

## **Identidade profissional de residentes médicos**

### **Professional identity of medical residents**

DOI:10.34117/bjdv7n6-709

Recebimento dos originais: 07/05/2021

Aceitação para publicação: 01/06/2021

#### **Adriane Vieira**

Doutora em Administração

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Alfredo Balena, 190 - Centro - CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG - Brasil

E-mail: vadri.bh@gmail.com

#### **Fabiana Kakehasi**

Doutora em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Alfredo Balena, 190 - Centro - CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG - Brasil

E-mail: fmkakehasi@gmail.com

#### **Karla Rona da Silva**

Doutora em Biomedicina

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Alfredo Balena, 190 - Centro - CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG - Brasil

E-mail: karlarona0801@gmail.com

#### **Selme Silqueira de Matos**

Doutora em Enfermagem

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Alfredo Balena, 190 - Centro - CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG - Brasil

E-mail: selmesilqueira@gmail.com

### **RESUMO**

O processo de construção da identidade coletiva acontece quando um grupo de indivíduos, em um determinado contexto histórico, apresenta características que o marcam como idêntico a si mesmo e diferente de outros. Este estudo teve como objetivo identificar os atributos identitários que caracterizam a profissão médica. Foi realizado um estudo transversal por meio de levantamento (*survey*), com a aplicação da Escala de Auto e Heteropercepção Profissional em uma amostra de 295 médicos residentes de três hospitais de ensino. A análise estatística envolveu a verificação da linearidade dos dados e análise descritiva dos itens da escala. Os médicos identificaram sua profissão principalmente como Produtiva, Desgastante, Trabalhadora, Ádua, Dedicada, Inteligente e Estudiosa. No que se refere a heteropercepção eles informaram que a sociedade concede mais Prestígio e Renome a profissão do que eles próprios. O estudo evidencia que apesar de se sentirem respeitados e admirados pela sociedade, os médicos se ressentem da perda de prestígio social da profissão e de falta de humanização dos profissionais na relação com seus pacientes.

**Palavras-chave:** Identidade profissional, Médicos, Residência médica.

## ABSTRACT

The collective identity construction process happens when a group of individuals in a given historical context has characteristics that mark it as identical to itself and different from others. This study aimed to identify the identity attributes that characterize the medical profession. A cross-sectional study was carried out by means of a survey, with the application of the Scale of Professional Self and Hero-Perception in a sample of 295 resident physicians from three teaching hospitals. The statistical analysis involved verifying the linearity of the data and descriptive analysis of the scale items. Doctors identified their profession mainly as Productive, Exhausting, Hardworking, Dedicated, Intelligent and Studious. Regarding heteroperception, they report that society grants more prestige and Renown to the profession than they do. The study shows that, despite feeling respected and admired by society, doctors resent the loss of social prestige of the profession and the lack of humanization of professionals in the relationship with their patients.

**Keywords:** Professional identity, Doctors, Medical residence.

## 1 INTRODUÇÃO

A Residência Médica corresponde a uma pós-graduação *lato sensu* realizada em instituições de saúde, com duração mínima de dois anos. A carga horária de dedicação aos cursos durante a semana é de 60 horas, sendo 80 a 90% sob a forma de atividade prática, destinando-se um mínimo de quatro horas semanais de atividades teóricas sob a forma de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras (MOREIRA et al., 2016).

Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil (1988/2001) e a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 (1990), cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação de recursos na área da saúde, sendo que as três esferas de governo (municipal, estadual e federal) devem participar da formulação e da execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. A lei determina também que os serviços públicos que integram o SUS devem se constituir em campo de prática para ensino e pesquisa, cujas normas devem ser elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Apesar da residência ser considerada vital para a formação dos médicos, estudos apontam que ela provoca fortes impactos no modo de vida dos acadêmicos, pelo fato de exigir intensa carga horária de estudo em ambiente competitivo, estressante e insalubre, física e psicologicamente (MAYER, 2017).

Esse período de formação também é vital para a continuidade do processo de construção da identidade profissional, dado que a identidade é socialmente construída na

relação entre o indivíduo e o grupo, importando não apenas as semelhanças mas também as diferenças entre seus membros (BORIM et al., 2020). A profissionalização, portanto, é uma conquista de um determinado grupo social e envolve a busca de prestígio, poder, autoridade cognitiva e normativa (CRUESS et al., 2015).

De acordo com Dubar (2006), o processo de construção da identidade coletiva acontece quando um grupo de indivíduos, em um determinado contexto histórico, apresenta características que o marcam como idêntico a si mesmo e diferente de outros. A construção da identidade é, portanto, resultante do confronto entre os atos de atribuição das identidades para si (autopercepção) e para os outros (heteropercepção).

Este estudo teve como objetivo identificar os atributos identitários que caracterizam a profissão médica. Buscou-se, portanto, comparar os atributos que caracterizam a profissão médica na visão dos residentes (autopercepção), com os atributos que eles acreditam que a sua profissão é vista pela sociedade (heteropercepção), desvelando aspectos da relação dinâmica que se estabelece entre reconhecimento profissional e identificação com a profissão.

A Escala de Auto e Heteropercepção Profissional (EAHP), construída e validada por Vieira et al. (2016) foi o instrumento de coleta de dados adotado no estudo. O método de investigação escolhido foi o *survey*, envolvendo 295 residentes de três hospitais de ensino localizados na Grande Belo Horizonte, sendo um hospital privado sem fins lucrativos, um público estadual e um público federal, todos vinculados ao SUS.

## 2 PROFISSÃO MÉDICA E IDENTIDADE

Entre as condições que configuram a Medicina enquanto profissão estão as Instituições de Ensino Superior (IES), consideradas instâncias formativas e legitimadoras. Em 2017 havia no Brasil 289 escolas médicas em atividade, somando 29.271 vagas anuais autorizadas. Os residentes médicos brasileiros somavam 35.187, e estavam distribuídos em 6.574 programas de 790 instituições, todas elas credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A região Sudeste tinha 58,5% dos 35.178 residentes inscritos em todos os programas. No estado de São Paulo estavam concentrados 34,5% de todos os médicos residentes da região, 11,4% estavam no Rio de Janeiro, 11% estavam em Minas Gerais e 7,1% estavam no estado do Rio Grande do Sul (SCHEFFER et al., 2018).

O ingresso nos programas de residência médica ocorre por processos seletivos públicos e os residentes recebem uma bolsa mensal de R\$ 3.330,43 (valor vigente), para

atuarem em regime de treinamento de 60 horas semanais. As bolsas dos hospitais federais são custeadas pelo Ministério da Educação, mas o Ministério da Saúde também aloca recursos em bolsas vinculadas a programas estratégicos, e os Estados, Municípios, Hospitais Filantrópicos e Privados financiam bolsas em serviços que são próprios (SCHEFFER et al., 2018).

O confronto entre a idealização do papel do médico e a formação profissional é frequentemente mediado pelo sofrimento emocional, sendo comum as instituições formadoras oferecerem programas de apoio psicológico e psiquiátrico para os ajudar a superar as dificuldades desta fase. A necessidade de adaptação a um ambiente de aprendizagem competitivo, que exige intensa carga horária de estudo e de trabalho, propicia o desenvolvimento de fatores estressantes, tais como medo de cometer erros, dificuldade de manter uma vida pessoal satisfatória e interação com uma população que se encontra cada dia mais exigente (IQBAL; GUPTA; VENKATARAO, 2015).

No que tange à identidade, a fim de garantir uma prática consistente o médico necessita desenvolver um conjunto de conhecimentos, afetos e experiências com os quais pensa, age e se comunica, pressupondo uma neutralidade emocional e uma não distinção entre o sujeito e seu trabalho. Cabe ao médico identificar a doença e viabilizar a cura, fazendo uso de atributos lógicos e racionais que vão garantir a competência técnica e a indiscriminação social e étnica, necessárias ao ofício (ADRIANO; ARRIAGA, 2016; DE BENEDETTO et al., 2014).

Para Dubar (2006) a ‘identidade para si’ (autopercepção) e a ‘identidade para o outro’ (heteropercepção) são inseparáveis e problemáticas, dado que a experiência do ‘outro’ nunca é vivida diretamente pelo ‘eu’, tornando a comunicação indispensável para informar sobre a identidade que o ‘outro’ nos atribui.

O campo de ação profissional é um dos locais onde esta comunicação acontece. A profissão de uma pessoa representa uma forma de vida a ser assumida, caracterizada pelo envolvimento e adesão aos seus objetos e valores. A identidade profissional, portanto, está articulada ao conjunto de conhecimentos e competências associadas ao trabalho profissional, se desenvolve ao longo do tempo e está propensa a mudanças (MISCENKO; DAY, 2016; KOVESHNIKOV; VAARA; EHRNROOTH, 2016).

### 3 MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal descritivo utilizando-se o método de pesquisa *survey*, que tem como característica central obter informações e opiniões de um grupo de

peças, para produzir descrições quantitativas de uma população (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO et al., 2018).

Três hospitais gerais foram envolvidos na pesquisa. O Hospital A, que é privado e sem fins lucrativos, o Hospital B, que é público federal, e o Hospital C, que é público estadual. Todos eles eram vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e estavam localizados na Grande Belo Horizonte.

Participaram da pesquisa 295 residentes médicos. No Hospital A havia 61 residentes médicos e obteve-se 20 questionários considerados válidos na pesquisa. A residência médica do Hospital B contava com 531 médicos residentes e foram obtidos 257 questionários válidos. O Hospital C contava com 40 médicos residentes e foram obtidas 18 respostas válidas.

O instrumento autoaplicado foi um questionário constituído pela Escala de Auto e Heteropercepção Profissional (EAHP), construída e validada por Vieira *et al.* (2016), e por um bloco de questões sociodemográficas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado por todos os participantes da pesquisa fornecia informações sobre o estudo, garantia o sigilo das identidades e explicava que eles poderiam, sem constrangimento, interromper o preenchimento do instrumento de coleta de dados a qualquer momento. O Comitê de Ética aprovou a pesquisa, que tem o registro CAAE 51490015.2.0000.5149.

A EAHP (Figura 1) é composta por 30 atributos identitários, distribuídos em 9 construtos, avaliados duas vezes pelo mesmo respondente, uma vez quanto à forma de como vê sua própria categoria profissional (autopercepção) e a outra quanto à forma como a sociedade a vê (heteropercepção). A escala *Likert* estava fixada entre -5 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente)

Figura 1: Relação entre as siglas e as questões da Identidade Profissional.

Construto	Descrição	Questão
Esforço	Avaliação do grau de dedicação e esforço físico e mental requerido pela profissão	Produtiva Desgastante Trabalhadora Árdua
Reconhecimento	Reconhecimento e respeito próprio e da sociedade pela profissão	Respeitada Admirada Prestigiada Renomada
Dedicação	Avaliação da dedicação e entrega da profissão como servidora e prestativa às necessidades de terceiros	Companheira Amiga Humana Dedicada
Subordinação	O quanto a profissão exerce uma posição de destaque e subordinação frente a outras categorias profissionais em seu setor de atuação	Dependente Obediente Submissa
Inovação	O quanto a profissão é percebida como tendo uma natureza inovadora e criativa considerando as tendências contemporâneas no mundo do trabalho	Inovadora Criativa
Dinamismo	O quando a profissão oferece oportunidade para o dinamismo e estimulação intelectual	Dinâmica Estimulante Desafiante
Tecnicidade	Reflete a quantidade de conhecimentos e habilidades técnicas requeridas no exercício da profissão	Inteligente Sábia Estudiosa
Realização	O quanto a profissão transparece um sentimento de autorealização genérico para seus profissionais	Alegre Feliz Otimista
Ética	Avaliação da ética e honestidade da categoria profissional	Honrada Confiável Ética Honestas

Fonte: elaborado pelos autores.

Inicialmente foi realizada uma análise dos *outliers*, que são observações que apresentam um padrão de resposta diferente das demais, identificando-se a existência de dois tipos: univariados, fora do intervalo de 4,00, que representam respostas divergentes com base em cada uma das variáveis do modelo; e os multivariados, que apresentam um padrão de resposta diferente considerando todas as variáveis ao mesmo tempo, com base na medida  $D^2$  de Mahalanobis. No entanto, por se acreditar que as observações eram casos válidos da população e poderiam limitar a generalidade da análise multivariada, apesar de possivelmente melhorar seus resultados, eles não foram retirados da amostra (HAIR et al., 2010).

A verificação da linearidade dos dados foi realizada, considerando-se que um coeficiente de 5% é indicativo da existência de linearidade. O teste de Bartlett (MINGOTI, 2005) também foi aplicado para verificar a linearidade em cada construto, assumindo-se que valores-p menores que 0,05 indicam linearidade.

A qualidade dos indicadores foi avaliada através da validade convergente e da confiabilidade de cada construto. Para a validade convergente foram considerados válidos valores da Variância Média Extraída (AVE) acima de 50%, seguindo as orientações de Henseler, Ringle e Sinkovics (2009), e valores acima de 40% no caso de pesquisas exploratórias, de acordo com Nunnally e Bernstein (1994). Para análise da confiabilidade considerou-se o Alfa de Cronbach (AC) e a Confiabilidade Composta (CC). Tenenhaus, Esposito e Yves-Mariechatelin (2005) recomendam que eles apresentem valores acima 0,60 quando a pesquisa é exploratória, de acima 0,70 para pesquisas com outros tipos de fins (HAIR et al., 2010).

A medida de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi utilizada para verificar a adequação da análise fatorial da amostra, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Para realizar a análise descritiva das variáveis qualitativas foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, e as medidas de tendência central, posição e dispersão foram utilizadas para a descrição das variáveis quantitativas. Na descrição dos itens foram utilizadas média e desvio padrão, além do método *Bootstrap* (EFRON; TIBSHIRANI, 1993), considerado válido para calcular os intervalos de confiança das médias. Utilizou-se o *software R* (versão 3.5.1) nas análises.

#### 4 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a análise fatorial exploratória da EAHP. De acordo com Hair et al. (2010), itens com cargas fatoriais menores que 0,50 devem ser eliminados dos construtos, pois, ao não contribuírem de forma relevante para formação da variável latente, prejudicam o alcance das suposições básicas para validade e qualidade dos indicadores criados para representar o conceito de interesse. Observa-se que todos os itens dos construtos apresentaram carga fatorial exploratória, logo não foi necessário a exclusão de nenhum deles.

Tabela 1: Análise fatorial exploratória da EAHEP.

Construto	Item	Modelo Inicial/Final		
		C.F. <sup>1</sup>	Com. <sup>2</sup>	Peso
Esforço	Produtiva	0,55	0,30	0,22
	Desgastante	0,84	0,71	0,34
	Trabalhadora	0,85	0,73	0,35
	Árdua	0,84	0,71	0,34
Reconhecimento	Respeitada	0,73	0,54	0,27
	Admirada	0,81	0,66	0,30
	Prestigiada	0,91	0,83	0,34
	Renomada	0,83	0,69	0,31
Dedicação	Companheira	0,78	0,60	0,33
	Amiga	0,84	0,71	0,36
	Humana	0,74	0,55	0,31
	Dedicada	0,70	0,50	0,30
Subordinação	Dependente	0,76	0,58	0,42
	Obediente	0,81	0,65	0,45
	Submissa	0,76	0,58	0,42
Inovação	Inovadora	0,88	0,78	0,57
	Criativa	0,88	0,78	0,57
Dinamismo	Dinâmica	0,85	0,73	0,38
	Estimulante	0,88	0,78	0,39
	Desafiante	0,87	0,76	0,39
Tecnicidade	Inteligente	0,85	0,72	0,37
	Sábida	0,91	0,83	0,40
	Estudiosa	0,87	0,76	0,38
Realização	Alegre	0,88	0,77	0,36
	Feliz	0,94	0,88	0,38
	Otimista	0,89	0,79	0,36
Ética	Honrada	0,75	0,56	0,27
	Confiável	0,86	0,74	0,31
	Ética	0,87	0,76	0,32
	Honesta	0,84	0,71	0,30

Fonte: elaborado pelos autores. Obs.: <sup>1</sup>Carga Fatorial; <sup>2</sup>Comunalidade.

Como todos os valores de KMO foram maiores ou iguais a 0,50, e unidimensionais pelo critério *Acceleration Factor* (AF), o ajuste da Análise Fatorial foi considerado adequado para todos os construtos. A AVE apresentou resultado superior a 0,40, o Alfa de Cronbach (AC) e Confiabilidade Composta (CC) apresentaram valores acima de 0,60, atingindo-se os níveis exigidos de confiabilidade e de validação convergente em todos os construtos (RAÏCHE et al., 2013).

A Tabela 2 contém os dados sociodemográficos da amostra de 295 médicos residentes dos três hospitais envolvidos no estudo.

Tabela 2: Análise descritiva das variáveis de caracterização da amostra dos Hospitais A, B e C.

		A		B		C	
		N	%	N	%	N	%
Filhos	Nenhum	5	26,32%	244	94,94%	0	0,00%
	Um	14	73,68%	11	4,28%	18	100,00%
	Dois ou mais	0	0,00%	2	0,78%	0	0,00%
Sexo	Feminino	13	68,42%	138	53,78%	14	77,78%
	Masculino	6	31,58%	119	46,22%	4	22,22%
Estado Civil	Casado	3	15,79%	42	16,34%	3	16,67%
	Divorciado	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Separado	1	5,26%	0	0,00%	0	0,00%
	Solteiro	13	68,42%	204	79,38%	15	83,33%
	União Estável	2	10,53%	11	4,28%	0	0,00%
	Viúvo	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Idade	Média (D.P.)	29,35 (2,34)		27,34 (2,33)		28,39 (2,93)	
N. total		19		257		18	

Fonte: elaborado pelos autores.

No Hospital A predominam os solteiros (68,42%), do sexo feminino (68,42%), com média de idade 29 anos, e com um filho (73,68%). No Hospital B predominam os solteiros (79,38%), sem filhos (94,94%), com média de idade 27, e com uma composição de representantes do sexo feminino e masculino equilibrada (53,78%; 46,22). No Hospital C predominam os solteiros (83,33%), do sexo feminino (77,78%), com um filho (100%), e a média de idade dos residentes é de 28 anos.

Esse resultando é consistente com o levantamento realizado no ano de 2017 por Scheffer et al. (2018), o qual revelou que o perfil dos médicos recém-graduados no Brasil, na sua grande maioria era de solteiros, sem filhos, que dependeram financeiramente dos pais na graduação e ainda moravam com eles. Segundo o autor, a maioria havia cursado ensino médio em escola particular e os pais tinham nível superior de escolaridade. Em média, os recém-formados tinham 27 anos de idade.

A Tabela 3 contém a descrição dos construtos da EAHP para os residentes médicos dos três hospitais. Foram medidas a autopercepção (como o indivíduo vê a categoria profissional) e a heteropercepção (como a sociedade vê a categoria profissional) de cada item, bem como a diferença entre as duas percepções.

Tabela 3: Auto e heteropercepção profissional dos residentes dos três hospitais.

Construto	Item	Autopercepção	Heteropercepção	Diferença	Desvio Padrão	Intervalo de Confiança - 95% <sup>1</sup>
Esforço	Produtiva	4,42	3,53	0,89	1,32	[0,61; 0,95]
	Desgastante	4,29	3,20	1,09	1,38	[0,95; 1,25]
	Trabalhadora	4,53	3,32	1,21	1,27	[1,11; 1,37]
	Árdua	4,31	3,22	1,09	1,37	[0,97; 1,24]
Reconhecimento	Respeitada	3,41	3,35	0,06	1,30	[0,06; 0,32]
	Admirada	3,70	3,52	0,18	1,19	[0,11; 0,34]
	Prestigiada	3,31	3,36	-0,05	1,28	[-0,12; 0,14]
	Renomada	3,25	3,43	-0,18	1,17	[-0,23; 0,01]
Dedicação	Companheira	3,34	3,17	0,17	1,22	[0,04; 0,29]
	Amiga	3,35	3,19	0,16	1,17	[0,01; 0,23]
	Humana	3,85	3,19	0,66	1,22	[0,46; 0,72]
	Dedicada	4,25	3,46	0,79	1,19	[0,59; 0,84]
Subordinação	Dependente	3,37	3,04	0,33	1,32	[0,15; 0,42]
	Obediente	3,18	2,96	0,22	1,20	[0,06; 0,31]
	Submissa	2,65	2,73	-0,08	1,26	[-0,30; -0,04]
Inovação	Inovadora	3,60	3,24	0,36	1,18	[0,15; 0,39]
	Criativa	3,56	3,27	0,29	1,20	[0,23; 0,48]
Dinamismo	Dinâmica	3,92	3,32	0,60	1,11	[0,51; 0,73]
	Estimulante	3,90	3,40	0,50	1,27	[0,38; 0,64]
	Desafiante	4,33	3,61	0,72	1,16	[0,65; 0,89]
Tecnicidade	Inteligente	4,22	3,85	0,37	1,15	[0,30; 0,53]
	Sábia	3,99	3,80	0,19	1,28	[0,18; 0,44]
	Estudiosa	4,27	3,88	0,39	1,17	[0,38; 0,61]
Realização	Alegre	3,22	3,32	-0,10	1,24	[-0,10; 0,15]
	Feliz	3,14	3,32	-0,18	1,21	[-0,23; 0,02]
	Otimista	3,11	3,29	-0,18	1,25	[-0,27; -0,02]
Ética	Honrada	3,79	3,56	0,29	1,20	[0,11; 0,34]
	Confiável	3,94	3,48	0,46	1,17	[0,34; 0,57]
	Ética	3,97	3,40	0,57	1,04	[0,46; 0,68]
	Honesta	3,95	3,40	0,55	1,08	[0,44; 0,65]

Fonte: elaborado pelos autores. Obs.: <sup>1</sup>Intervalo de Confiança Bootstrap

O construto Esforço recebeu as maiores médias na autopercepção, sendo o item Produtiva (4,42) o que apresentou score mais elevado, seguido de Desgastante (4,29), Trabalhadora (4,53) e Árdua (4,31). Esse construto também apresentou as maiores diferenças entre auto e heteropercepção, variando entre 1,21 e 1,09.

Em relação ao construto Reconhecimento, os residentes tenderam a ter uma autopercepção mais positiva nos itens Respeitada (3,41) e Admirada (3,70), e não apresentaram diferenças significativas nos demais. O item Respeitada foi o de maior autopercepção média. Além disso, os residentes informaram que a sociedade concede à profissão mais Prestígio (-0,05) e Renome (-0,18) do que eles próprios.

No construto Dedicação as médias de autopercepção foram superiores às de heteropercepção em todos os itens. O item Dedicada (4,25) apresentou a maior autopercepção média, seguido de Humana (3,85). A maior diferença entre auto e heteropercepção também aconteceu nesses itens, indicando que a sociedade não os vê tão Dedicados quanto eles próprios (0,79), nem tão Humanos (0,66).

Todos os itens do construto Subordinação receberam médias abaixo de 3,40, indicando que a classe não se vê como Dependente, Obediente ou Submissa, apesar de que a sociedade pode pensar que sim, dado que a média da heteropercepção foi relativamente maior no item Submissão (diferença de 0,08)

Em relação à Inovação, os indivíduos tenderam a ter uma autopercepção positiva com os itens Criativa (3,26) e Inovativa (3,24), apesar se não serem estes atributos que melhor caracterizam a profissão.

Em relação ao Dinamismo, os indivíduos tenderam a ter uma autopercepção positiva em todos os itens, sendo que o atributo Desafiante (4,33) apresentou a maior média. Além disso, ele é significativamente maior que o item Estimulante (3,90), uma vez que seus intervalos de confiança não se sobrepõem.

Em relação à Tecnicidade, os indivíduos tenderam a ter uma autopercepção mais elevada que a percepção da sociedade em todos os itens, sendo que o item Estudiosa (4,27) apresentou a maior percepção média e maior diferença entre auto e heteropercepção (1,15), seguido de Inteligente (4,22; 1,15).

Em relação à Realização, as médias da autopercepção foram baixas em todos os itens, e menores que as de heteropercepção, indicando que a categoria não se percebe como Alegre (3,22), Feliz (3,14) ou Otimista (3,11), apesar da sociedade ter uma visão um pouco mais positiva da profissão nestes atributos.

Em relação ao construto Ética, todas as médias ficaram abaixo de 4,0. Honrada foi o item com menor autopercepção média (3,79), mas mais significativo, uma vez que o intervalo de confiança não se sobrepõe ao dos demais.

A Tabela 4 apresenta a comparação dos indicadores de primeira ordem da identidade profissional por hospital.

Tabela 4: Comparação dos construtos da AHEP nos Hospitais A, B e C.

Construtos	Hospital	Autope r- cepção	Heterope r- cepção	Erro Padrã o	1º Quartil	2º Quartil	3º Quartil	Valor-p <sup>1</sup>
Esforço	A	3,79	3,59	0,28	-0,47	0,00	0,45	<0,001
	B	4,42	3,48	0,06	0,36	1,00	1,73	
	C	4,60	3,28	0,18	0,73	1,28	1,92	
Reconhecimen to	A	3,61	3,38	0,25	-0,70	0,00	0,70	0,955
	B	3,39	3,39	0,06	-0,52	0,00	0,73	
	C	3,61	3,78	0,23	-0,68	0,00	0,78	
Dedicação	A	3,35	3,59	0,23	-0,97	-0,14	0,56	0,009
	B	3,71	3,22	0,05	-0,24	0,25	1,00	
	C	3,86	3,19	0,13	0,22	0,69	1,12	
Subordinação	A	3,50	3,72	0,23	-0,85	-0,17	0,32	0,028
	B	3,03	2,84	0,05	-0,33	0,00	0,67	
	C	3,04	3,02	0,26	-0,65	-0,33	0,67	
Inovação	A	3,57	3,47	0,29	-1,00	0,00	1,00	0,183
	B	3,57	3,23	0,06	0,00	0,00	1,00	
	C	3,69	3,39	0,19	0,00	0,50	1,00	
Dinamismo	A	3,62	3,33	0,34	-0,84	0,00	0,83	0,002
	B	4,06	3,46	0,06	0,00	0,65	1,00	
	C	4,33	3,35	0,18	0,34	1,00	1,67	
Tecnidade	A	3,68	3,27	0,31	-0,35	0,00	0,84	0,107
	B	4,19	3,87	0,06	-0,02	0,00	1,00	
	C	4,33	4,06	0,22	0,00	0,65	1,17	
Realização	A	3,40	3,33	0,36	-0,65	0,00	0,34	0,295
	B	3,11	3,29	0,06	-0,67	0,00	0,35	
	C	3,55	3,52	0,16	0,00	0,00	1,00	
Ética	A	3,63	3,22	0,26	-0,39	0,00	0,76	0,129
	B	3,91	3,46	0,05	0,00	0,24	1,00	
	C	4,29	3,69	0,19	0,00	0,52	1,11	

Fonte: elaborado pelos autores. Obs.: <sup>1</sup>Kruskal-Wallis.

A análise revela diferença significativa (valor-p<0,001) do indicador Esforço, Dedicação (valor-p = 0,009) e Dinamismo (valor-p = 0,002) entre os hospitais, sendo que pelo teste de comparação múltipla, o Hospital A, de natureza privada, apresentou indicadores significativamente menores que os demais hospitais. Também houve diferença significativa (valor-p = 0,028) do indicador Subordinação entre os hospitais, porém, o teste de comparação múltipla não conformou a evidência.

## 5 DISCUSSÃO

O processo de construção da identidade profissional está em constante evolução, envolve observação, experimentação e internalização das impressões colhidas do mundo objetivo. Ele é sempre acompanhado por um ato reflexivo, de olhar para si próprio e construir sua autoimagem, bem como a imagem que gostaria de ver refletida no olhar do outro. Ao externalizar pensamentos e sentimentos por meio de ações, o indivíduo provoca reações positivas ou negativas no mundo objetivo. As críticas advindas do mundo externo

podem ser aceitas ou não. Se aceitas, o indivíduo tende a incorporar novos atributos à sua autoimagem (DUBAR, 2006).

Durante o processo de ensino e aprendizagem os residentes são desafiados, avaliados, aprovados e/ou reprovados em seus comportamentos e atitudes. Muitas expectativas são confrontadas nas relações com outras pessoas significativas para eles, tais como professores, preceptores, orientadores, supervisores e pacientes. O jogo das identificações e internalizações de normas, valores e atributos profissionais vai se desenrolando ao longo de todo o processo de formação, resultando em um pensar, agir e sentir como profissional médico, que agora faz parte de um grupo, do qual se exige determinadas competências técnicas e socioemocionais (MISCENKO; DAY, 2016; ASHFORTH, 2016).

Ao construírem suas identidades profissionais, os residentes sofrem influências relacionadas ao ambiente de aprendizagem, ao modelo de assistência à saúde centrado no saber médico e, conseqüentemente, a natureza da relação com pacientes, colegas e outros profissionais (CRUESS *et al.*, 2015).

Neste estudo buscou-se, por meio de adjetivos, identificar quais são os atributos que caracterizam a profissão médica, ou seja, aquilo que é próprio, peculiar e distintivo da categoria.

Nenhum dos itens da escala EAHP foi rejeitado pelos respondentes, no entanto, aqueles atributos elencados como mais peculiares e distintivos da profissão médica foram: Trabalhadora, Produtiva, Desafiante, Ádua, Desgastante, Estudiosa, Dedicada e Inteligente. Em síntese, são esses os atributos que propiciam a identificação dos residentes com seu grupo profissional, e que orientam os comportamentos esperados desta categoria profissional na relação com a coletividade (ZIKIC; RICHARDSON, 2015).

O construto Esforço merece atenção especial, porque obteve médias mais altas nos três hospitais em estudo e no conjunto dos seus atributos (Tabelas 4 e 5). Como explica Mayer (2017), os programas de residência podem ser comparados a um teste de resistência, com cobranças internas e externas que podem despertar quadros de ansiedade e distúrbios emocionais. A carga de trabalho de 60 horas semanais e a falta de experiência profissional são os fatores que mais podem contribuir para a elevação do estresse. Cabe acrescentar que a residência não exige dedicação exclusiva, não sendo incomum que os médicos possuam outros vínculos de trabalho, normalmente envolvendo longos e variados plantões, que acabam por agravar a privação do sono e os distúrbios cognitivos (VIEIRA *et al.*, 2019; SWIDE; KIRSH, 2007). Outra conseqüência do estresse intenso

vivenciado pelos residentes é o aumento da hostilidade, raiva crônica, ceticismo, mau humor, isolamento social, falta de libido e distanciamento emocional dos parceiros (OLIVEIRA et al., 2019; VIEIRA et al., 2016; IQBAL et al., 2015; LUDWIG et al., 2015).

No que se refere ao construto Técnica, é possível afirmar que ser Estudioso e Inteligente é uma condição para ingressar e concluir um curso de pós-graduação em uma instituição de saúde bem avaliada e disputada. Apesar do difícil ingresso, praticamente não existe evasão ou repetência ao longo da trajetória dos alunos nos programas, segundo Scheffer et al. (2018), porque eles têm ciência de antemão das exigências do processo de formação. É possível afirmar também, que esses atributos que fazem parte do construto Técnica, contribuem para elevar o *status* da profissão na sociedade (SCHEFFER et al., 2018).

Ao longo do processo de construção sociológica da profissão médica, ela adquiriu total autonomia no processo de diagnóstico da doença e planejamento da cura (SOUTHGATE; GRIMES; COX, 2018). Um exemplo é o ato de parir, que até meados do século passado era uma atribuição das parteiras ou *sages femmes*, e aos poucos foi se constituindo em uma área de saber da ginecologia e obstetrícia, convencendo a clientela da exclusiva jurisdição médica sobre esta atividade, e concedendo às parteiras e enfermeiras um papel secundário nesta tarefa (MENDONÇA, 2015).

Médicos e enfermeiros são o grupo de maior representatividade nos serviços hospitalares, e no que se refere às relações mediadas pelo saber-poder são também o mais conflitante, devido ao estreito vínculo técnico e operacional que se estabelece entre eles (HIGAZEE, 2015). Essa discreta disputa de poder reside na tentativa de ambos quererem demonstrar o seu papel preponderante no tratamento do doente (OLIVEIRA et al., 2019). É por meio dessa intrincada tessitura de jogos de poder que as identidades de um e outro grupo são reconstruídas e recombina

O embate entre essas profissões fica um pouco mais evidente quando se examina a média obtida no construto Reconhecimento. Os residentes médicos tenderam a ter uma autopercepção positiva em relação aos itens do construto, revelando o entendimento de que a profissão é Respeita e Admirada. No entanto, resultado diferente foi obtido por Vieira et al. (2017), quando fizeram uso da EAHP com estudantes de cursos de enfermagem, nutrição, biomedicina e fisioterapia, e obtiveram na autopercepção a média de 2,90, e na heteropercepção 2,58, indicando a presença de sofrimento moral pela falta de reconhecimento social e valorização destas profissões.

Outro aspecto relevante da análise diz respeito à heteropercepção no construto Reconhecimento. Os residentes revelaram o entendimento de que a sociedade concede mais Prestígio e Renome à profissão do que eles próprios. Estudos realizados por Rocha, Souza e Teixeira (2015) confirmam a tendência da percepção de perda do prestígio social da profissão médica ao longo dos anos, associada a uma deterioração na relação médico e paciente. De acordo com os resultados da pesquisa de Scheffer et al. (2018), a grande maioria dos egressos dos cursos de graduação vivenciaram ou assistiram no curso alguma conduta ética julgada inadequada.

Outro achado da presente pesquisa que merece destaque diz respeito ao construto Realização, composto pelos atributos Alegre, Feliz e Otimista, que obteve baixas médias em autopercepção e menores que as de heteropercepção. Esse resultado alerta a existência de uma dedicação ao trabalho excessiva, que impede a realização pessoal através de outros sistemas da vida, como a família, os amigos e o lazer. Isso vai na contramão do esperado pelos recém-formados, como aponta o estudo de Scheffer et al. (2018), que é uma boa combinação entre trabalho e vida pessoal, como condição para um exercício profissional satisfatório e gratificante.

## 6 CONCLUSÃO

Este estudo cumpriu o objetivo de identificar os atributos que caracterizam a profissão médica, por meio de adjetivos que na visão dos residentes distingue aquilo que é próprio e peculiar da profissão. A Escala de Auto e Heteropercepção Profissional (EAHP) utilizada para cumprir tal finalidade se mostrou útil, e os atributos identificados por meio da pesquisa encontraram correspondência na literatura especializada.

Os residentes identificaram a profissão Médica como Produtiva, Desafiante, Ádua, Desgastante Estudiosa, Dedicada e Inteligente. Pode-se afirmar, portanto, que esses foram os principais atributos utilizados pelas instituições educacionais e pela sociedade, para construir a identidade profissional do médico ao longo do processo de formação e inserção no mercado de trabalho. Agora internalizados, esses atributos geram a autoidentificação (a percepção de si mesmo como tal), capaz de garantir um *status* social e sentimento de pertencimento a um determinado grupo, que determina como e quando agir, de acordo com um código de ética legitimado pelas instituições socializantes (escolas, conselhos, associações).

Os residentes revelaram também que o processo de formação profissional é frequentemente caracterizado como árduo e desgastante. Como o exercício da profissão

exige muita dedicação, ele pode culminar em isolamento social, comprometendo a alegria, a felicidade e o otimismo, ou seja, o sentimento de autorrealização.

Apesar de se sentirem respeitados e admirados pela sociedade, os residentes se ressentem de certa perda de prestígio profissional e de falta de humanização da profissão, ou seja, de um atendimento médico menos burocrático ou robotizado, utilizando uma abordagem que valorize o usuário do serviço em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais. Isso poderia ser minimizado se fossem introduzidas nos currículos das escolas de medicina disciplinas que promovessem o desenvolvimento de habilidades socioemocionais.

Considera-se que as análises apresentadas neste estudo merecem ser exploradas por novas pesquisas, em especial as de cunho qualitativo, através das quais seria possível buscar explicações para o fato de as médias dos residentes do hospital privado terem sido mais baixas que as dos hospitais públicos. Sugere-se, também, a realização de estudos de natureza comparativa com residentes multiprofissionais da área da saúde.

Como limitações da pesquisa destaca-se o fato de o estudo ter envolvido apenas hospitais localizados em um grande centro urbano, sendo necessário também interiorizar as investigações.

## REFERÊNCIAS

ADRIANO, T.; ARRIAGA, P. Exaustão emocional e reconhecimento de emoções na face e voz em médicos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 17, n. 1, p. 97-104, 2016.

ASHFORTH, B. E. Distinguished scholar invited essay: exploring identity and identification in organizations: Time for some course corrections. **Journal of Leadership & Organizational Studies**, v. 23, n. 4, p. 361-373, 2016.

BORIM, M. L. C. et al. Construção da identidade profissional do professor de educação física na perspectiva do preceptor da residência pedagógica. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 3, p. 14306-14317, 2020.

CRUESS, R. L. et al. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. **Academic Medicine**, v. 90, n. 6, p. 718-725, 2015.

DE BENEDETTO, M. A. C. et al. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. **Revista Brasileira de Medicina. Edição Especial Oncologia**, v. 71, p. 15-24, 2014.

DUBAR, C. **A crise das identidades**. A interpretação de uma mutação. Porto, Portugal: Afrontamento, 2006.

EFRON, B.; TIBSHIRANI, R.J. **Introduction to the bootstrap**. New York, NY: Chapman & Hall, 1992.

HAIR, J. F. et al. **Multivariate data analysis**. 7 ed.. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 2010.

HENSELER, J.; RINGLE, C. M.; SINKOVICS, R. R. The use of partial least squares path modeling in international marketing. In: SINKOVICS, R. R.; GHOURI, P. N. (Eds.). **New challenges to international marketing**. Bingley, UK: Emerald Group, 2009.

HIGAZEE, M. Z. A. Types and levels of conflicts experienced by nurses in the hospital settings. **Health Science Journal**, v. 9, n. 6, p. 1, 2015.

IQBAL, S.; GUPTA, S.; VENKATARAO, E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. **The Indian Journal of Medical Research**, v. 141, n. 3, p. 354, 2015.

KOVESHNIKOV, A.; VAARA, E.; EHRNROOTH, M. Stereotype-based managerial identity work in multinational corporations. **Organization Studies**, v. 37, n. 9, p. 1353-1379, 2016.

LUDWIG, A. B. et al. Depression and stress amongst undergraduate medical students. **BMC Medical Education**, v. 15, n. 1, p. 1-5, 2015.

MAYER, F. B. A prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os estudantes de medicina: um estudo multicêntrico no Brasil. (**Tese de Doutorado**). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2017.

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 250-271, 2015.

MINGOTI, S.A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

MISCENKO, D.; DAY, D. V. Identity and identification at work. **Organizational Psychology Review**, v. 6, n. 3, p. 215-247, 2016.

MOREIRA, A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 49, n. 5, p. 393-402, 2016.

NUNNALLY, J.C.; BERNSTEIN, I.H. **Psychometric theory**. 3 ed., New York, N.Y.: McGraw-Hill, 1994.

OLIVEIRA, P. R. Cruvinel et al. Frequência da Síndrome de Burnout em médicos residentes. **Revista Residência Pediátrica**, v. 9, n. 2, p. 91-96, 2019.

RAÏCHE, G. et al. Non-graphical solutions for Cattell's scree test. **Methodology**, v. 9, n. 1., p. 23–29, 2013.

ROCHA, A. P. F.; SOUZA, K. R. de; TEIXEIRA, L. R. A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 843-862, 2015.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

SOUTHGATE, E.; GRIMES, S.; COX, J. High status professions, their related degrees and the social construction of quality. In: SHAH, M.; MCKAY, J. (Eds.). **Achieving equity and quality in higher education**. Suíça: Palgrave Macmillan, Cham, 2018.

SWIDE, C. E.; KIRSCH, J. R. Duty hours restriction and their effect on resident education and academic departments: the American perspective. **Current Opinion in Anesthesiology**, v. 20, n. 6, p. 580-584, 2007.

TENENHAUS, M.; ESPOSITO, V.; YVES-MARIECHATELIN, C. L. PLS path modeling. **Computational Statistics and Data Analysis**, v. 48, n. 1, p. 159–205, 2005.

VIEIRA, A. et al. Construção de uma escala de auto e heteropercepção profissional. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 15, n. 2, p. 9-24, 2016.

VIEIRA, A. et al. Gender differences and professional identities in health and engineering. **BAR-Brazilian Administration Review**, v. 14, n. 1, 2017.

VIEIRA, A. et al. Qualidade de vida dos médicos residentes: estudo de caso de um hospital de ensino federal. **Revista Hospitalidade**, v. 16, n. 01, p. 3-23, 2019.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 356-60, 2018.

ZIKIC, J.; RICHARDSON, J. What happens when you can't be who you are: Professional identity at the institutional periphery. **Human Relations**, v. 69, n. 1, p. 139-168, 2016.