



Gênero e identidade na profissão médica: um estudo com residentes

Gender and identity in the medical profession: a study with residents

Adriane Vieira¹

Karla Rona da Silva²

Selme Silqueira de Mattos³

Fátima Ferreira Roquete⁴

Meiriele Tavares de Araújo⁵

Resumo

As instituições educacionais possuem importante papel no desenvolvimento técnico dos residentes e na construção de suas identidades profissionais. Do confronto entre os atos de atribuição da identidade para si mesmo e dos atos de atribuição pelos outros resulta a construção da identidade coletiva. O objetivo do trabalho foi comparar os atributos que melhor

¹ Doutorado em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG, CEP: 30130-100. E-mail: vadri.bh@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7552-5491>

² Doutorado em Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, Instituição de atuação atual: Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG, CEP: 30130-100.
E-mail: karlarona0801@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0495-789X>

³ Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, Instituição de atuação atual: Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG, CEP: 30130-100.
E-mail: selmesilqueira@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5102-5051>

⁴ Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, Instituição de atuação atual: Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG, CEP: 30130-100.
E-mail: fatimaroquete@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0515-380X>

⁵ Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, Instituição de atuação atual: Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG, CEP: 30130-100.
E-mail: meirieletavares@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3722-9258>

caracterizam a identidade socioprofissional de médicos residentes homens e mulheres. O método de investigação escolhido foi o estudo transversal por meio de levantamento (survey). A amostra somou 327 residentes médicos de 4 hospitais da Grande Belo Horizonte. Os respondentes do gênero masculino da área de engenharia totalizam 41,90% e os do gênero feminino da área da saúde 58,10%. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário com a Escala de Autopercepção e Heteropercepção Profissional (EAHP). Os dados foram analisados por meio da modelagem de equações estruturais com abordagem multigrupos. Os resultados apontam para diferenças significativas entre gêneros nas dimensões Subordinação e Realização na autopercepção, e nas dimensões Esforço e Realização na heteropercepção. A dimensão Reconhecimento recebeu os menos escores em ambos os gêneros. Conclui-se que essa configuração pode gerar sofrimento a fragilizar a construção da identidade socioprofissional dos médicos residentes.

Palavras-chave: Identidade Profissional. Gênero. Medicina. Escala. Autopercepção. Heteropercepção.

Abstract

Educational institutions play an important role in the technical development of residents and in the construction of their professional identities. The construction of collective identity results from the confrontation between the acts of identity attribution for oneself and the acts of attribution by others. The objective of the study was to compare the attributes that best characterize the socioprofessional identity of male and female medical residents. The chosen research method was a cross-sectional study by means of a survey. The sample comprised 327 medical residents from 4 hospitals in Greater Belo Horizonte. Male respondents from the engineering area totaled 41.90% and female respondents from the health area, 58.10%. The data collection instrument used was a questionnaire with the Professional Self-Perception and Heteroperception Scale (EAHP). The data were analyzed using structural equation modeling with a multigroup approach. The results point to significant gender differences in the Subordination and Accomplishment dimensions in the self-perception, and in the Effort and Achievement dimensions in the heteroperception. The Recognition dimension received the lowest scores in both genders. We conclude that this configuration can generate suffering and weaken the construction of the socio-professional identity of resident physicians.

Keywords: Professional Identity. Gender. Medicine. Scale. Self-perception. Heteroperception.

Introdução

A sociedade brasileira ainda mantém as tradicionais relações de poder quando o assunto são homens e mulheres disputando espaço no mercado de trabalho, apesar de elas estarem ocupando cada vez mais postos em áreas tradicionalmente masculinas (Vieira, Carrieri, Monteiro, & Roquete, 2017; Moretti-Pires, Guadagni, Tesses-Júnior, Campos, & Turatti, 2020). Pesquisas mostram que mulheres altamente qualificadas costumam ser preteridas em cargos de alta remuneração na disputa com os homens, e que ainda existe sub-representação delas em áreas de tecnologia, engenharia e matemática (Wilmers & Aeppli, 2021; Costa, 2020; Heb, 2020).

No que tange à carreira médica, os homens ainda são maioria entre os que estão em atividade no Brasil, como mostra o levantamento de dados sobre a Demografia Médica no Brasil, representando 53,4% da população, e as mulheres 46,6%. Em 1990 as mulheres representavam apenas 30,8% deste total. Nos grupos de médicos com idades até 34 anos, no entanto, elas já são maioria (55,3%), bem como entre os médicos com até 29 anos (58,5%). A presença masculina só aumenta nas faixas etárias mais elevadas, atingindo o percentual máximo de 79% no grupo acima dos 70 anos (Scheffer et al., 2020).

As instituições educacionais possuem importante papel no desenvolvimento cognitivo e técnico dos residentes, e também na construção de suas identidades profissionais. Segundo Dubar (2015), o processo de construção da identidade coletiva acontece quando, em um determinado contexto histórico um grupo de indivíduos apresenta características que o marcam como idêntico a si mesmo e diferente de outros. Essa identidade coletiva os leva a adotarem papéis, normas e valores comuns para todos os componentes do grupo. É do confronto entre a atribuição das identidades para si mesmo (autopercepção) e a identidade que outros lhe atribuem (heteropercepção) que resulta a construção da identidade coletiva. O processo de construção da identidade para si é resultante da história de vida individual, enquanto o processo de construção da identidade para o outro ocorre através das instituições e dos agentes que estão em interação direta com os indivíduos.

A prática clínica segura e eficaz depende de uma identidade profissional bem definida, segundo Matthews, Bialocerkowski e Molineux (2019). Na opinião dos autores, a maioria das pesquisas sobre identidade profissional tem sido conduzida mediante a adoção do paradigma qualitativo, por isso eles sugerem que análises quantitativas também sejam realizadas de forma adicional.

Estabelecidas as variáveis envolvidas informa-se que o objetivo deste trabalho foi comparar os atributos que melhor caracterizam a identidade socioprofissional de médicos residentes homens e mulheres.

Sabe-se que gênero não é binário, no entanto, assim como Cohen e Kiram (2020) nos concentramos nas diferenças entre os grupos definidos como homens e mulheres, dado que para efeitos comparativos ainda há pouca pesquisa sobre as experiências de médicos não-binários. O método de investigação escolhido foi o levantamento (survey), com 327 residentes pertencentes a quatro hospitais localizados na grande Belo Horizonte, sendo um federal, um privado sem fins lucrativos e dois estaduais que atuam de forma articulada na assistência prestada e ocupam área física contígua.

O instrumento de coleta de dados utilizada foi a Escala de Autopercepção e Heteropercepção Profissional (EAHP), construída e validada por Vieira, Alves, Monteiro, Garcia e Soares (2016), composta por nove dimensões: esforço, reconhecimento, dedicação, subordinação, inovação, dinamismo, tecnicidade, realização e ética.

Na sequência deste trabalho apresenta-se o referencial teórico abordado os seguintes temas: residência médica e construção da identidade socioprofissional; e profissões e gênero na área da saúde. Em seguida está o detalhamento da metodologia da pesquisa, a descrição e análise dos dados coletados, e as conclusões.

Residência Médica e Construção da Identidade Socioprofissional

Não há dúvida de que os profissionais da área da saúde prestam um tipo de serviço muito importante para a vida humana, no entanto, as atividades realizadas nos hospitais e nos serviços de urgência e emergência geram riscos de estresse ocupacional e síndrome de burnout, em função do desgaste físico e emocional, propiciado pelas longas jornadas de trabalho e pela necessidade de lidar com o risco de morte e emoções dos pacientes e familiares (Campos et al., 2022; Bond et al., 2018).

Esse período de formação também é vital para a continuidade do processo de construção da identidade socioprofissional, uma vez que ela é fruto da relação entre o indivíduo e o grupo, importando não apenas as semelhanças, mas também as diferenças entre seus membros. Declarar a identidade significa assumir um pertencimento, que envolve aspectos biográficos e relacionais. Existem pertencimentos obrigatórios, como os recebidos por nascimento, e aqueles que escolhemos voluntariamente, como a profissão. Portanto, os pertencimentos são responsáveis pela construção da identidade, modelada pela integração aos

diversos grupos: familiares, institucionais e sociais (Crues, Cruess & Steinert, 2019; Forouzadeh, Kiani & Bazmi, 2018).

O profissionalismo médico é definido por Wasyastuti et al. (2018) como a articulação, na prática da vida cotidiana, da comunicação, conhecimentos, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções e valores, de forma a atender os interesses das pessoas assistidas. O profissionalismo é uma condição para ser um bom médico, e inclui a priorização da autonomia e bem-estar do paciente e sua autonomia, e da distribuição justa dos recursos de saúde (Forouzadeh, Kiani & Bazmi, 2018).

Uma característica que distingue a profissão médica das demais profissões da área da saúde é o monopólio das técnicas de diagnóstico e interpretação dos exames, além da maior confiança do paciente, garantindo-lhe status, respeito e tratamento especial, o que em última instância resulta em maiores salários (Jaisson, 2018).

Os currículos escolares orientam a formação dos estudantes ao longo do curso de graduação e pós-graduação, inculcando valores que definem o que deve ser aprendido e como deve ser colocado em prática. É importante alertar que existem dois tipos de currículo, o formal e o oculto. O primeiro é publicizado e contém o conjunto de disciplinas e as competências associadas. O segundo é resultante das relações interpessoais que se desenvolvem no espaço acadêmico, englobando o desenvolvimento valores e atitudes importantes e associadas ao profissionalismo (Cruess, Cruess & Steinert, 2019).

Ao ingressar na faculdade o estudante de medicina se torna membro de um grupo profissional capacitado, que desempenha um papel específico e construído ao longo de muitas gerações, sobre o qual recai uma forte expectativa social e cultural. Essa construção identitária tem continuidade na residência, que também envolve muitas cobranças e expectativas, além do desejo de alcançar independência financeira (Campos et al., 2022).

O confronto entre a idealização do papel do médico e a formação profissional é frequentemente mediado pelo sofrimento emocional, sendo comum que as instituições formadoras ofereçam programas de apoio psicológico e psiquiátrico para os ajudar a superar as dificuldades associadas às expectativas dos familiares, professores, supervisores e preceptores e a autocobrança deles próprios, desde a escolha profissional até a conclusão da graduação e da pós-graduação. Quando as condições emocionais são abaladas, a construção da identidade profissional pode ser fragilizada, diminuindo a empatia e o profissionalismo (Ikball & Musa, 2018; Houseknecht, Roma, Stolfi, & Borges, 2019).

A escolha teórica deste estudo recaiu sobre a categoria identidade sócio-profissional, proposta por Dubar (2015), resultante do confronto dos atos de atribuição da 'identidade para

si' ou biográfico, e atos de atribuição da 'identidade para o outro'. O primeiro ato foi denominado nesta pesquisa de autopercepção e o segundo de heteropercepção. Os dois ocorrem ao mesmo tempo e são fortemente influenciados pelas esferas do trabalho e do emprego, e também pela formação profissional. A autopercepção e heteropercepção são, portanto, estruturas cognitivas que podem incluir atitudes ou juízos de valor, usadas para dar sentido ao mundo e proteger o senso de valores básicos. Desse modo, as pessoas podem organizar e estruturar as suas percepções em torno de alguns domínios, como raça, etnia, gênero, idade, formação acadêmica e escolhas profissionais (Dubar, 2015).

Profissões e Gênero na Área da Saúde

As construções sociais de gênero estabelecem os papéis e responsabilidades destinados a homens e mulheres afetando outras esferas da vida, como a formação profissional e o mercado de trabalho. A categoria gênero é determinante de acesso aos espaços de poder, e as mulheres acabam obtendo menores chances de participação em determinados espaços públicos (Hoff, 2021).

A área da saúde reúne um grande conjunto de profissões nas quais a predominância feminina acontece justamente porque as mulheres começaram a se inserir no mercado de trabalho em ocupações vinculadas ao cuidar, ao educar e ao servir, cuja representação social de dom ou vocação foi intencionalmente criada para manter a dominação masculina (Moretti-Pires et al., 2020). Isso constituiu o que Hugman (1991) denomina de '*caring professions*'. Segundo o autor, o *care* apresenta dupla dimensionalidade: o cuidar como compromisso (*care for*) e o cuidar como tarefa (*care about*). Enfermeiras, assistentes sociais e fisioterapeutas cuidam de pessoas como compromisso, e muitas vezes desempenham atividades desagradáveis, relacionadas com o funcionamento corporal. Profissões tradicionalmente masculinas, como medicina, direito e arquitetura cuidam das pessoas como tarefa, sem muito envolvimento nem sacrifício.

Homens e mulheres diferem em suas experiências e valores, o que influencia tanto interesses quanto prioridades, acarretado maior diversidade no campo intelectual, na produção científica e nas práticas em saúde das instituições (Gündemir, Martin & Homan, 2019). A inserção de um número maior de mulheres em redutos masculinos vem se ampliando gradativamente, e elas já são maioria em número de ingressantes nos cursos de graduação em Medicina. No entanto, especialidades como anestesiologia e cirurgia permanecem com baixa representatividade feminina (Scheffer et al., 2020; Moretti-Pires et al., 2020).

A aplicação da Escala EAHP em 511 mulheres integrantes das equipes de enfermagem (enfermeiras e técnicas) de dois hospitais gerais de Minas Gerais, mostrou que as profissionais apresentam autopercepção mais positiva do que a imagem que acreditam que a sociedade tem de sua categoria profissional. As dimensões ‘esforço’ e ‘ética’ ocuparam as primeiras posições, enquanto ‘reconhecimento’ foi o atributo menos representativo da identidade profissional (Vieira, Alves, Monteiro, & Garcia, 2013).

Estudo realizado Vieira et al. (2017), também utilizando a EHAP, com 502 estudantes de graduação da UFMG matriculados em cursos da área de engenharia (produção, mecânica e metalurgia) de predominância masculina, e da área da saúde (enfermagem, nutrição, biomedicina e fisioterapia), de predominância feminina, revelou que a autopercepção dos profissionais sobre sua profissão é mais positiva do que a percepção que a da sociedade. O aspecto preocupante que mais se destacou no estudo foi a baixa autoestima desses profissionais, decorrente da falta de confirmação do seu valor e status social. Quanto aos atributos que caracterizam essas profissões, os que mais se destacaram foram dedicação, esforço, ética e tecnicidade. E os que menos caracterizam foram: reconhecimento e realização.

Estudos na área da saúde demonstram que diversidade, equidade e inclusão ajudam a fortalecer um melhor ambiente de trabalho, por meio de engajamento e comunicação aprimorados, maior produtividade e retenção de talentos. A diversidade, portanto, tem a capacidade de melhorar a experiência geral do paciente por meio de uma comunicação mais eficaz, otimizando a adesão ao tratamento (Hingle & Barrett, 2020).

Metodologia da Pesquisa

O método de investigação escolhido foi o estudo transversal por meio de levantamento (survey), que tem o objetivo de estudar as características de um grupo, levantar as opiniões, atitudes e crenças, explorando e analisando dados para criação, formalização e/ou renovação de áreas do conhecimento (Cobanoglu, Warde, & Moreo, 2001).

Como objeto de análise foram escolhidos cursos de residência médica de 4 hospitais localizados em Minas Gerais, sendo um deles de nível federal, um privado sem fins lucrativos e dois estaduais, sendo que estes últimos recentemente passaram por uma fusão de serviço e processos de trabalho e ocupavam a mesma área física.

A coleta de dados quantitativo obteve uma amostra de 327 médicos residentes. O questionário aplicado continha a Escala de Autopercepção e Heteropercepção (EAHP) construída e validada por Vieira et al. (2016), composta por 30 atributos identitários,

distribuídos em nove 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). O instrumento também contou com questões sociodemográficas para a caracterização dos participantes da pesquisa.

Os respondentes atribuíram notas de 1 a 5 (1 = descreve muito mal; e 5 = descreve muito bem) a fim de melhor descrever sua categoria profissional. Cada atributo foi avaliado duas vezes, sendo a primeira avaliação sobre o modo como o respondente percebe sua categoria profissional (autopercepção), e a segunda sobre a percepção que ele acredita que a sociedade tem da sua categoria profissional (heteropercepção).

As respostas dos participantes foram registradas em banco de dados, por meio do programa de informática *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), e analisadas por meio da modelagem de equações estruturais com abordagem multigrupos (Tabachnick & Fidel, 2007).

Foi realizada uma análise dos *outliers*, que são observações que apresentam um padrão de resposta diferente das demais. Não foram encontrados valores fora do intervalo da escala, portanto, não foi evidenciando erro na tabulação dos dados. Os *outliers* univariados foram diagnosticados por meio da padronização dos resultados, de forma que a média da variável fosse 0 e o desvio padrão 1. Já os *outliers* multivariados foram diagnosticados com base na medida D^2 de Mahalanobis. Com base nessa técnica foram encontradas 12 (3,64%) observações consideradas atípicas. Por acreditar-se que as observações eram casos válidos da população e que, caso fossem eliminadas poderiam limitar a generalidade da análise multivariada, apesar de possivelmente melhorar seus resultados (Hair et al., 2009), optou-se por não excluir nenhum dos casos.

Para verificar a linearidade dos dados, inicialmente foram analisadas as correlações das variáveis par a par, uma vez que um coeficiente de correlação significativo ao nível de 5% é indicativo da existência de linearidade. Através da matriz de correlação de Pearson, no banco dos residentes foram observadas 1199 de 1770 relações significativas ao nível de 5%, o que representa aproximadamente 67,74% das correlações possíveis. Além disso, foi realizado o teste de Bartlett (Mingoti, 2007) para verificar a linearidade em cada constructo. Para todos os constructos foram observados p-valores menores que 0,05, indicando que existem evidências significativas de linearidade dentro dos constructos.

No que se refere à confiabilidade, validade convergente e dimensionalidade dos constructos pode-se afirmar que: todos os constructos apresentaram validação convergente, pois a AVE foi superior a 0,50; todos os constructos apresentaram Alfa de Cronbach (AC) ou

Confiabilidade Composta (CC) acima de 0,70, ou seja, todos apresentaram os níveis exigidos de confiabilidade; em todos os constructos o ajuste da Análise Fatorial foi adequado, uma vez que todos os KMO foram maiores ou iguais a 0,50; e todos os constructos foram unidimensionais pelo critério de Kaiser (Hair et al., 2009).

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o parecer n. 1.748.321, conforme estabelecem as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Quanto ao perfil da amostra (Tabela 1), pode-se observar que a maior parte dos residentes (58,10%) eram do sexo feminino, não tinham nenhum filho (92,33%), eram solteiros (80,00%), e tinham idade média de 29,32 anos.

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Masculino	137	41,90
	Feminino	190	58,10
Número de filhos	Nenhum	301	92,33
	Um a dois	25	7,67
Estado Civil	Solteiro	264	80,00
	União estável	13	3,94
	Casado	52	15,76
	Divorciado	1	0,30
Idade (n = 311)	Média (D.P.)	29,32 (3,47)	
Total		327	

Tabela 1 -Análise descritiva das variáveis de caracterização dos residentes médicos.

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 2 apresenta a análise descritiva das dimensões de auto e heteropercepção por atributos somados os quatro hospitais.

Dimensões	Atributos	Autopercepção			Heteropercepção		
		Média	D.P.	I.C. - 95% ¹	Média	D.P.	I.C. - 95% ¹
Esforço	Produtiva	4,41	0,76	[4,33;4,49]	3,59	1,12	[3,47;3,70]
	Desgastante	4,32	0,86	[4,23;4,41]	3,26	1,27	[3,12;3,40]
	Trabalhadora	4,54	0,71	[4,46;4,62]	3,35	1,18	[3,21;3,47]
	Árdua	4,31	0,89	[4,21;4,41]	3,27	1,22	[3,14;3,40]
		<i>4,39</i>	<i>0,62</i>		<i>3,37</i>	<i>1,01</i>	
Reconhecimento	Respeitada	3,44	1,04	[3,32;3,55]	3,42	1,14	[3,31;3,53]
	Admirada	3,73	1,00	[3,62;3,84]	3,57	1,09	[3,47;3,68]
	Prestigiada	3,34	1,05	[3,23;3,46]	3,42	1,15	[3,30;3,54]
	Renomada	3,27	1,02	[3,16;3,38]	3,47	1,14	[3,33;3,59]
		<i>3,44</i>	<i>0,89</i>		<i>3,47</i>	<i>1,00</i>	
Dedicação	Companheira	3,32	1,01	[3,21;3,44]	3,20	1,00	[3,08;3,30]
	Amiga	3,34	1,01	[3,24;3,45]	3,21	0,97	[3,11;3,32]
	Humana	3,84	0,93	[3,74;3,94]	3,20	1,06	[3,09;3,32]
	Dedicada	4,27	0,72	[4,19;4,35]	3,50	1,04	[3,39;3,62]
		<i>3,69</i>	<i>0,71</i>		<i>2,93</i>	<i>0,84</i>	
Subordinação	Dependente	3,38	1,02	[3,28;3,49]	3,06	1,03	[2,94;3,16]
	Obediente	3,19	0,94	[3,10;3,30]	2,97	1,01	[2,86;3,08]
	Submissa	2,68	1,07	[2,56;2,80]	2,76	1,02	[2,64;2,87]
		<i>3,08</i>	<i>0,76</i>		<i>2,93</i>	<i>1,02</i>	
Inovação	Inovadora	3,57	1,00	[3,46;3,68]	3,29	1,01	[3,17;3,40]
	Criativa	3,54	0,99	[3,44;3,65]	3,27	0,97	[3,18;3,38]
		<i>3,56</i>	<i>0,93</i>		<i>3,28</i>	<i>0,91</i>	
Dinamismo	Dinâmica	3,92	0,91	[3,82;4,01]	3,36	0,97	[3,25;3,46]
	Estimulante	3,92	1,04	[3,80;4,02]	3,45	1,03	[3,34;3,56]
	Desafiante	4,33	0,81	[4,24;4,42]	3,68	1,04	[3,57;3,79]
		<i>4,06</i>	<i>0,78</i>		<i>3,49</i>	<i>0,90</i>	
Tecnicidade	Inteligente	4,20	0,75	[4,12;4,28]	3,92	0,93	[3,82;4,02]
	Sábia	4,01	0,87	[3,92;4,10]	3,85	0,99	[3,75;3,96]
	Estudiosa	4,27	0,78	[4,18;4,34]	3,91	1,00	[3,80;4,01]
		<i>4,16</i>	<i>0,67</i>		<i>3,89</i>	<i>0,88</i>	
Realização	Alegre	3,21	1,11	[3,10;3,34]	3,33	1,01	[3,23;3,43]
	Feliz	3,14	1,10	[3,02;3,26]	3,34	1,03	[3,22;3,46]
	Otimista	3,11	1,07	[2,99;3,21]	3,32	1,01	[3,22;3,44]
		<i>3,15</i>	<i>1,01</i>		<i>3,33</i>	<i>0,94</i>	
Ética	Honrada	3,79	0,97	[3,68;3,90]	3,61	1,00	[3,50;3,72]
	Confiável	3,91	0,82	[3,82;4,00]	3,52	1,03	[3,40;3,63]
	Ética	3,94	0,89	[3,85;4,04]	3,42	1,05	[3,32;3,54]
	Honesta	3,92	0,86	[3,83;4,01]	3,41	1,07	[3,30;3,52]
		<i>3,89</i>	<i>0,72</i>		<i>3,49</i>	<i>0,91</i>	

Tabela 2 Análise descritiva das variáveis das dimensões da EAHP

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda¹ Intervalo Bootstrap.

No que tange a autopercepção é possível verificar que a dimensão Esforço obteve a maior média geral (4,39), e que os residentes tenderam a concordar com todos os atributos. Ao observar os intervalos de confiança o atributo Trabalhadora apresentou uma concordância significativamente maior que os atributos Desgastante e Árdua. Em seguida destaca-se a dimensão Tecnicidade (4,16), com o atributo Sábia, e a dimensão Dinamismo (4,06), com o atributo Estudiosa. Na dimensão Ética (média geral 3,89) os indivíduos tenderam a concordar com todos os atributos, sem diferença significativa entre eles, quando se observa o intervalo de confiança. Na dimensão Dedicação (3,69) destaca-se o atributo Dedicada, com uma

concordância significativamente maior que a dos demais de acordo com o intervalo de confiança. Na dimensão Inovação (3,56) os residentes tenderam a concordar com todos os atributos.

As dimensões com menores médias gerais foram Reconhecimento (3,44), Realização (3,15) e Subordinação (3,08). Na dimensão Reconhecimento o atributo Admirada apresentou uma concordância significativamente maior que os demais. Ao observar os intervalos de confiança verifica-se que não houve diferença significativa entre os atributos. Na dimensão Subordinação os residentes tenderam a discordar fortemente do atributo Submissa (2,68).

No que se refere a heteropercepção, todas as dimensões e atributos receberam médias menores que os da autopercepção, com exceção para Realização, revelando uma percepção mais otimista da profissão pela sociedade do que pelos próprios residentes.

Em síntese, são as dimensões Esforço, Técnica e Dinamismo e seus atributos Trabalhadora, Sábia e Estudiosa que garantem a identificação dos residentes em medicina com seu grupo profissional, determinando os comportamentos que são esperados em seu relacionamento com o coletivo (Zikic & Richardson, 2016). As dimensões e atributos que menos geram identificação são: Reconhecimento, Realização (3,15) e Subordinação

Estudos confirmam que a residência é considerada um teste de resistência em função das muitas demandas e cobranças internas e externas, além da longa jornada de trabalho de 60 horas semanais considerada estressante, e isso acaba frustrando os jovens profissionais que esperam poder combinar trabalho e vida pessoal (Leandro et al., 2020; Bond et al., 2018).

Pesquisa realizada por Vieira et al. (2017) utilizando a escala EAHP com estudantes de cursos de Enfermagem, Nutrição, Biomedicina e Fisioterapia obteve média ainda mais baixa na autopercepção (2,90) e na heteropercepção (2,58) para a dimensão Reconhecimento. A falta de reconhecimento remete à ausência dos sentimentos de aceitação e admiração da profissão, apesar do grau de dedicação e esforço exigido, e pode fragilizar a construção identitária dos médicos e dos demais profissionais de saúde (Cruess, Cruess & Steinert, 2019; Forouzadeh, Kiani & Bazmi, 2018; Wasityastuti et al., 2018).

Souza e Araújo (2018) utilizaram o Inventário de Risco de Sofrimento Patogênico no Trabalho (IRIS) para investigar a percepção de 90 residentes em saúde brasileiros, sobre suas necessidades, expectativas e dificuldades. Como resultado, o fator ‘Sinto o reconhecimento da minha chefia pelo trabalho que realizo’ obteve o menor escore, revelando desgaste relacional e comunicativo entre profissionais e chefias. Outro elemento que pode complicar ainda mais a relação com o trabalho é o baixo reconhecimento pela sociedade do quanto essa categoria profissional é Trabalhadora.

Souza e Teixeira (2015) e Scheffer et al. (2020) acreditam que a perda do prestígio da profissão esteja associada a uma questão de resgate de uma prática mais humanizada e voltada para o acolhimento das demandas e necessidades da parcela mais necessitada da população, bem como por meio da valorização do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, Forouzadeh, Kiani e Bazmi (2018) alertam para a transformação da saúde em um negócio lucrativo em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento, tem gerado uma perda de confiança nos médicos.

A falta do sentimento de Realização (3,15) também é preocupante. Os resultados apontam que os residentes não se percebem como felizes ou otimistas. A negatividade presente no dia a dia do profissional pode estar realizada com uma extensa carga de trabalho, conforme Benedetto e Galian (2018). Outros fatores presentes são o contato constante com a dor e o sofrimento no ambiente profissional da residência, que segundo Oliveira et al. (2020) distanciam os profissionais das questões relacionadas à empatia e solidarização com o paciente e seus familiares.

A Tabela 3 apresenta a comparação das dimensões de auto percepção e heteropercepção dos residentes por gênero, bem como a diferença entre as duas dimensões.

Atributo	Masculino		Feminino		Valor-p ¹
	Média	D.P.	Média	D.P.	
<i>Auto percepção</i>					
Esforço	4,31	0,68	4,45	0,56	0,076
Reconhecimento	3,32	0,97	3,55	0,82	0,066
Dedicação	3,60	0,76	3,76	0,68	0,107
Subordinação	3,19	0,80	3,00	0,73	0,037
Inovação	3,54	1,03	3,57	0,86	0,955
Dinamismo	3,93	0,93	4,15	0,64	0,137
Tecnicidade	4,05	0,76	4,23	0,58	0,052
Realização	2,97	1,12	3,27	0,90	0,020
Ética	3,85	0,80	3,91	0,65	0,741
<i>Heteropercepção</i>					
Esforço	3,14	1,05	3,54	0,93	0,001
Reconhecimento	3,35	1,06	3,56	0,93	0,103
Dedicação	3,18	0,85	3,35	0,79	0,053
Subordinação	2,92	0,81	2,93	0,87	0,898
Inovação	3,27	1,03	3,29	0,82	0,980
Dinamismo	3,47	1,00	3,52	0,83	0,793
Tecnicidade	3,85	0,95	3,93	0,82	0,606
Realização	3,18	1,01	3,45	0,88	0,042
Ética	3,39	1,00	3,57	0,83	0,117
<i>Diferença (Auto e Heteropercepção)</i>					
Esforço	1,17	1,11	0,91	1,00	0,026
Reconhecimento	-0,03	1,00	-0,01	1,03	0,909
Dedicação	0,42	1,02	0,41	0,86	0,842
Subordinação	0,27	0,99	0,07	0,88	0,033
Inovação	0,27	1,24	0,28	0,93	0,960
Dinamismo	0,46	1,11	0,64	0,96	0,082
Tecnicidade	0,20	1,05	0,30	0,94	0,331

Realização	-0,21	1,10	-0,19	1,17	0,995
Ética	0,46	1,04	0,34	0,86	0,280

Tabela 3 Comparação dos atributos de autopercepção e heteropercepção entre os gêneros

¹ Teste de Mann-Whitney.

Em todas as dimensões da autopercepção e heteropercepção, com exceção da Subordinação foram obtidas médias maiores pelas mulheres, indicando uma visão mais positiva, otimista e engajada da profissão. Semelhantemente ao resultado da pesquisa de Vieira et al. (2017), no qual as mulheres inseridas em profissões de saúde (Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Biomedicina) concederam médias menores que os homens apenas para Dinamismo e Esforço, tanto na autopercepção quanto na heteropercepção.

Na autopercepção houve diferença significativa (Valor-p = 0,037) na dimensão Subordinação, sendo que os médicos residentes tenderam a perceber a profissão como mais submissa, dependente e obediente em seu meio profissional. Além disso, houve diferença significativa (Valor-p = 0,020) também na dimensão Realização, como valores maiores atribuídos pelas médicas. Apesar disso, destaca-se que essa dimensão obteve as médias mais baixas por ambos gêneros.

Na heteropercepção houve diferença significativa entre os gêneros na dimensão Esforço (Valor-p = 0,001), Realização (Valor-p = 0,042) e Subordinação (Valor-p = 0,033). As médicas acreditam que a sociedade vê a profissão como mais produtiva, árdua, desgastante, e ao mesmo tempo feliz e otimista. Na dimensão Subordinação são os médicos que informam que a sociedade não vê a profissão como submissa.

A identidade profissional ocupa um importante papel na maneira como conferimos sentido ao nosso ambiente de trabalho. A profissão de uma pessoa representa uma forma de vida a ser assumida, uma vez que a relação entre o trabalhador e sua profissão é caracterizada pelo envolvimento e pelo sentimento de identidade e de adesão aos seus atributos (Crues, Crues & Steinert, 2019; Forouzadeh, Kiani & Bazmi, 2018; Wasityastuti et al., 2018; Vieira et al., 2017).

Os movimentos realizados pelas mulheres são os responsáveis por modificar as configurações sociais desiguais de poder e acesso ao mercado de trabalho, aos postos de liderança e à igualdade salarial, conquistando direitos e provocando mudanças estruturais na sociedade. Na maioria das vezes elas se sentem na obrigação de provar que são tão capazes de desempenhar tão bem seus ofícios quanto os homens e, por isto, precisam se dedicar e muito mais que seus pares. No entanto, o esforço e a dedicação sem o devido reconhecimento e às custas de uma jornada tripla (casa, trabalho e educação) têm comprometido o sentimento de realização (Riboldi & Artes, 2016; Vieira et al., 2017).

As normas sociais e padrões de comportamento alimentam as expectativas de gênero de pacientes e colegas de trabalho, estabelecendo diferenças para homens e mulheres (Linzer & Harwood, 2018). É possível que essas expectativas influenciem de forma não consciente na avaliação dos residentes pelos seus supervisores e preceptores, constituindo-se em obstáculos ao reconhecimento, que por sua vez, pode favorecer características estereotipicamente masculina, como confiança (Pingree et al., 2020). Sendo assim, como alertam Hingle e Barrett (2020), as médicas também encontram um teto de vidro de barreiras invisíveis, caracterizado por menos oportunidades de feedbacks e estímulos ao desenvolvimento de determinadas competências, como a liderança, bem como para a escolha por determinadas especialidades médicas, como a ortopedia e cirurgia. Isso pode prejudicar seu desenvolvimento profissional e reforçar a síndrome do impostor, descrita como uma experiência interna de fraude intelectual, caracterizada pela tendência de atribuir o sucesso a causas externas, como, sorte, erro ou ignorância de outras pessoas, ao invés de assumir o mérito como seu (Bravata et al., 2020).

Considerações Finais

O objetivo do trabalho foi comparar os atributos que melhor caracterizam a identidade socioprofissional de médicos residentes homens e mulheres. A Escala de Auto e Heteropercepção revelou-se útil para efeito de comparação das percepções. Partiu-se da compreensão que o processo de construção da identidade socioprofissional é mediado pela internalização de valores e adoção de determinados comportamentos e atitudes, resultando na representação de si mesmo e da autoestima, bem como do profissionalismo, a partir das relações estabelecidas com outros que são significativos, e que fazem parte do ambiente de aprendizagem e prática.

Na comparação entre os gêneros, as mulheres concederam valores mais elevados às dimensões e atributos da EAHP, indicando uma visão mais positiva, otimista e engajada com a profissão. Os residentes médicos tenderam a perceber a profissão como ligeiramente mais submissa, dependente e obediente em seu meio profissional. Na heteropercepção houve diferença significativa entre os gêneros na dimensão Esforço, sendo que as médicas tenderam a acreditar que a sociedade vê a profissão como mais produtiva, árdua e desgastante do que os médicos. Nesse sentido, é possível afirmar que existem diferenças significativas entre homens e mulheres na medicina, e que elas se vêm obrigadas a serem mais dedicadas para provar que são tão competentes quanto eles. No entanto, o esforço e a dedicação sem o devido

reconhecimento e às custas de uma jornada tripla (casa, trabalho e educação) têm comprometido o sentimento de realização.

Apesar do notório status e privilégio dessa profissão, as dimensões Reconhecimento e Realização receberam escores baixos, indicando perda de prestígio da profissão médica a visão de ambos os gêneros. As longas jornadas e os sucessivos plantões podem somados a falta de reconhecimento da sociedade está gerando sofrimento a fragilizando a construção da identidade socioprofissional

Outro ponto de reflexão propiciado pelos resultados desta pesquisa é que as médias da heteropercepção apresentaram menores escores em quase todas as dimensões, especialmente na visão dos médicos residentes, sendo possível afirmar que em suas opiniões a sociedade tem uma imagem da profissão mais negativa do que eles gostariam.

Para futuros estudos sugere-se a combinação de técnicas qualitativas de coleta e análise de dados, afim de aprofundar a compreensão das condições históricas e culturais de construção de identidades socioprofissionais, e também da produção de relações de dominação de gênero. Espera-se, assim, que esses novos estudos forneçam subsídios para que as instituições de ensino desenvolvam políticas que tragam soluções para possíveis discriminações e segregações.

Agradecimentos

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo financiamento da pesquisa.

Referências

- Benedetto, M. A. C. D., & Gallian, D. M. C. (2018). Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22(67):1197-207.
- Bond, M. M. K. *et al.* (2018). Prevalência de burnout entre médicos residentes de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42, 97-107.
- Bravata, D. M. *et al.* (2020). Prevalence, predictors, and treatment of impostor syndrome: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 35(4), 1252-1275.
- Campos, I. F. D. S. *et al.* (2022). Impostor Syndrome and its association with depression and burnout among medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 46(2), e068, 2022.
- Cobanoglu, C., Warde, B., & Moreo, P. J. (2001). A comparison of mail, fax and web-based survey methods. *International Journal of Market Research*, 43(4), 441-452.

- Cohen, M., & Kiran, T. (2020). Closing the gender pay gap in Canadian medicine. *CMAJ*, *192*(35), e1011-E1017.
- Costa, C. L. (2020). Mulheres e suas geografias em universidades brasileiras. *Geografia em Atos (Online)*, *3*(18), 210-226.
- Cardoso, S. D. L., & Farias, D. S. (2021). Aspectos acadêmicos da coreme no HGRS: ampliando a qualidade do ensino na residência médica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, *45*, 151-168.
- Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2019). Supporting the development of a professional identity: general principles. *Medical teacher*, *41*(6), 641-649.
- Dubar, C. (2015). *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*. 5th ed. Paris: Armand Colin.
- Evans, R., Widman, L., Kamke, K., & Stewart, J. L. (2020). Gender differences in parents' communication with their adolescent children about sexual risk and sex-positive topics. *The Journal of Sex Research*, *57*(2), 177-188.
- Forouzadeh, M., Kiani, M., & Bazmi, S. (2018). Professionalism and its role in the formation of medical professional identity. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, *32*(130), 1-4.
- Gündemir, S., Martin, A. E., Homan, A.C. (2019). Understanding diversity ideologies from the target's perspective: a review and future directions. *Front Psychol*, *10*(282), 1-14.
- Hair, J. F. et al. *Multivariate data analysis*. 7th ed. Prentice Hall, Upper Saddle River: New Jersey, 2010.
- Heß, P. (2020). SDG 5 and the gender gap in standardization: Empirical evidence From Germany. *Sustainability*, *12*(20), 8699.
- Hingle, S., & Barrett, E. (2020). Gender differences in resident assessment: the glass ceiling and sticky floor for women in medicine begin early. *JAMA Network Open*, *3*(7), e2010985-e2010985.
- Hugman, R. (1991). *Power in caring professions*. London: The Macmillan Press.
- Ikbaal, M. Y.; Musa, N. A. S. (2018). Prevalence of impostor phenomenon among medical students in a Malaysian private medical school. *International Journal of Medical Students*, *6*(2), 66-70.
- Hoff, T. (2021). The gender pay gap in medicine: a systematic review. *Health Care Management Review*, *46*(3), e37-E49.
- Houseknecht, V. E., Roma, B., Stolfi, A., & Borges, N. J. (2019). A longitudinal assessment of professional identity, wellness, impostor phenomenon, and calling to medicine among medical students. *Medical Science Educator*, *29*(2), 493-497.
- Jaisson, M. (2018). O estudo de práticas médicas: o cenário da sociologia das profissões. *Saúde e Sociedade*, *27*, 704-714.
- Koveshnikov, A., Vaara, E., & Ehrnrooth, M. (2016). Trabalho de identidade gerencial baseado em estereótipos em corporações multinacionais. *Estudos de Organização*, *37* (9), 1353-1379.

- Linzer, M., Harwood, E. (2018). Expectativas de gênero: elas contribuem para o alto burnout entre médicas? *Journal Gen Intern Medicine*, 33(6):963-965.
- Matthews, J., Bialocerkowski, A., & Molineux, M. (2019). Professional identity measures for student health professionals—a systematic review of psychometric properties. *BMC Medical Education*, 19(1), 1-10.
- Mayer, F. B. (2017). *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.
- Mingoti, S. A. (2007). *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Moretti-Pires, R. O., Guadagni, L. I., Tesses-Júnior, Z. C., Campos, D. ., & Turatti, B. O. (2020). Preconceito contra diversidade sexual e de gênero entre estudantes de medicina de 1º ao 8º Semestre de um Curso da Região Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43, 557-567.
- McNally, S. (2020). Gender differences in tertiary education: what explains STEM participation? *IZA Policy Paper*, 165, 1-34.
- Oliveira, R. J. *et al.* (2020). Síndrome de Burnout em residentes médicos: uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8049-8063.
- Pingree, E. W. *et al.* (2020). Encouraging entrustment: a qualitative study of resident behaviors that promote entrustment. *Academic Medicine*, 95(11), 1718-1725.
- Scheffer, M. *et al.* (2020). *Demografia médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM, 125.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. 5th ed. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Vieira, A., Alves, M., Monteiro, P. R. R., & Garcia, F. C. (2013). Mulheres nas equipes de enfermagem: identificação organizacional e vivências de prazer e sofrimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 1127-1136.
- Vieira, A., Alves, M., Monteiro, P. R. R., & Garcia, F. C., Soares, D. S. (2016). Construção de uma escala de auto e heteropercepção profissional. *Revista de Administração FACES Journal*, 15(2), 9-24.
- Vieira, A., Carrieri, A. P., Monteiro, P. R. R., Roquete, F. F. (2017). Gender differences and professional identities in health and engineering. *BAR-Revisão da Administração Brasileira*, 14(1), e160082, 2017.
- Wilmer, N., & Aeppli, C. (2021). Consolidated advantage: new organizational dynamics of wage inequality. *American Sociological Review*, 86(6), 1100-1130.

Submetido em: 16.12.2022

Aceito em: 19.01.2023