

## **IDENTIDADE PROFISSIONAL DE RESIDENTES MÉDICOS**

**ADRIANE VIEIRA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

**FABIANA MARIA KAKEHASI**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

**KARLA RONA DA SILVA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

**SELME SILQUEIRA DE MATTOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Agradecimento à órgão de fomento:

Agradecemos ao CNPQ e a FAPEMIG pelo financiamento da pesquisa.

# IDENTIDADE PROFISSIONAL DE RESIDENTES MÉDICOS

## 1 Introdução

A residência médica é um tipo de educação em nível de pós-graduação *lato sensu*, realizada em instituições de saúde. A carga horária semanal dos cursos é de 60 horas de dedicação, 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; Guido *et al.*, 2012; Asaiag *et al.*, 2010).

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), e da Lei Orgânica de Saúde no 8.080 (Brasil, 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 determinou também que os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem se constituir em campo de práticas para ensino e pesquisa, cujas normas devem ser elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

No Brasil a residência médica teve seu início por volta de 1940, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Oficialmente, os programas de residência foram instituídos pelo Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977, com carga horária de 60 horas semanais, sendo 80 a 90% desta sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares (Brasil, 2004).

Apesar de a 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 e estressante, insalubre física e psicologicamente (Mayer, 2017; Vasconcelos *et al.*, 2015; Nogueira-Martins *et al.*, 2004).

Esse período de formação também é vital para a continuidade do processo de construção da identidade profissional, dado que ela é socialmente construída na relação entre o indivíduo e o grupo, importando não apenas as semelhanças, mas também as diferenças entre seus membros (Bergman & Luckmann, 1989). O processo de profissionalização, portanto, é uma conquista de um determinado grupo social, envolvendo especialmente a busca de prestígio e poder, autoridade cognitiva e normativa (Pereira Neto, 2000).

Segundo 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. Essa identidade coletiva dá sentido de continuidade, e os leva a adotarem papéis, normas e valores válidos para todos os componentes do grupo, o que é reafirmado constantemente por suas realidades objetiva, tais como estrutura social, grupos de referência, organizações e instituições, e subjetiva, representada, sobretudo pela capacidade de reflexão de cada um sobre si mesmo e os demais.

Ainda de acordo com o autor, a construção da identidade é resultante do confronto entre os atos de atribuição das identidades para si (autopercepção) e para os outros (heteropercepção). O processo de construção da identidade para si, diz respeito à identidade singular de uma pessoa e é resultante da sua história de vida individual. O processo de construção da identidade para o outro ocorre através das instituições e dos agentes que estão em interação direta com os indivíduos.

Estabelecidas as variáveis envolvidas nesse estudo apresenta-se o problema de pesquisa: quais são as diferenças entre a auto e heteropercepção profissional de residentes em medicina?

O objetivo da pesquisa consistiu em analisar a relação entre auto e heteropercepção

dos residentes médicos.

Interessa-nos, portanto, identificar os atributos profissionais que na visão dos residentes caracterizam a profissão médica (autopercepção), e qual a visão que a sociedade tem desta categoria profissional (heteropercepção), e assim, desvelar aspectos da relação dinâmica que se estabelece entre reconhecimento profissional e identificação com a profissão.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a Escala de Auto e Heteropercepção (EAHP) construída e validada por Vieira *et al.* (2016). O método de investigação escolhido para essa pesquisa foi o levantamento (*survey*), envolvendo 295 residentes de três hospitais de ensino localizados na Grande Belo Horizonte, um privado, um público estadual e um público federal, todos vinculados ao SUS.

Na sequência deste trabalho apresenta-se o referencial teórico, a metodologia da pesquisa, a descrição e análise dos dados, e no último item as considerações finais, contendo limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.

## 2 Referencial Teórico

### 2.1 Correntes teóricas e conceitos de identidade

O conceito de identidade perpassa áreas de conhecimento como a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia e a Filosofia. Nas últimas décadas ele vem sendo questionado, desconstruindo-se a ideia de uma identidade única por meio da crítica aos modelos essencialistas de compreensão do tema (Coutinho, Krawulski & Soares, 2007).

Para Berger e Luckmann (1989), a identidade só pode ser objetivamente definida quando inserida em um contexto próprio e particular, subjetivamente apropriada pelo sujeito, juntamente com as demais características do seu mundo. De acordo com os autores, é o contexto social que fornece as condições para a construção de uma identidade, portanto ela não é inata e pode variar em modos e alternativas, e ao se expressar ela adquire uma singularidade, fruto das inter-relações.

No âmbito da psicologia, foi George Mead quem primeiro a conceituou, na obra intitulada *Mind, Self and Society*, dando origem à corrente do interacionismo simbólico, que associa a identidade ao conceito de *self*, conferindo unidade ao sujeito e à consciência de si mesmo, e remetendo aos processos de reflexividade (Dubar, 2006).

Segundo Veloso (2007), no campo da psicologia social ressalta-se a análise dos processos sociais que são articulados na construção da identidade, identificando-se pelo menos duas correntes de análise: a 'psicologia social sociológica', que estuda os contextos sociais de desenvolvimento do *self*, seus processos de constituição e manifestação da identidade; e a 'psicologia social psicológica', que foca os processos intrapsíquicos e a articulação entre o 'eu' e o comportamento.

No presente trabalho assume-se que a identidade envolve os traços e características individuais, as relações sociais e as participações em grupos sociais, entendendo-se que o processo de construção da identidade é mediado por identificações e renúncias, associadas ao processo de inclusão e exclusão, resultando na representação de si e da auto-estima, a partir da relação com 'o outro' (Oyserman, Elmore & Smith, 2012).

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 (Sims, 2011). A identidade profissional se desenvolve ao longo do tempo e está propensa a mudanças, estando articulada ao conjunto de

conhecimentos e competências associadas ao trabalho profissional (Miscenko & Day, 2016; Koveshnikov, Vaara & Ehrnrooth, 2016; Sutherland & Markauskaite, 2012).

### 2.3 Profissão médica

No Brasil, o primeiro curso de Medicina foi criado em 1808, na cidade de Salvador, por ocasião da chegada da Família Real Portuguesa e da necessidade de formação de médicos para a consolidação do Primeiro Reinado (Amaral, 2007).

Para Freidson (2009), o que melhor caracteriza e distingue a profissão médica das demais profissões da área da saúde é o monopólio das técnicas de diagnóstico e de interpretação dos resultados sobre a saúde das pessoas, além da confiança do próprio paciente na figura do médico, garantindo-lhe hierarquia especial em relação às demais.

Entre as condições que configuram a Medicina enquanto profissão estão as instituições de ensino superior (IES), instâncias formativas e legitimadoras. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2018), em 2017 havia no país 289 escolas médicas em atividade, somando 29.271 vagas anuais autorizadas. Desse total, 10.237 vagas (35%) são oferecidas por escolas públicas, e 19.034 (65%) por escolas médicas privadas. O Sudeste tem a maior concentração entre todas as regiões, com 120 cursos e 13.222 vagas, ou 45,2% do total. Considerando que a graduação em Medicina tem duração de seis anos e que não há praticamente evasão ou repetência ao longo da trajetória dos alunos, em 2023 estima-se que 27.487 novos médicos serão registrados (CFM, 2018).

Em outubro de 2015 havia 399.692 médicos formados para uma população de 204.411.281 habitantes, uma proporção de 1,95 médicos por 1.000 habitantes; em janeiro de 2018 o país já contava com 452.801 médicos, o que corresponde a 2,18 médicos por mil habitantes (CFM, 2018). Apesar do crescimento, o Brasil ainda se encontra na oitava posição entre aqueles com menores razões de médico por habitantes, que deve ser de 3,2, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (CFM, 2018).

Os generalistas são maioria apenas na faixa que vai até 29 anos, quando os graduados ainda cursam programas de residência médica ou entram no mercado de trabalho, mesmo sem especialização. A especialidade Clínica Médica representa 11,2% do total de titulados, a Pediatria, 10,3%, a Cirurgia Geral 8,9%, e a Ginecologia e Obstetrícia 8% dos titulados. Na sequência estão Anestesiologia (6%), Medicina do Trabalho (4,2%), Ortopedia e Traumatologia (4,1%), Cardiologia (4,1%), Oftalmologia (3,6%) e Radiologia e Diagnóstico por Imagem (3,2%). Essas dez especialidades somadas representam 63,6% de todos os títulos (CFM, 2018).

Quanto a distribuição por gênero, a especialidade com maior número de homens é Urologia (97,8%) e a que tem maior número de mulheres é Dermatologia (77,1%). No conjunto de especialistas 57,5% são homens, e 42,5%, mulheres. No entanto, a diferença entre gêneros vem caindo a cada ano e aponta para uma crescente feminização da Medicina no País (CFM, 2018).

Em 2017 o Brasil tinha 35.187 médicos cursando residência médica (RM), em 6.574 programas de 790 instituições credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Os programas têm duração mínima de dois anos e máxima de cinco anos, que é o caso da Neurocirurgia. O ingresso em programas de RM credenciados se dá mediante processos seletivos e chamamentos públicos. Ao médico residente é assegurada bolsa mensal, com o valor vigente de R\$ 3.330,43, em regime especial de treinamento em serviço de 60 horas semanais. O MEC custeia as bolsas dos Hospitais Universitários Federais, e o Ministério da Saúde aloca recursos em bolsas atreladas a programas estratégicos. Estados, Municípios, Hospitais Filantrópicos e Privados também financiam bolsas de RM em serviços próprios (CFM, 2018).

A região Sudeste tem 58,5% dos 35.178 residentes inscritos em 2017 em todos os

programas. Quando se considera as vagas ocupadas de residência em relação à população (taxa de médicos cursando RM por 100 mil habitantes), a região Sudeste conta com 23,7 médicos residentes por 100 mil habitantes, sendo que São Paulo concentra 34,5% de todos os médicos residentes, em seguida vem o Rio de Janeiro, com 11,4% dos residentes, Minas Gerais, com 11%, seguido pelo Rio Grande do Sul, com 7,1% (CFM, 2018).

Conforme Ramos-Cerqueira e Lima (2002), a sociedade estabelece inúmeras atribuições ao médico, frequentemente deificando este profissional. Dentre as motivações mais frequentemente apontadas para a escolha da profissão, segundo o autor, estão: o desejo de compreender, o prestígio social e do saber, a atração pelo dinheiro, a necessidade de ser útil, e a necessidade de segurança. 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 ajudá-los a superar as agruras dessa fase. Situações de conflito e potencialmente geradoras de estresse, segundo os autores, marcariam o processo de formação médica desde o momento da escolha profissional, devido à intensa competição durante o processo seletivo para ingresso em boas escolas (Ramos-Cerqueira & Lima, 2002).

A continuidade do processo de formação através da residência vai impor novos desafios aos profissionais, decorrentes da necessidade de adaptação a um ambiente de aprendizagem ainda mais competitivo, que exige intensa carga horária de estudo e de trabalho, e muito propício ao desenvolvimento de fatores estressantes, como o medo de cometer erros, a dificuldade de manter uma vida pessoal satisfatória, e a interação com uma população que se encontra cada dia mais exigente (Vasconcelos *et al.*, 2015; Benevides-Pereira, Gonçalves, 2009; Ferreira *et al.*, 2009).

No que tange à identidade, Zimmermam (1992) afirma que 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. Para Jeammet, Reunaud e Consoli (2000), cabe ao médico autenticar 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.

### **3 Metodologia da Pesquisa**

#### **3.1 Método, amostra e coleta de dados**

O método de investigação escolhido foi o estudo transversal por meio de levantamento (*survey*), posto que tem como objetivo estudar as características de um grupo e suas opiniões, analisando dados para renovação de áreas do conhecimento (Babbie, 2001).

Foram envolvidos na pesquisa três hospitais gerais. 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 são vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e estão localizados na Grande Belo Horizonte.

Todos os residentes médicos dos três hospitais foram convidados a participar da pesquisa. Primeiramente realizou-se contato com os coordenadores das residências, por meio de mensagem eletrônica ou telefonema, solicitando autorização para aplicação do questionário nas salas de aula ou em locais de prática pré-agendados, em seguida procedeu-se a aplicação no local de trabalho ou de estudo dos residentes, com o recolhimento do questionário logo após o autopreenchimento.

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 obtidas 257 respostas. O Hospital C contava com 40 médicos residentes e foram obtidas 18 respostas válidas.

O instrumento autoaplicado foi um questionário composto por dois blocos. O primeiro bloco continha a Escala de Auto e Heteropercepção Profissional (EAHP), construída e validada por Vieira *et al.* (2016), e o segundo continha questões sociodemográficas.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a finalidade de fornecer aos participantes informações sobre o estudo, garantir o sigilo das identidades e explicar que poderiam, sem constrangimento, interromper o preenchimento do instrumento de coleta de dados a qualquer momento. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o 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
		Honesta

Fonte: elaborado pelos autores.

### 3.2 Análise estatística dos dados

Inicialmente foi realizada uma análise dos *outliers*, que são observações que apresentam um padrão de resposta diferente das demais, identificando 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).

Para verificar a linearidade dos dados 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. Além disso, foi realizado o teste de Bartlett (Mingoti, 2005) para verificar a linearidade em cada constructo, uma vez que valores-p menores que 0,05 indicam que existem evidências significativas de linearidade dentro dos constructos.

A qualidade dos indicadores foi avaliada através da validade convergente e confiabilidade de cada construto. Na avaliação da validade convergente utilizou-se o critério da Variância Média Extraída (AVE) (Fornell & Larcker, 1981), que representa o percentual médio de variância compartilhada entre o construto latente e seus itens. Este critério garante a validade convergente para valores da AVE acima de 50% (Henseler, Ringle & Sinkovics, 2009), ou 40% no caso de pesquisas exploratórias (Nunnally & Bernstein, 1994). Para verificar a confiabilidade foram utilizados os indicadores Alfa de Cronbach (AC) e Confiabilidade Composta (CC). De acordo com (Tenenhaus *et al.*, 2005) os indicadores AC e CC devem apresentar valores acima de 0,70 para uma indicação de confiabilidade do construto, ou valores acima de 0,60 no caso de pesquisas exploratórias (Hair *et al.*, 2010).

Para avaliar se a utilização da análise fatorial era adequada aos dados da pesquisa foi utilizada a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que verifica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. Os valores desta medida variam entre 0 e 1, e a utilização da análise fatorial é adequada aos dados quando o KMO for maior ou igual 0,50, sendo que quanto mais próximo de 1 mais apropriada é a amostra à aplicação da análise fatorial.

Na análise descritiva das variáveis qualitativas foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, enquanto que na descrição das variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de tendência central, posição e dispersão. Já 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. O *software* utilizado nas análises foi o R (versão 3.5.1).

#### 4 Descrição dos dados

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 item.

**Tabela 1 - Análise fatorial exploratória da EAHP**

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
Subordinação	Dedicada	0,70	0,50	0,30
	Dependente	0,76	0,58	0,42
	Obediente	0,81	0,65	0,45
Inovação	Submissa	0,76	0,58	0,42
	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
	Sábia	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.

Acrescenta-se, ainda, que todos os construtos apresentaram validação convergente, pois a AVE foi superior a 0,40. Eles também apresentaram Alfa de Cronbach (AC) e Confiabilidade Composta (CC) acima de 0,60, ou seja, todos alcançaram os níveis exigidos de confiabilidade. O ajuste da Análise Fatorial foi adequado para todos os construtos, uma vez que todos os KMO foram maiores ou iguais a 0,50, e foram unidimensionais pelo critério *Acceleration Factor* (AF) (Raïche *et al.*, 2013), que determina o número de dimensões de acordo com o número de fatores onde ocorre uma queda brusca dos autovalores.

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 01 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 01 filho (100%), e a média de idade dos residentes foi de 28 anos.

Esse resultando é consistente com o levantamento realizado no ano de 2017, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2018), revelando 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. 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]
Tecnidade	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, no que tange a autopercepção, sendo o item Produtiva (4,42) o que apresentou escore mais elevado, seguido de Desgastante (4,29), Trabalhadora (4,53) e Ádua (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 em relação aos 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 informam que a sociedade concede à profissão mais Prestígio (-0,05) e Renome (-0,18) do que eles próprios.

No construto Dedicção, as médias de autopercepção foram superiores em relação a 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 que melhor caracterizam a profissão.

Em relação ao Dinamismo, os indivíduos tenderam a ter uma autopercepção positiva com 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 muito Alegre (3,22), Feliz (3,14) ou Otimista (3,11), apesar de a sociedade ter uma visão um pouco mais positiva.

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 sobrepõem 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	Autopercepção	Heteropercepção	Erro Padrão	1° Quartil	2° Quartil	3° 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	
Reconhecimento	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	
Tecnicidade	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 Análise dos dados

O processo de construção da identidade profissional está em constante evolução, envolve o observar, experimentar e internalizar as impressões colhidas do mundo objetivo. Ele é sempre acompanhado por um ato reflexivo, de olhar para si próprio e construir sua autoimagem e também como gostaria de ser visto. O reflexo no olhar do outro é indispensável, porque é ele que pode ou não confirmar essa imagem produzida. Ao externalizar pensamentos e sentimentos por meio de novas ações, provoca-se reações positiva ou negativas no mundo objetivo, e o sujeito pode aceitar ou não as críticas e sugestões, incorporando ou não novos atributos a sua autoimagem (Beddoe, 2011; Dubar, 2006).

Durante o processo de ensino e aprendizagem na graduação e pós-graduação, os discentes são desafiados, avaliados, aprovados e/ou reprovados em seus comportamentos e atitudes. Muitas expectativas são confrontadas nas relações com outras pessoas significativas para o residentes, tais como professores, preceptores, orientadores, supervisores e pacientes; e o jogo das identificações e internalizações de normas, valores e atributos profissionais vai se desenrolando ao longo de todo o processo, resultando em um pensar, agir e sentir como médico (Oyserman, Elmore & Smith, 2011); não mais como um membro de um público leigo, mas parte de um grupo profissional capacitado, de quem se exige determinadas competências técnicas e socioemocionais (Miranda *et al.*, 2013; Jarvis, Pratt, & Regehr, 2012).

Ao construírem suas identidades profissionais, os médicos sofrem influências relacionadas ao ambiente de aprendizagem, ao modelo de assistência à saúde e,

consequentemente, à natureza da relação com a sociedade em geral, com pacientes, colegas e outros profissionais. Além disso, eles são influenciados pelos símbolos e rituais relacionados às práticas profissionais e sociais, e pelas experiências clínicas e não clínicas, formais e não formais (Cruzes *et al.*, 2014).

Neste estudo buscou-se, por meio de adjetivos, identificar quais são os atributos que mais bem caracterizam a profissão médica, aquilo que é próprio, peculiar e distintivo da categoria, fazendo os residentes refletirem sobre a percepção que têm de sua profissão, e sobre como acreditam que ela é vista pelos outros, denominados na EAHP de sociedade.

Importante ressaltar que nenhum dos itens da escala foi rejeitado pelos respondentes, no entanto, de acordo com a Tabela 3, aqueles elencados como mais peculiares e distintivos da profissão médica foram: Trabalhadora, Produtiva, Desafiante, Ádua, Desgastante Estudiosa, Dedicada e Inteligente. Portanto, são esses atributos que propiciam a identificação com seu grupo profissional e, ao mesmo tempo, a diferenciação em relação aos outros grupos, orientando os comportamentos esperados dessa categoria profissional na relação com a coletividade (Zikic & Richardson, 2015).

O Esforço é colocado em ação já no processo de preparação para a seleção de ingresso no curso de Medicina, que no caso das Universidades Federais acontece por meio do Vestibular ou do Enem, podendo alcançar a marca de 50 candidatos por vaga (CFM, 2018). De acordo com Cousins (1981), os cursos de graduação e de residência em medicina podem ser comparados a um teste de resistência, devido às cobranças internas e externas, que acabam por despertar quadros de ansiedade e distúrbios emocionais. No caso dos residentes, a carga de trabalho de 60 horas semanais e a falta de experiência profissional são os fatores que mais podem contribuir para o estresse elevado (Mayer, 2017; Swide & Kirsh, 2007). A residência não exige dedicação exclusiva, não sendo, portanto incomum que os médicos possuam outros vínculos de trabalho, normalmente envolvem longos e variados plantões. Isso pode gerar privação do sono e distúrbios cognitivos, especialmente no primeiro ano de residência (Vieira *et al.*, 2019). Cansaço, desgaste físico e insônia, são os sintomas mais observados nos residentes, bem como pouca energia diária (Carvalho & Malagris, 2007). Autores como Lourenção, Moscardini e Soler (2010), Heller (2008) e Gopal (2007) afirmam que a redução da carga horária dos programas é necessária, para que se promova uma melhoria na qualidade de vida dos residentes.

O consumo excessivo de álcool, adição a drogas, e uso rotineiro de auxiliares farmacológicos para reduzir a sonolência são outras consequências do estresse (Handel, Haja, & Lindsey, 2006, Asaiag *et al.*, 2010), além de hostilidade, raiva crônica, ceticismo, mau humor, isolamento social, falta de libido e distanciamento emocional dos parceiros (Ferguson *et al.*, 2008; Jodas & Haddad, 2009; Tironi *et al.*, 2016).

Tudo isso explica porque o construto Esforço obteve médias mais altas nos três hospitais em estudo, e no conjunto dos seus atributos (Tabelas 3 e 4). Na sequência vem o construto Técnica, com os atributos Estudiosa e Inteligente, extremamente articulado ao construto anterior, dado que os atributos são condição sem a qual não é possível sequer ingressar, muito menos concluir a graduação e a pós-graduação, em escolas com boa avaliação pelo MEC.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2018), apesar do difícil ingresso, praticamente não existe evasão ou repetência ao longo da trajetória dos alunos. Isso porque eles têm ciência de antemão das exigências do processo de formação. Esse conjunto de fatores naturalmente contribuem para elevar o status da profissão na sociedade, em especial na comparação com outras categorias profissionais da área da saúde.

O saber especializado, obtido por meio de muitos anos de estudo, intensa dedicação e competição contribui muito para a deificação da profissão. Ao longo do processo de construção sociológica da profissão médica, ela adquiriu total autonomia no processo de

diagnóstico da doença e planejamento da cura, fazendo uso da lógica e da racionalidade próprias do ato científico (Jeamment, Reunaud & Consoli, 2000). 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 à parteiras e enfermeiras um papel secundário nesta tarefa (Pereira-Neto, 1995).

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 grupo mais conflitante e problemático, uma vez que estabelecem estreito vínculo técnico e operacional nas equipes. Essa discreta disputa de poder reside na tentativa de ambos quererem demonstrar o seu papel preponderante no tratamento do doente, entre o que prescreve ou o que administra os medicamentos. O que prescreve, o médico, se recusa a ouvir a opinião de quem administra o medicamento, o enfermeiro, que por sua vez se recusa a simplesmente obedecer às recomendações do primeiro sem se ouvido. Por meio dessa intrincada tessitura de jogos de poderes é que as identidades de um e outro são reconstruídas e recombinaadas (Costa & Martins, 2011; Oliveira *et al.*, 2010).

O embate entre essas profissões talvez fique mais claro quando se examina a média obtida no construto Reconhecimento. Os residentes tenderam a ter uma autopercepção positiva em relação aos itens do construto, revelando o entendimento de que a profissão é respeita e admirada, ao mesmo tempo informaram que a sociedade concede mais prestígio e renome a profissão do que eles próprios. 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 das profissões.

Não obstante, estudos vêm indicado a percepção de perda do prestígio social da profissão médica ao longo dos anos também, quando comparada ao grande prestígio social desfrutado no passado. A explicação, segundo Bulcão & Sayde (2003), está associada ao surgimento de um grande número de escolas médicas e formandos, que desvalorizaria o profissional em termos de mercado, em termos de origem social e cultural dos novos entrantes, que não sustentaria o antigo prestígio usufruído pela medicina, profissão ligada no Brasil à elite social. Pesquisa realizada com residentes por Gilbert, Cardoso & Wuillaume (2006) identificou a presença de ressentimento pela perda de poder do saber médico e percepção da medicina mais como negócio do que um ofício, além disso, a falta de investimentos recursos adequados no Sistema Único de Saúde (SUS) e a falta de cobertura dos planos para determinados procedimentos provoca questionamentos sobre a ética profissional, cujo construto, no presente estudo ficou em quarto lugar, e obteve uma pontuação média no Hospital C maior do que nos demais. De acordo com Freidson (1970), a orientação para a coletividade, embora presente no profissional médico em geral, pode aparecer em diferentes intensidades, de forma ambivalente, muito em função do desejo de ganhos econômicos (Freidson, 1970).

O pensamento dominante atual, de acordo com pesquisa do CFM (2018) é de uma deterioração na relação médico/paciente. A grande maioria dos egressos dos cursos de graduação disse ter vivenciado ou assistido no curso, alguma conduta ética que julgou inadequada. Entre os de escola pública foram 92,6%, nas escola privadas 57,8% citaram eventos ocorridos nas relações com pacientes em ambulatório e enfermaria, bem como com colegas, equipe e corpo administrativo. Portanto, este é uma tema que exige mais estudos e reflexões.

Outro dado que merece destaque diz respeito ao construto Realização, composto pelos atributos Alegre, Feliz e Otimista, com baixas médias em autopercepção, e menores que as de

heteropercepção, apontando também para a deificação da profissão, ao mesmo tempo que alerta para uma dedicação excessiva ao trabalho, e que impede a busca de realização através de outros sistemas da vida, como a família, amigos e lazer. O que vai na contramão do esperado pelos recém formados, como apontada a pesquisa realizada pelo CFM (2018), que é uma boa combinação entre trabalho e vida pessoal, como condição para um exercício profissional satisfatório e gratificante.

### **Considerações finais**

Este estudo cumpriu o objetivo de identificar quais são os atributos que caracterizam a profissão médica, na visão dos residentes, e como acreditam que são vistos pela sociedade. A Escala de Auto e Heteropercepção (EAHP) utilizada para cumprir tal finalidade se mostrou útil e os atributos identificados por meio da pesquisa encontraram correspondência na literatura especializada.

Os residentes médicos classificaram sua profissão como Produtiva, Desafiante, Ádua, Desgastante Estudiosa, Dedicada e Inteligente. Foram esses os principais atributos utilizados para construir a identidade profissional, ao longo do processo de formação e inserção no mercado de trabalho. Quando internalizados eles se mostram capazes de gerar a autoidentificação (a percepção de si mesmo como tal), capaz de garantir um status social e sentimento de pertencimento a um determinado grupo.

A principal contribuição do trabalho foi revelar que a relação entre a idealização do que é ser médico e a formação profissional é frequentemente mediada pelo sofrimento emocional, resultante de um processo de formação árduo, desgastante e de muita dedicação ao estudo e ao trabalho, que frequentemente compromete sua saúde física e emocional, e impõe como preço o isolamento social, pouco tempo para o lazer e o convívio social, comprometendo a alegria e o otimismo, ou seja, o sentimento de auto-realização.

Apesar de se sentirem respeitados e admirados pela sociedade (elementos da deificação profissional construído historicamente), os residentes se ressentem da perda de prestígio social da profissão, na comparação com um passado recente, e de uma falta de humanização, justificada pela literatura como sendo resultado do surgimento de um grande número de escolas médicas, em especial de natureza privada, e portanto, de um maior número de profissionais competindo no mercado de trabalho, oriundos de diversas classes sociais. Outros fatores que poderiam comprometer o prestígio profissional seriam a perda de poder do saber médico, e a percepção da medicina mais como negócio do que um ofício.

Considera-se que essas análises merecem ser exploradas por meio de novas pesquisas, em especial as de cunho qualitativo, através das quais seria possível também buscar explicações para o motivo das médias obtidas no hospital privado terem sido mais baixas do que nos hospitais públicos. Sugere-se, também, a realização de estudos de natureza comparativa, com outras profissões da saúde, e com residentes multiprofissionais da área da saúde, utilizando-se a EAHP. Como limitações destaca-se o fato de o estudo ter envolvido apenas hospitais localizados em um grande centro urbano, sendo necessário também interiorizar as pesquisas.

### **Referências**

Asaiag, P.E., Perrota, B, Martins, M.A., & Tempski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34, 422-429.

Amaral, J. L. (2007). *Duzentos anos de ensino médico no Brasil*. 102f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro.

- Brasil (2004). *Ministério da Saúde. Portaria no 198/GM/MS*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- Brasil (1990). *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Senado Federal.
- Beddoe, L. (2013). Health social work: professional identity and knowledge. *Qualitative Social Work*, 12(1), 24-40.
- Benevides-Pereira, A.M.T., & Gonçalves M.B. (2009). Transtornos emocionais em estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 10–23.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1989). *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.
- Bulcão, L. G., & Sayd, J. D. (2003). As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 13(1), 11-38.
- Carvalho, L., & Malagris, L. (2007). Avaliação do nível de *stress* em profissionais de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(3), 570-582.
- CFM (2008). *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2018.
- Costa, D.T., Martins, M.C.F. (2011). Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1191-8.
- Coutinho, M. C., Krawulski, E., & Soares, D. H. P. (2007). Identidade e trabalho na contemporaneidade: repensando articulações possíveis. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), p. 29-37.
- Cruess, R.L *et al.* (2014). Reframing medical education to support professional identity formation. *Academic Medicine*, 89(11), 1446- 51.
- Dubar, C. (2006). *A crise das identidades. A interpretação de uma mutação*. Porto: Afrontamento.
- Efron, B., & Tibshirani, R.J. (1992). *Introduction to the Bootstrap*. New York, NY: Chapman & Hall.
- Ferguson, G.G. *et al.* (2008). The sexual lives of residents and fellows in graduate medical education programs: a single institution survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 2756–2765.
- Ferreira, C.L *et al.* (2009). Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.3, p.973-81.
- Freidson, E. (2009). *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Editora UNESP.
- Fornell, C., & Larcker, D.F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1):39-50.
- Gilbert, A.C.B., Cardoso, M.H.C.A., & Wuillaume, S. M. (2006). Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em obstetrícia/ginecologia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(18),103-116.

- Gopal, R. K. *et al.* (2007). Internal medicine residents reject “longer and gentler” training. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 102-106.
- Guido, L.A. *et al.* (2012). Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 1477-83.
- Handel, D. A., Raja, A., & Lindsell, C. J. (2006). The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. *BMC Health Services Research*, 6(136), 1-8.
- Hair, J.F. *et al.* (2010). *Multivariate data analysis*. 7th Ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Heller, F.R. (2008). Restriction of duty hour for residents in internal medicine: a question of quality of life but what about education and patient safety? *Acta Clinica Belgica*, 63(6), 363-71.
- Jarvis-Selinger, S., Pratt, D.D., & Regehr, G. (2012). Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Academic Medicine*, 87(9), 1185-90
- Jeammet, P., Reynaud M., & Consoli, S. (2000). *Manual de psicologia médica*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Jodas, D.A., & Haddad, M.C.L. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista Enfermagem*, 22(2),192-197.
- Koveshnikov, A., Vaara, E., & Ehrnrooth, M. (2016). Stereotype-based managerial identity work in multinational corporations. *Organization Studies*, 37(9), 1353-1379.
- Lourenção, L. G., Moscardini, A.C. & Soler, Z.A.S.G. (2010). Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(1), 81-91.
- Mayer, F. B. (2017). *A prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os estudantes de medicina: um estudo multicêntrico no Brasil*. 140f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Mingoti, S.A. (2005). *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Miranda, A. R. A., Capelle, M. C. A., Fonseca, F. P., Mafra, F. L. N., & Moreira, L. B. (2013). O exercício da gerência universitária por docentes mulheres. *Revista Pretexto*, 14(1), 106-123.
- Miscenko, D., & Day, D. V. *Organizational Psychology Review*, 6(3), 215-247.
- Moreira, A.P. *et al.* (2016). Avaliação da qualidade de vida, sono e síndrome de burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Medicina*, 49(5), 393-402.
- Nogueira-Martins, L.A. *et al.* (2004). The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37(10), 1519-1524.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. 3rd. ed. New York, N.Y.: McGraw-Hill.
- Oliveira, A. M. D., Lemes, A. M., Machado, C. R., Silva, F. L., & Miranda, F. S. (2010). Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10, s433-s439.



- Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). Self, self-concept, and identity. In M. Leary & J. Tangney (Eds.), *Handbook of self and Identity* (pp.69-104). New York: Guilford.
- Pereira Neto, A. (2000). Identidades profissionais médicas em disputa: congresso nacional dos práticos, Brasil, 1922. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 399-409.
- Raiche, G. *et al.* (2013). Non-graphical solutions for Cattell's scree test. *Methodology*, 9(1):23–29.
- Ramos-Cerqueira, A. T. A., & Lima, M. C. (2002). The establishment of the physician's identity: implications for undergraduate medical teaching. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 6(11),107-16.
- Sims, D. (2011). Reconstructing professional identity for professional and interprofessional practice: A mixed methods study of joint training programmes in learning disability nursing and social work. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 265-271.
- Sutherland, L., & Markauskaite, L. (2012). Examining the role of authenticity in supporting the development of professional identity: an example from teacher education. *Higher Education*, 64(6), 747-766.
- Swide C.E., & Kirsch, J.R. (2007). Duty hours restriction and their effect on resident education and academic departments: the American perspective. *Current Opinion in Anesthesiology*, 20(6), 580-4.
- Tenenhaus, M., Esposito, V., & Yves-Mariechatelin, C.L. (2005). PLS path modeling. *Computational Statistics and Data Analysis*, 48(1),159–205.
- Tironi, M.O.S. *et al.* (2016). Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3),270-277.
- Vasconcelos, T.C. *et al.* (2015). Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(1), 135-42.
- Veloso, L. (2007). *Empresas, identidades e processos de identificação*. Porto: Editora da Universidade do Porto.
- Vieira, A., Alves, M., Monteiro, P. R. R., Garcia, F. C., & Santos, D. S. (2016). Construção de uma escala de auto e heteropercepção profissional. *Revista de Administração FACES Journal*, 15(2), 8-24.
- Vieira, A., Carrieri, A. P., Monteiro, P. R. R., & Roquete, F. F. (2017). Gender differences and professional identities in health and engineering. *BAR. Brazilian Administration Review*, 14, 1-19.
- Vieira, A., Kakehasi, F. M., Monteiro, M. V. C., Moreira, L. R., & Deconto, J. A. (2019). Qualidade de vida dos médicos residentes: estudo de caso de um hospital de ensino federal. *Revista Hospitalidade*, 16, 3-23.
- Zikic, J., & Richardson, J. (2016). What happens when you can't be who you are: Professional identity at the institutional periphery. *Human relations*, 69(1), 139-168.
- Zimmerman, V.B. (1992). A formação psicológica do médico. In: Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas. p.64-9.