de modo implícito; afinal, modos de cuidar, de lidar com a sobrecarga e de organizar a vida profissional e pessoal são transmitidos pela vivência, não apenas pelo currículo. Investigar a saúde docente em uma perspectiva de gênero é, portanto, também investigar as condições em que se forma a próxima geração de profissionais médicos, em um momento histórico no qual as mulheres já são maioria entre estudantes matriculados nos cursos de Medicina brasileiros e avançam em direção à paridade no exercício da profissão (Scheffer, 2025).

A partir desse cenário, este artigo se debruça sobre docentes do curso de Medicina de uma universidade pública municipal para examinar como o gênero atravessa a autopercepção de saúde e a distribuição da carga semanal entre trabalho remunerado e trabalho doméstico. Para isso, traça-se inicialmente o perfil sociodemográfico, ocupacional e de saúde do grupo investigado, observando-se, em seguida, como se distribuem as horas dedicadas às atividades na universidade, aos vínculos profissionais externos e ao trabalho de cuidado, com atenção às diferenças entre homens e mulheres. A análise da autopercepção de saúde é desenvolvida em diálogo com marcadores como titulação, ocupação principal (ser professor ou não), presença de filhos e existência de doença crônica diagnosticada, de modo a identificar quais dimensões efetivamente discriminam as avaliações subjetivas. Por fim, os achados são interpretados na perspectiva de gênero com vistas a iluminar implicações concretas para políticas institucionais voltadas à saúde do trabalhador e trabalhadora docente.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Autopercepção de saúde como indicador multidimensional

A autopercepção de saúde é uma medida subjetiva, geralmente obtida por escalas tipo Likert ou numéricas de 0 a 10, em que o indivíduo avalia globalmente seu estado de saúde. Apesar de sua simplicidade operacional, esse indicador apresenta robusta validade preditiva, associando-se de forma consistente a desfechos objetivos como morbidade, mortalidade, uso de serviços de saúde e capacidade funcional. Estudos brasileiros têm utilizado essa medida para investigar diferentes grupos populacionais, adolescentes, adultos, idosos, trabalhadores informais, profissionais de saúde, evidenciando sua sensibilidade a desigualdades sociais e ocupacionais (Nery; Pereira; Silva, 2022; Reichert; Loch; Capilheira, 2012).

A autopercepção de saúde não reflete apenas o estado biomédico, mas integra dimensões emocionais, sociais e simbólicas, sendo modulada por expectativas, comparações sociais e experiências acumuladas (Silva; Rocha; Caldeira, 2018). Por essa razão, sua

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

interpretação exige cuidado, especialmente em populações de alta escolaridade, nas quais o letramento em saúde pode influenciar tanto a forma de avaliar quanto a de relatar a própria condição.

1.2. Divisão sexual do trabalho e trabalho de cuidado

O conceito de divisão sexual do trabalho, desenvolvido por Hirata e Kergoat (2007), refere-se à distribuição diferencial das atividades produtivas e reprodutivas entre homens e mulheres, sustentada por dois princípios: o da separação (existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres) e o da hierarquização (o trabalho do homem vale mais do que o da mulher). Esse arranjo estrutural não se limita à esfera doméstica, mas atravessa também o mundo do trabalho remunerado, definindo guetos ocupacionais, diferenças salariais e desigualdades no acesso a cargos de poder.

No contexto da docência universitária, ainda que mulheres tenham conquistado expressiva presença numérica, persistem assimetrias na ocupação de cargos de chefia, na produtividade científica e na distribuição do tempo entre trabalho remunerado e cuidado (Leite; Nogueira, 2017). O trabalho de cuidado (*care*), que inclui não apenas tarefas domésticas visíveis, mas também a coordenação mental e emocional do cotidiano familiar, permanece largamente invisibilizado e subcontabilizado, mesmo em autorrelatos (Hirata; Kergoat, 2007).

1.3. Gênero, saúde e desigualdades

Annandale e Hunt (2000) e Leitão (2015) demonstram que gênero é um determinante social da saúde que atua em múltiplos níveis: nas condições materiais de vida, nos comportamentos de busca por cuidado, na exposição a riscos ocupacionais e nos modos culturalmente aprendidos de perceber e expressar o adoecimento. Homens tendem a subestimar sintomas e a buscar menos atendimento, enquanto mulheres reportam mais queixas e demandam mais os serviços de saúde, padrão que reflete tanto desigualdades reais de adoecimento quanto diferenças construídas de socialização (Castro; Staduto, 2019).

Essa dimensão simbólica do gênero ajuda a compreender por que, em diferentes estudos, mulheres apresentam pior autopercepção de saúde mesmo quando indicadores objetivos não diferem substancialmente dos masculinos, ou, inversamente, por que homens com cargas de trabalho elevadas mantêm avaliações otimistas sobre o próprio bem-estar (Silva; Rocha; Caldeira, 2018).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

1.4. Vulnerabilidade em saúde

O quadro teórico da vulnerabilidade, proposto por Ayres et al. (2009), oferece uma chave de leitura potente para analisar desigualdades em saúde. Diferentemente da noção tradicional de risco, que tende a individualizar a probabilidade de adoecer com base em comportamentos e exposições isoladas, a perspectiva da vulnerabilidade desloca o olhar para as condições concretas que produzem maior ou menor suscetibilidade ao adoecimento e maior ou menor capacidade de resposta dos sujeitos e dos contextos. Trata-se, portanto, de um conceito relacional, que articula sujeito, contexto social e respostas institucionais.

A vulnerabilidade é compreendida em três dimensões interdependentes. A dimensão individual refere-se aos recursos cognitivos, comportamentais e materiais que cada sujeito mobiliza para reconhecer, interpretar e responder a situações de risco, incluindo conhecimentos, atitudes, repertórios afetivos e condições concretas de vida. A dimensão social compreende os contextos culturais, econômicos, jurídicos e políticos que moldam oportunidades, acessos e constrangimentos, como relações de gênero, raça, classe e geração. A dimensão programática, por sua vez, diz respeito ao modo como políticas públicas, serviços, instituições e programas estruturam respostas, podendo mitigar vulnerabilidades preexistentes ou, ao contrário, agravá-las pela omissão, fragmentação ou inadequação (Ayres et al., 2009).

Aplicada à docência em Medicina, essa perspectiva permite reconhecer que a saúde do docente não depende apenas de escolhas individuais relativas a estilo de vida, mas é produzida na interação entre trajetórias pessoais, estruturas de gênero e respostas institucionais. Um corpo docente que enfrenta jornadas longas, múltiplos vínculos, exigências assistenciais e acadêmicas simultâneas, e que ainda assume, de modo desigual entre homens e mulheres, o trabalho doméstico e de cuidado, está exposto a vulnerabilidades que não se resolvem apenas com orientação individual sobre autocuidado. Demandam, antes, intervenções programáticas que reorganizem cargas, reconheçam o trabalho invisível e ofereçam suporte institucional consistente (Leite; Nogueira, 2017).

A leitura da vulnerabilidade também ajuda a interpretar o aparente paradoxo entre relatos masculinos de maior carga horária total e avaliações mais positivas da própria saúde. Sob a ótica da dimensão individual, normas de masculinidade podem estimular a minimização de sinais de desgaste; sob a ótica social, a delegação histórica do cuidado às mulheres reduz a carga mental percebida por homens; e, sob a ótica programática, a ausência de políticas institucionais que problematizem essa distribuição reforça a naturalização das desigualdades (Castro; Staduto, 2019).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

1.5. Interseccionalidade

Por fim, a perspectiva da interseccionalidade, sistematizada por Hankivsky e Christoffersen (2008) no campo da saúde pública, propõe que marcadores sociais como gênero, raça/etnia, classe, geração, parentalidade e posição ocupacional não atuam de forma isolada ou meramente aditiva, mas se entrecruzam, produzindo experiências específicas de (des)vantagem. Em outras palavras, ser mulher docente de Medicina não é uma condição homogênea: as experiências de uma docente branca, com doutorado, sem filhos e com vínculo único diferem substancialmente das de uma docente parda, com mestrado, com filhos pequenos e múltiplos vínculos assistenciais, mesmo que ambas estejam formalmente sob a mesma política salarial institucional.

A interseccionalidade convida, portanto, a desnaturalizar categorias amplas como "mulheres" ou "homens" e a investigar os múltiplos atravessamentos que configuram trajetórias de saúde. Na docência em Medicina, esse olhar é particularmente relevante porque a aparente homogeneidade da categoria profissional, todos são docentes com formação superior, vínculo institucional e elevado capital cultural, pode mascarar diferenças significativas nas condições reais de trabalho, nas responsabilidades domésticas e nas trajetórias de carreira. A presença ou ausência de filhos, por exemplo, articula-se ao gênero de modo distinto: enquanto a parentalidade tende a aprofundar a sobrecarga de cuidado entre mulheres, costuma incidir de forma menos intensa sobre o cotidiano masculino, em padrão amplamente descrito pela literatura sobre divisão sexual do trabalho (Hirata; Kergoat, 2007).

A articulação entre autopercepção de saúde, divisão sexual do trabalho, vulnerabilidade e interseccionalidade fornece o quadro analítico para interpretar os dados deste estudo, reconhecendo os mecanismos sociais e institucionais pelos quais o gênero estrutura experiências de trabalho e saúde na docência, em curso de medicina.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional, descritivo, de delineamento transversal e abordagem quantitativa, conduzido com docentes do curso de Medicina de uma universidade pública municipal localizada no estado de São Paulo. A investigação integra um projeto mais amplo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 47256821.0.0000.5510), em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012 e a Resolução CNS nº 510/2016. Todos os participantes assinaram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do preenchimento do instrumento, e os dados foram registrados em ambiente seguro, sem identificação nominal nos bancos analíticos, preservando o anonimato.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Foram considerados elegíveis, para o estudo, os docentes com vínculo ativo na graduação em Medicina durante o período de coleta. Foram incluídos aqueles com pelo menos dois anos de exercício docente no curso e excluídos os que estavam afastados no semestre imediatamente anterior à coleta. Após a aplicação desses critérios, identificaram-se 96 docentes elegíveis, todos convidados a participar do estudo. Destes, 50 responderam ao questionário, correspondendo a uma taxa de resposta de 52%.

Duas características institucionais conferem robustez analítica ao desenho do estudo. Em primeiro lugar, a universidade adota plano de carreira claro e público com remuneração docente regida por valor uniforme de hora/aula o que reduz o efeito de confundimento da desigualdade salarial frequentemente presente em estudos sobre saúde do trabalhador. Em segundo lugar, por se tratar de docentes do curso de Medicina, todos os participantes compartilham elevado letramento em saúde, formação clínica e familiaridade com escalas numéricas de avaliação, atributo que reduz o ruído de mensuração comumente associado à interpretação heterogênea de escalas numéricas em populações com escolaridade diversa (Jylhä, 2009).

Do ponto de vista da representatividade institucional, ainda que se trate de estudo conduzido em uma única instituição, a escola investigada apresenta características estruturais e operacionais compatíveis às do *cluster* que reúne o maior número de escolas médicas do estado de São Paulo (Vaccarezza et al., 2023). Tal pertencimento confere ao desenho monocêntrico o caráter de estudo de caso institucionalmente típico, permitindo que os achados, embora não generalizáveis em sentido estrito, dialoguem com um perfil institucional numericamente representativo no recorte regional.

2.1. Coleta de dados, variáveis e referencial analítico

A coleta foi realizada por meio de questionário estruturado autoaplicável, disponibilizado em plataforma on-line e enviado ao e-mail institucional dos docentes elegíveis. A participação foi voluntária e sem incentivo financeiro. O instrumento permaneceu disponível por dois meses, de outubro a dezembro de 2022, com duas reiterações do convite por e-mail ao longo do período.

As variáveis sociodemográficas compreenderam idade, gênero autoidentificado, raça/cor segundo categorias do IBGE, titulação acadêmica mais elevada e presença de filhos.

Quanto à inserção profissional, foram considerados número de vínculos profissionais, ocupação principal (representando o maior salário e/ou a maior parte de horas dedicadas na semana), horas semanais na universidade, horas semanais em outros vínculos e horas semanais dedicadas ao trabalho doméstico e de cuidado. As horas dedicadas ao trabalho doméstico e de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

cuidado foram obtidas por autorrelato dos participantes. O instrumento não apresentou definição operacional detalhada das atividades a serem incluídas nessa categoria, de modo que sua contabilização permaneceu dependente da interpretação individual de cada respondente. Para fins analíticos, definiu-se carga total semanal como a soma das horas de trabalho remunerado (universidade somada a outros vínculos) e das horas de trabalho doméstico, expressando o tempo total mobilizado pelas atividades produtivas e reprodutivas. A distinção entre trabalho remunerado e doméstico apoiou-se no referencial da divisão sexual do trabalho e do care (Hirata; Kergoat, 2007), reconhecendo que o trabalho não pago de cuidado constitui dimensão estruturante das jornadas, ainda que frequentemente invisibilizada nos autorrelatos.

No plano da saúde, examinaram-se a autopercepção de saúde, mensurada por escala numérica de 0 (muito ruim) a 10 (perfeita), instrumento amplamente utilizado em inquéritos populacionais e ocupacionais por sua sensibilidade e valor preditivo, capaz de captar dimensões objetivas e subjetivas do processo saúde-doença que escapam aos marcadores clínicos tradicionais (Jylhä, 2009; Reichert; Loch; Capilheira, 2012; Matos et al., 2018), e a presença de doença crônica com diagnóstico médico prévio.

A análise tomou o gênero como categoria analítica central para interpretar a distribuição do tempo de trabalho e os relatos de saúde (Annandale; Hunt, 2000; Leitão, 2015), em articulação com o marco da vulnerabilidade em suas dimensões individual, social e programática (Ayres et al., 2009) e com uma leitura interseccional dos determinantes sociais da saúde, atenta aos entrecruzamentos entre gênero, parentalidade, titulação e ocupação principal (Hankivsky; Christoffersen, 2008).

2.2. Análise estatística

Realizou-se análise descritiva das variáveis quantitativas (médias, desvios-padrão, medianas e intervalos interquartílicos) e categóricas (frequências absolutas e relativas). Para as comparações bivariadas entre grupos, definidos por gênero, ocupação principal (ser professor da universidade ou não), titulação, presença de filhos e presença de doença crônica, aplicou-se o teste *t* de Student para amostras independentes, com adoção de procedimentos não paramétricos (teste de Mann-Whitney) nos casos de violação dos pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias (Pagano; Gauvreau, 2012). Para a comparação de proporções, utilizaram-se o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, conforme adequação ao tamanho amostral. O tamanho de efeito foi reportado pelo *d* de Cohen, interpretado segundo a convenção clássica de pequeno (≈ 0,2), médio (≈ 0,5) e grande (≈ 0,8) (Cohen, 1988). Adotou-se nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Não foram ajustados modelos multivariados,

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

em razão do tamanho amostral; portanto, as inferências apresentadas referem-se exclusivamente às comparações bivariadas realizadas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Responderam ao inquérito 50 docentes, o que corresponde a 52% dos elegíveis. A amostra foi predominantemente feminina (60%), autodeclarada branca (82%) e com titulação *stricto sensu*, somando mestrado, doutorado e pós-doutorado, 86% do grupo. A presença de filhos foi relatada por 82% dos participantes. Quanto à ocupação principal, 70% atuavam como docentes na própria instituição e 34% mantinham, simultaneamente, atividade assistencial médica. O número de vínculos profissionais foi expressivo: 76% declararam dois ou mais empregos, sendo que 28% acumulavam três ou mais (Tabela 1). Esse arranjo estrutural ajuda a compreender por que, na amostra analisada, a carga total semanal média de trabalho ultrapassou as 60 horas.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e ocupacional dos docentes do curso de Medicina

Variável		Número	%
Gênero	Mulheres	30	60%
	Homens	20	40%
Cor/Raça	Amarelo	3	6%
	Branco	41	82%
	Pardo	5	10%
	Negro	1	2%
Titulação	Especialização	7	14%
	Mestrado	19	38%
	Doutorado	22	44%
	Pós-doutorado	2	4%
Filhos	Sim	41	82%
	Não	9	18%
Ocupação Principal (Resposta Múltipla)	Docente na própria instituição	35	70%
	Docente outra instituição	5	10%
	Prática assistencial médica	17	34%
	Gestão em saúde	1	2%
Número de Empregos	Um	12	24%

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

	Dois	24	48%
	Três	9	18%
	Quatro ou mais	5	10%

Fonte: Autores, 2025.

Quanto às variáveis contínuas, observou-se idade média de 48,1 ± 10,0 anos e autopercepção de saúde média de 7,7 ± 1,5 pontos (mediana 8,0). Em média, os docentes dedicavam 25,2 ± 11,4 horas semanais à universidade e 21,0 ± 16,0 horas a outros vínculos profissionais, totalizando 46,2 ± 13,4 horas semanais de trabalho remunerado. O trabalho doméstico e de cuidado somava, em média, 14,9 ± 14,3 horas semanais, de modo que a carga total semanal (trabalho remunerado somado ao doméstico) alcançou 61,2 ± 17,4 horas. O número médio de vínculos profissionais foi de 2,2 ± 1,1 (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das variáveis contínuas: idade, número de filhos, horas semanais na universidade, horas semanais em outro vínculo, horas semanais de trabalho remunerado, horas semanais de trabalho doméstico não remunerado, carga total semanal de trabalho (remunerado somado ao não remunerado), autopercepção da saúde

Variável	**Média (DP)**	**Mediana (IQR)**
Idade (anos)	48,08±10,02	47,0 [40,0-55,75]
Número de Filhos	1,46±0,91	2,0 [1,0-2,0]
Horas semanais na universidade	25,18±11,36	20,0 [20,0-39,0]
Horas semanais outro vínculo	21,04±16,04	21,0 [8,0-30,0]
Horas semanais de trabalho remunerado (total)	46,22±13,42	42,0 [40,0-53,5]
Horas semanais de trabalho doméstico	14,94±14,26	10,0 [6,0-20,0]
Carga total semanal (remunerado+doméstico)	61,16±17,44	57,5 [50,0-67,25]
Autopercepção da saúde (0-10)	7,66±1,47	8,0 [7,0-9,0]

Fonte: Autores, 2025.

A característica do grupo investigado quanto à escolaridade e ao letramento em saúde atenua o gradiente socioeconômico que costuma pesar sobre a autopercepção de saúde em populações trabalhadoras heterogêneas (Nery; Pereira; Silva, 2022). Soma-se a isso o fato de a universidade investigada adotar plano de carreira público com remuneração docente regida por valor uniforme de hora/aula. Esse contexto permite observar com maior nitidez diferenças associadas a papéis sociais e à organização do trabalho, deslocando as possíveis explicações para as construções socioculturais de gênero.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

As comparações bivariadas por gênero revelaram diferenças expressivas em múltiplas dimensões. Os homens eram, em média, mais velhos do que as mulheres (53,0 vs. 45,0 anos; p=0,003; d=0,96, efeito grande) e relatavam mais horas semanais em vínculos profissionais adicionais à universidade (≈ 27 vs. 17 horas; p=0,048; d=0,66). O total de horas semanais de trabalho remunerado também foi significativamente maior entre os homens (53,1 vs. 41,7 horas; p=0,007; d=0,93), assim como a carga total semanal combinando trabalho remunerado e doméstico (≈ 69 vs. 56 horas; p=0,023; d=0,85). Na autopercepção de saúde, os homens atribuíram notas em média mais altas do que as mulheres (8,15 ± 1,35 vs. 7,33 ± 1,47; p=0,060; d=0,57, efeito médio), com tendência à significância estatística. A análise da distribuição das notas reforça esse padrão: 70% dos homens atribuíram notas entre 8 e 10, sendo que 10% deles deram nota máxima (10), e nenhum homem relatou nota igual ou inferior a 3. Entre as mulheres, 53,4% atribuíram notas entre 8 e 10, nenhuma deu nota 10 e 3,4% relataram nota igual ou inferior a 3. As mulheres apresentaram, portanto, maior dispersão e maior criticidade nas avaliações da própria saúde, padrão consistente com a literatura que aponta como normas e expectativas de gênero se associam tanto à exposição objetiva ao trabalho quanto aos modos de perceber e narrar o bem-estar, com maior valorização de resiliência e minimização de sinais de fragilidade entre homens e maior vigilância corporal e emocional entre mulheres (Castro; Staduto, 2019; Silva; Rocha; Caldeira, 2018).

Quanto ao trabalho doméstico isolado, os homens declararam, em média, 16,4 ± 14,4 horas semanais, contra 14,0 ± 14,3 horas das mulheres, diferença que não alcançou significância estatística (p=0,543; d=0,17). Esse resultado, à primeira vista contraintuitivo diante de toda a literatura sobre divisão sexual do trabalho, exige problematização cuidadosa, pois coloca em questão não apenas o que cada gênero faz, mas, sobretudo, o que cada gênero reconhece e contabiliza como "trabalho doméstico". A medida autorreferida pressupõe que o respondente identifique determinada atividade como tarefa, mensure seu tempo de execução e a comunique como esforço produtivo, operação cognitiva que está longe de ser neutra em relação ao gênero. A literatura sobre divisão sexual do trabalho e sobre o care sustenta que, para muitas mulheres, parcela substancial do cuidado doméstico está de tal modo incorporada à rotina, ao corpo e à identidade feminina que escapa ao próprio reconhecimento como trabalho (Hirata; Kergoat, 2007). Portanto, o resultado é um aparente equilíbrio no autorrelato que mascara, em vez de revelar, a assimetria real da divisão do cuidado.

A relação entre parentalidade e distribuição do tempo merece destaque. A presença de filhos não se associou às horas totais de trabalho remunerado (49,2h vs. 45,6h; p=0,296), indicando que ter filhos não reduz a jornada profissional dos docentes (nem homens nem

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

mulheres). Em contrapartida, observou-se tendência a maior dedicação ao trabalho doméstico entre quem tem filhos (16,4h vs. 7,25h; p=0,060; d=0,65, efeito médio-grande), o que sugere que a parentalidade não substitui horas remuneradas por horas de cuidado, mas as adiciona, ampliando a carga total semanal de quem tem filhos. Esse achado, contudo, não pode ser lido de modo neutro em relação ao gênero. A literatura é consistente em demonstrar que a parentalidade afeta de modo profundamente desigual homens e mulheres: enquanto a paternidade tende a ser compatibilizada com a manutenção, ou mesmo a intensificação, da carreira profissional, a maternidade frequentemente implica reorganização do tempo, sobreposição de jornadas e assunção desproporcional do trabalho de cuidado (Biroli, 2018; Madalozzo; Martins; Shiratori, 2010). Em outras palavras, ter filhos não é, em si, o fator explicativo: o que opera é o entrecruzamento entre parentalidade e gênero, configurando experiências distintas para pais e mães docentes. A leitura interseccional dos determinantes sociais da saúde (Hankivsky; Christoffersen, 2008) é particularmente útil para iluminar esse ponto: ser mulher e mãe na docência em Medicina produz vulnerabilidades específicas que não se reduzem nem ao gênero isoladamente, nem à parentalidade isoladamente.

Esse mecanismo de sobrecarga assimétrica dialoga com o afunilamento de gênero descrito na carreira científica brasileira: entre bolsistas de Produtividade em Pesquisa do CNPq nas categorias 1A e 1B, apenas cerca de 26% são mulheres (Andrade, 2023). Os achados deste estudo, ao mostrar que a parentalidade adiciona horas ao trabalho doméstico das docentes sem alterar a jornada remunerada, sugerem um dos mecanismos microinstitucionais compatíveis com esse padrão sistêmico.

Esse arranjo desigual tem implicações que extrapolam a esfera doméstica e alcançam, de modo direto, a economia da carreira docente. Embora a universidade investigada adote política institucional de equidade salarial, os achados revelam um mecanismo mais sutil de produção de desigualdade econômica entre homens e mulheres. As jornadas substancialmente maiores dos homens em vínculos remunerados adicionais (≈ 27h vs. 17h semanais) traduzem-se, ao longo da trajetória profissional, em rendimentos acumulados, contribuições previdenciárias e capital simbólico significativamente superiores. Essa assimetria não pode ser dissociada da distribuição do trabalho de cuidado: enquanto os homens conseguem ampliar sua inserção em múltiplos vínculos remunerados, as mulheres dedicam parte expressiva de seu tempo ao trabalho doméstico e de cuidado não pago, atividade que, embora socialmente indispensável, não se converte em renda, progressão funcional ou reconhecimento institucional (Madalozzo; Martins; Shiratori, 2010; Biroli, 2018). Estudo qualitativo com professoras do ensino superior da área da saúde já evidenciara como essa sobreposição entre trabalho remunerado e trabalho de

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

cuidado compromete a saúde e a qualidade de vida percebida das docentes (Oliveira et al., 2012). Configura-se, assim, uma disparidade salarial estrutural que se manifesta não pela diferença no valor da hora trabalhada, mas pela diferença no volume de horas que cada gênero consegue alocar em atividades remuneradas, fenômeno documentado pela literatura sobre o impacto econômico do *care work* (OIT, 2018; Federici, 2019).

Para apoiar a leitura, o conjunto das comparações bivariadas, tendo o gênero como eixo central de análise, foi organizado em três tabelas complementares: a Tabela 3a sintetiza as diferenças por sexo, acompanhadas de uma leitura em paralelo por categoria profissional (médicos/médicas com atividade assistencial versus demais docentes); a Tabela 3b explora a titulação como variável de contexto; e a Tabela 3c examina parentalidade e presença de doença crônica autorreferida, dimensões que dialogam diretamente com a divisão sexual do trabalho de cuidado. Para além das diferenças por sexo já discutidas, a leitura por categoria profissional mostra que médicos e médicas com atividade assistencial apresentaram maior número de vínculos profissionais do que docentes sem prática assistencial médica (2,57 vs. 1,65; p=0,002; d=0,90, efeito grande), mais horas semanais em vínculos externos (26,6 vs. 12,8 horas; p=0,002; d=0,94) e total de horas remuneradas ligeiramente superior (p=0,048; d=0,39), com tendência a menor autopercepção de saúde (7,33 vs. 8,15; p=0,070; d=0,57), padrão compatível com a dupla inserção entre ensino e assistência que caracteriza a docência médica clínica e que se sobrepõe, de modo desigual entre homens e mulheres, ao mesmo conjunto de exigências de cuidado já descrito.

Tabela 3a. Comparação das variáveis autopercepção de saúde, número de vínculos profissionais, horas semanais de trabalho doméstico e horas semanais de trabalho remunerado, segundo sexo e categoria profissional (médicos com atividade assistencial e demais docentes), entre docentes do curso de Medicina de uma universidade pública municipal, 2025

Variável	Comparação	Grupo	Média	DP	p	d de Cohen
Auto Percepção da Saúde	Sexo	Feminino	7,33	1,47	0,06	-0,57
		Masculino	8,15	1,35		
	Categoria profissional	Não Médicos	8,15	1,04	0,07	0,57
		Médicos e médicas	7,33	1,63		
	Sexo	Feminino	2,13	1,28	0,24	-0,15

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Número de Vínculos		Masculino	2,30	0,80		
	Categoria profissional	Não Médicos	1,65	0,67	<0,01	-0,90
		Médicos e médicas	2,57	1,19		
Horas semanais de trabalho doméstico	Sexo	Feminino	13,97	14,33	0,54	-0,17
		Masculino	16,40	14,41		
	Categoria profissional	Não Médicos	15,70	9,75	0,14	0,09
		Médicos e médicas	14,43	16,76		
Horas semanais de trabalho remunerado (total)	Sexo	Feminino	41,66	10,08	0,01	-0,92
		Masculino	53,05	15,07		
	Categoria profissional	Não Médicos	43,10	13,39	0,05	-0,39
		Médicos e médicas	48,30	13,24		

Fonte: Autores, 2025.

Na sequência, a titulação acadêmica foi examinada como possível fator alternativo de organização das diferenças observadas. Embora docentes com doutorado relatassem jornadas semanais maiores do que docentes com mestrado (50,0 vs. 40,4 horas; p=0,016; d=0,74), não se observaram diferenças relevantes na autopercepção de saúde entre os níveis de titulação. O achado é coerente com a hipótese de que a progressão acadêmica amplia compromissos institucionais, mas não modifica, por si só, a percepção do estado de saúde nesta população de alta escolaridade e elevado letramento em saúde; ou seja, a titulação não substitui o gênero como eixo explicativo do padrão descrito até aqui.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Tabela 3b. Comparação das variáveis autopercepção de saúde, número de vínculos profissionais e horas semanais de trabalho remunerado, segundo titulação acadêmica (doutorado, mestrado e especialização), entre docentes do curso de Medicina de uma universidade pública municipal, 2025

Variável	Comparação	Grupo	Média	DP	p	d de Cohen
Autopercepção da Saúde	Doutorado vs Especialistas	Doutorado	7,67	1,37	0,50	0,03
		Especialistas	7,71	2,43		
	Doutorado vs Mestrado	Doutorado	7,67	1,37	0,82	0,02
		Mestrado	7,63	1,21		
	Especialistas vs Mestrado	Especialistas	7,71	2,43	0,39	0,05
		Mestrado	7,63	1,21		
Número de Vínculos	Doutorado vs Especialistas	Doutorado	2,13	0,85	0,92	-0,02
		Especialistas	2,14	0,90		
	Doutorado vs Mestrado	Doutorado	2,13	0,85	0,93	-0,16
		Mestrado	2,32	1,46		
	Especialistas vs Mestrado	Especialistas	2,14	0,90	1,00	-0,13
		Mestrado	2,32	1,46		
Horas semanais de trabalho remunerado (total)	Doutorado vs Especialistas	Doutorado	50,04	14,83	0,83	0,08
		Especialistas	48,86	11,48		
	Doutorado vs Mestrado	Doutorado	50,04	14,83	0,02	0,74
		Mestrado	40,42	10,36		

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

	Especialistas vs Mestrado	Especialistas	48,86	11,48	0,12	0,79
		Mestrado	40,42	10,36		

Fonte: Autores, 2025.

Finalmente, foram analisadas as comparações relativas à parentalidade e à presença de doença crônica autorreferida, dimensões reconhecidamente relevantes para a percepção subjetiva do estado de saúde e, por isso, candidatas naturais a explicar parte da variação atribuída ao gênero. A presença de doença crônica autorreferida, no entanto, não se associou à autopercepção de saúde (p=1,000; d=0,08) nem a diferenças significativas nas demais variáveis laborais, achado que sugere que, em contextos de alta escolaridade e conhecimento em saúde, avaliações subjetivas podem responder mais às dinâmicas de trabalho e às expectativas de papéis do que a marcadores clínicos isolados, ainda que a autopercepção de saúde permaneça reconhecida como indicador válido e sensível em estudos populacionais e ocupacionais (Jylhä, 2009; Rodrigues Agostinho et al., 2010). Já as comparações por parentalidade ecoam o padrão de adição de cargas discutido anteriormente, reforçando a leitura de que ter filhos amplia a jornada total dos docentes sem reduzir a remunerada, com implicações distintas, e atribuíveis ao gênero, para homens e mulheres.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Tabela 3c. Comparação das variáveis autopercepção de saúde, número de vínculos profissionais, horas semanais de trabalho doméstico e horas semanais de trabalho remunerado, segundo presença de filhos e presença de doença crônica autorreferida, entre docentes do curso de Medicina de uma universidade pública municipal, 2025

Variável	Comparação	Grupo	Média	DP	p	d de Cohen
Autopercepção da Saúde	Parentalidade	Sem Filhos	7,00	2,00	0,34	0,54
		Com Filhos	7,79	1,34		
	Doença Crônica	Sem Doença Crônica	7,71	1,36	1,00	0,08
		Com Doença Crônica	7,59	1,62		
Número de Vínculos	Parentalidade	Sem Filhos	2,63	1,06	0,14	0,46
		Com Filhos	2,12	1,11		
	Doença Crônica	Sem Doença Crônica	2,36	1,37	0,56	0,32
		Com Doença Crônica	2,00	0,62		
Horas semanais de trabalho doméstico	Parentalidade	Sem Filhos	7,25	6,48	0,06	-0,65
		Com Filhos	16,40	14,91		
Horas semanais de trabalho remunerado (total)	Parentalidade	Sem Filhos	49,25	11,72	0,30	0,27
		Com Filhos	45,64	13,76		

Fonte: Autores, 2025.

Considerados em conjunto, os achados das Tabelas 3a, 3b e 3c convergem para o eixo central deste estudo: as diferenças mais expressivas organizam-se ao longo da clivagem de gênero, com a categoria profissional operando como camada adicional sobre esse padrão; titulação e marcadores clínicos individuais apresentam contribuição secundária para a variação da autopercepção de saúde nesta amostra.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Essa ausência de associação entre doença crônica e autopercepção de saúde merece interpretação cuidadosa. Neste contexto, a autopercepção de saúde parece se deslocar de indicadores clínicos e integrar dimensões subjetivas como o gênero. Este achado se junta a outro aparente paradoxo observado nesta amostra: homens com maior carga horária total e com presença de doenças crônicas atribuem notas mais altas à própria saúde, enquanto mulheres, com cargas semelhantes ou menores, autodeclaradas, apresentam avaliações mais críticas e heterogêneas. Tais diferenças reforçam que a autopercepção responde tanto a marcadores objetivos quanto a expectativas de gênero internalizadas, configurando um indicador particularmente sensível às construções socioculturais do bem-estar (Silva; Rocha; Caldeira, 2018).

Do ponto de vista metodológico, o estudo apresenta forças e limitações que merecem consideração. Entre as forças, destacam-se o elevado letramento em saúde dos participantes, que reduz o ruído de mensuração e favorece a comparabilidade interna das respostas, e o desenho institucional, universidade pública municipal com isonomia salarial formal, que atenua variáveis de confusão tradicionalmente presentes em estudos sobre saúde do trabalhador.

A opção por variáveis autorreferidas foi metodologicamente deliberada e coerente com o objeto de estudo: tanto a autopercepção de saúde, indicador reconhecidamente subjetivo (Jylhä, 2009), quanto a divisão sexual do trabalho doméstico e de cuidado, fenômeno cuja apreensão empírica depende do reconhecimento subjetivo do que é contabilizado como trabalho (Hirata; Kergoat, 2007), são construtos que se manifestam justamente no plano do que o próprio sujeito identifica, mensura e narra. Como contrapartida assumida desse desenho, os dados estão sujeitos a viés de memória e desejabilidade social, sobretudo na estimativa do trabalho doméstico, o que pode ter contribuído para a heterogeneidade do autorrelato observada, em especial na comparação entre homens e mulheres; tal heterogeneidade, contudo, longe de invalidar os achados, integra o próprio fenômeno investigado, na medida em que o modo desigual de reconhecer e relatar o próprio trabalho é, ele mesmo, uma expressão da divisão sexual do trabalho.

As associações observadas devem, ainda, ser interpretadas com cautela, uma vez que variáveis como idade, parentalidade e perfil de inserção profissional podem atuar como potenciais fatores de confusão; o tamanho amostral (n=50), embora corresponda a parcela representativa do universo institucional (52% dos elegíveis), inviabilizou análises multivariadas capazes de controlar simultaneamente esses efeitos. A taxa de resposta observada (52%), embora expressiva para inquéritos docentes, sugere prudência adicional: docentes mais

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

sensibilizados para temas de saúde, condições de trabalho ou questões de gênero podem ter aderido ao estudo com maior frequência do que os demais.

Considerando o reduzido número de participantes e a especificidade do contexto institucional investigado, não se pode afastar completamente a possibilidade de identificação indireta de indivíduos a partir da combinação de características sociodemográficas e ocupacionais; para minimizar esse risco, os resultados foram apresentados de forma agregada e sem identificação individual. Por fim, embora o desenho de instituição única circunscreva o alcance das generalizações, a pertinência da escola investigada como caso institucionalmente típico, conforme discutido na seção de métodos, sustenta o diálogo dos achados com um perfil regional representativo. Pesquisas futuras com desenho multicêntrico, abrangendo diferentes redes (municipal, estadual, federal e privada), poderiam testar com maior potência os mecanismos que conectam vínculo institucional, distribuição do tempo e autopercepção de saúde, além de contemplar diários de uso do tempo e instrumentos que captem o planejamento e a coordenação do cuidado, dimensões particularmente subnotificadas pelas medidas autorreferidas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo indicam que, entre docentes do curso de Medicina, a autopercepção de saúde parece associar-se mais a normas socioculturais de gênero do que a marcadores objetivos de sobrecarga laboral ou condição clínica. Três evidências sustentam essa interpretação e merecem ser explicitadas.

Em primeiro lugar, a presença de doença crônica autorreferida não discriminou as notas atribuídas à própria saúde, indicando que, neste grupo com elevado letramento em saúde, a autoavaliação responde menos a marcadores clínicos objetivos do que a dimensões simbólicas e ocupacionais. Em segundo lugar, as mulheres avaliaram sua saúde de modo sistematicamente mais crítico e mais disperso do que os homens, com nenhuma docente atribuindo nota máxima e maior concentração de avaliações nas faixas inferiores da escala, padrão coerente com a literatura que descreve maior vigilância corporal e emocional feminina e maior tendência masculina à minimização de sinais de desgaste. Em terceiro lugar, e de modo aparentemente contraintuitivo, os homens, mesmo declarando jornadas mais extensas de trabalho remunerado e maior carga total, tenderam a avaliar a própria saúde de modo mais positivo e mais homogêneo. Esse conjunto de achados aponta que o bem-estar, neste grupo, responde a dimensões simbólicas que extrapolam a contabilidade do tempo e a presença de morbidade.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Duas condições institucionais conferem robustez a esse padrão: a equidade salarial garantida pelo plano de carreira público, com valor uniforme de hora/aula independentemente de gênero, e a homogeneidade técnica da amostra, composta por profissionais com elevado letramento em saúde e familiaridade com escalas de autoavaliação. Tais elementos atenuam variáveis de confusão e permitem atribuir, com maior segurança, as diferenças observadas às dinâmicas de gênero e à divisão sexual do trabalho.

Outros dois achados complementam o quadro. A presença de filhos não se associou às horas de trabalho remunerado, mas mostrou tendência a ampliar o tempo dedicado ao trabalho doméstico, indicando que a parentalidade adiciona jornadas em vez de substituí-las. E a maior dedicação masculina a vínculos remunerados adicionais revela uma disparidade estrutural que não decorre do valor da hora trabalhada, mas do volume de horas alocadas em atividades remuneradas, diferença que se acumula em rendimentos, contribuições previdenciárias e capital simbólico ao longo da carreira.

Esse padrão microinstitucional dialoga com evidências nacionais recentes que documentam que médicas brasileiras recebem, em média, R$ 113,80 por hora contra R$ 137,80 dos homens, diferença que persiste mesmo após ajuste por carga horária (Gobbo Junior et al., 2026). Tal achado evidencia que a desigualdade econômica entre médicos e médicas não se explica apenas pelo volume de horas trabalhadas, mas também por mecanismos de segregação ocupacional e estrutural que limitam a inserção feminina em especialidades e posições de maior remuneração, confirmando, em escala nacional, os mecanismos identificados neste estudo.

Esses resultados sugerem que políticas institucionais sensíveis ao gênero podem agregar valor às conquistas já obtidas no plano da equidade salarial. A isonomia formal de remuneração, garantia importante e que constitui um piso institucional valioso, tende a ser potencializada quando acompanhada de iniciativas que considerem o entrecruzamento entre trabalho remunerado e trabalho de cuidado. Avançar nessa direção passa por dar visibilidade ao tempo, ao esforço e ao reconhecimento que estruturam, de modo muitas vezes silencioso, as trajetórias profissionais de homens e mulheres na academia.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. O. Desequilíbrio no sistema. *Pesquisa FAPESP*, São Paulo, ed. 325, mar. 2023. Disponível em: https://revistapesquisa.fapesp.br/desequilibrio-no-sistema/. Acesso em: 15 maio 2026.

ANNANDALE, E.; HUNT, K. *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press, 2000.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 375-417.

BIROLI, F. *Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2018.

CASTRO, B. N.; STADUTO, J. A. R. Percepção de saúde no Brasil: uma análise das diferenças por sexo dos trabalhadores. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 28, n. 3, p. 855-884, dez. 2019.

COHEN, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

FEDERICI, S. *O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista*. São Paulo: Elefante, 2019.

GOBBO JUNIOR, M.; RESENDE, M. S.; MOURA, E. C.; PEDRO, R. A.; SANTOS, I. M. Impacts of gender disparities in mental health and quality of life: a cross-sectional study of Brazilian physicians. *PLoS One*, San Francisco, v. 21, n. 1, e0338365, p. 1-16, 12 jan. 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0338365. Acesso em: 15 maio 2026.

HANKIVSKY, O.; CHRISTOFFERSEN, A. Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health*, London, v. 18, n. 3, p. 271-283, 2008.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 69, n. 3, p. 307-316, 2009.

LEITÃO, M. N. C. Saúde, sexo e gênero: as (des)igualdades como desafios. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 8-13, 2015.

LEITE, A. F.; NOGUEIRA, J. A. D. Fatores condicionantes de saúde relacionados ao trabalho de professores universitários da área da saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 42, e9, p. 1-15, 2017.

MADALOZZO, R.; MARTINS, S. R.; SHIRATORI, L. Participação no mercado de trabalho e no trabalho doméstico: homens e mulheres têm condições iguais? *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 547-566, maio/ago. 2010.

MATOS, J. M. T.; ARAÚJO, T. M.; SANTOS, K. O. B.; KAWALKIEVICZ, R. A. L.; FORTUNA, C. M. Fatores associados à autopercepção de saúde em taxistas. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 369-375, 2018.

NERY, A. A.; PEREIRA, M. S.; SILVA, L. A. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde de trabalhadores feirantes de Guanambi/BA. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1-10, 2022.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

OLIVEIRA, E. R. A.; GARCIA, A. L.; GOMES, M. J.; BITTAR, T. O.; PEREIRA, A. C. Gênero e qualidade de vida percebida: estudo com professores da área de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 741-747, 2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Care work and care jobs for the future of decent work*. Geneva: ILO, 2018.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. *Princípios de Bioestatística*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3353-3362, dez. 2012.

RODRIGUES AGOSTINHO, M.; OLIVEIRA, M. C.; PINTO, M. E. B. P.; BALARDIN, G. U.; HARZHEIM, E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Porto Alegre, v. 5, n. 17, p. 9-15, mar. 2010.

SCHEFFER, M. (coord.). *Demografia Médica no Brasil 2025*. Brasília: Ministério da Saúde; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Associação Médica Brasileira, 2025. 446 p. ISBN 978-65-5993-754-7. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_medica_brasil_2025.pdf. Acesso em: 15 maio 2026.

SILVA, V. H.; ROCHA, J. S. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1611-1620, maio 2018.

VACCAREZZA, G. F.; MONTAGNA, E.; BARATA, R. B.; CARNEIRO JUNIOR, N. Análise de variáveis com potencial discriminante para classificação de escolas médicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 47, n. 2, e068, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.2-2022-0056.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.