



08, 09, 10 e 11 de novembro de 2022
ISSN 2177-3866

GÊNERO E IDENTIDADE NA PROFISSÃO MÉDICA: um estudo com residentes

ADRIANE VIEIRA

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)

FÁTIMA FERREIRA ROQUETE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

MEIRIELE TAVARES ARAUJO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Agradecimento à orgão de fomento:

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo financiamento da pesquisa e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela participação no evento.

GÊNERO E IDENTIDADE NA PROFISSÃO MÉDICA: um estudo com residentes

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo financiamento da pesquisa e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela participação no evento.

1 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 et al., 2017; Carrieri et al., 2013). Pesquisas realizadas em âmbito internacional também 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 (Gobillon, Meurs & Roux, 2015) Rice & Barth, 2016; Härkönen, Manzoni & Bihagen, 2016; Kowalchuck, 2016).

Enquanto o conceito de sexo diz respeito a questões reprodutiva, o conceito de gênero vai além, mostrando que as diferenças entre homens e mulheres são resultantes de uma construção social (Mattos, 2010), como a que se dá no campo da escolha das profissões e da inserção no mercado de trabalho (Vargas, 2010; Capelle & Melo, 2010; Watt & Eccles, 2008). Apesar de haver de um grande número de gêneros apontado na literatura, nesse estudo optamos por trabalhar com apenas dois deles para facilitar a análise estatística e a comparação desejada: masculino e feminino, correspondendo aos sexos existentes: homem e mulher.

No que tange à carreira médica, os homens ainda são maioria entre os que estão em atividade no Brasil, como mostram os levantamentos da Demografia Médica no Brasil (Scheffer et al., 2020), representando 53,4% da população de médicos, e as mulheres 46,6%. Em 1990 as mulheres representavam apenas 30,8% deste total. Nos grupos de médicos com idades até 34 anos 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.

Uma das etapas importantes da formação médica para efetivo ingresso no mercado de trabalho é a realização da residência, e cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar esse tipo de formação de recursos (Brasil, 1988), bem como cabe aos serviços públicos que integram o SUS se constituir em campo de práticas para ensino e pesquisa (Brasil, 1990).

O termo residência deriva da necessidade de o profissional ficar à disposição do hospital em tempo integral, por isso seria necessário residir na instituição. No Brasil, a residência médica teve início no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por volta de 1940. 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).

O modo de funcionamento dos programas de residência médica tem sido alvo de diversas críticas. Não obstante, a eficiência da capacitação profissional dado que o ambiente no qual esses profissionais estão inseridos é exigente, competitivo e permeado por fatores estressantes, envolvendo efeitos adversos para a saúde desses trabalhadores (Velho, 2012).

As instituições educacionais que formam esses profissionais possuem importante papel no desenvolvimento cognitivo e técnico dos discentes, mas também na construção de suas identidades profissionais. Segundo Dubar (2006), 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, ao mesmo tempo cada indivíduo exerce sua capacidade de reflexão sobre si mesmo e sobre os demais indivíduos. É no 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.

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 do gênero masculino e feminino? Logo, o objetivo do trabalho foi comparar os atributos que melhor caracterizam a identidade socioprofissional de médicos residentes homens e mulheres.

O método de investigação escolhido para esta pesquisa foi o levantamento (*survey*), entre 327 residentes pertencentes a 4 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 utilizado foi a Escala de auto e Heteropercepção Profissional (EAHP), construído e validado por Vieira et al. (2016). Em estudos já publicados em amostras de profissões da saúde de predominância feminina, como enfermagem, nutrição, fisioterapia e biomedicina, os autores identificaram que o atributo que obteve média mais baixa foi Reconhecimento e Realização, o que implica em uma baixa valorização social e um descontentamento com o exercício da profissão (Vieira et al., 2017; Vieira et al., 2013). O pressuposto deste estudo é que a aplicação da EAHP apresentará resultado diferente, dado que a Medicina goza de mais status e prestígio na sociedade brasileira (Sá, 2015; Jaisson, 2018). No que se refere ao gênero, sabe-se que as mulheres já são maioria no ingresso no curso (Scheffer et al., 2020), portanto, parte-se do pressuposto que não haverá divergência significativa na valoração dos atributos da escala entre os gêneros.

Este trabalho está organizado em seções. A primeira seção contém o referencial teórico e aborda os seguintes temas: a residência e a construção da identidade, e identidades socioprofissionais e gênero na saúde. Na sequência, apresenta-se o detalhamento da metodologia da pesquisa, os dados, as análises e conclusões.

2 Referencial Teórico

2.1 A residência e a construção da identidade

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, especialmente 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 com as emoções dos pacientes e familiares (Moreira et al., 2016; Mayer, 2017).

Esse período de formação também é vital para a continuidade do processo de construção da identidade socioprofissional, 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, envolvendo especialmente a busca de prestígio, poder, autoridade cognitiva e normativa (Pereira Neto, 2000). 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 escolha profissional. Portanto, os pertencimentos são responsáveis pela construção de identidade, modelada pela integração aos diversos grupos: familiares, institucionais e sociais (Larouche & Legault, 2002).

Uma característica que 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 maior confiança do paciente no profissional médico, garantindo-lhe um status, respeito e tratamento especial em relação às demais profissionais, que resulta também em maiores salários (Sá, 2015; Jaisson, 2018).

O confronto entre a idealização do papel do médico e a formação profissional é frequentemente mediado pelo sofrimento emocional, sendo comum as instituições formadoras oferecerem programas de apoio psicológico e psiquiátrico para ajudá-los a superar as dificuldades de cada fase, muito associada às expectativas dos familiares, professores e preceptores e a autocobrança deles próprios, desde a escolha profissional, até a conclusão da graduação e da pós-graduação (Sá, 2015; Jaisson, 2018).

Ainda no que tange à identidade socioprofissional, a prática consistente e competente exige o desenvolvimento conjunto de conhecimentos e experiências que normatizam o pensar, o agir e o comunicar. Cabe ao médico fazer o diagnóstico da doença e viabilizar o tratamento, fazendo uso da razão e dos atributos cognitivos, além dos afetivos, que vão garantir o reconhecimento social a partir do ofício (Souza & Araújo, 2018).

2.2 Identidades socioprofissionais e gênero na saúde

Nesse estudo a escolha teórica recaiu sobre a categoria identidade social e profissional, proposta por Dubar (2015), que segundo o autor resulta do confronto de dois atos: o ato de construção da ‘identidade para si’ ou biográfico, e o ato de construção da ‘identidade para o outro’ sendo este um processo relacional. Nessa pesquisa, o primeiro ato foi denominado de autopercepção e o segundo de heteropercepção. Os dois ocorrem ao mesmo tempo, estão articulados e são fortemente influenciados pelas esferas do trabalho e do emprego, e também pela formação escolar e profissional. A identidade socioprofissional antecipa uma trajetória de emprego e pode ser denominada também de identidade ocupacional (Dubar, 2015).

Sutherland e Markauskaite (2012) argumentam que a identidade profissional em vez de ser coerente e estável é mais propensa à fragmentação e mudança, e que ela se desenvolve com a aquisição de conhecimentos e competências associadas aos valores, disposições e hábitos de espírito da profissão. Koveshnikov, Vaara e Ehrnrooth (2016) por sua vez afirmam que a identidade do trabalho tem o poder de construir situações e relacionamentos configurando subjetividades e identidades de gênero também, que são negociadas constantemente nas interações sociais.

A auto e heteropercepção são, portanto, estruturas cognitivas, que podem incluir atitudes ou juízos de valor e são usadas para dar sentido ao mundo e proteger o senso de valores básicos (Oyserman, Elmore & Smith, 2012). 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.

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. Isso constituiu o que Hugman (1991) denomina de ‘*caring professions*’. No entanto, ele esclarece que 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, como as relacionadas com o funcionamento corporal. Profissões tradicionalmente masculinas, como medicina, direito e arquitetura cuidam das pessoas como tarefa, sem tanto envolvimento nem sacrifícios.

Segundo Alves (2009), a profissionalização feminina iniciada no Brasil no final do Século 19 ocorreu relacionada aos papéis femininos tradicionais, associadas ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidas como dom ou vocação, com *status* mais baixos e menores salários, como os da área de serviços, administração pública, saúde e ensino. A inserção de um número maior de mulheres em redutos masculinos aconteceram nos anos 1970, segundo Chies (2010), apesar de ainda se manter a incidência de segregações. Na engenharia, por exemplo, o ingresso maior de mulheres se deu em algumas especialidades, como a engenharia de produção e a engenharia química. Na medicina, a presença feminina é maior na pediatria, dermatologia, ginecologia e hemoterapia, portanto, os estereótipos sociais continuam a marcar os espaços ocupados por homens e mulheres nestas profissões (Chies, 2010).

Pesquisa qualitativa realizada por Vieira (2013), com mulheres integrantes de equipes de enfermagem de um hospital geral de Belo Horizonte, mostrou que elas atribuem à sua profissão a qualidade de sagrada, apesar do trabalho ser considerado muito cansativo e pesado, tanto fisicamente quanto psicologicamente. Por esse motivo, elas consideram que é preciso gostar do que se faz e não esperar recompensa financeira, concedendo ao trabalho a noção de sacro-ofício, ao mesmo tempo em que manifestam claramente o ressentimento pela falta de valorização social da profissão.

A aplicação da Escala EAHP em 511 mulheres integrantes das equipes de enfermagem (enfermeiros e técnicos) 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 et al., 2013).

Estudo realizado por 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, no ano de 2015, revelou que a autopercepção dos profissionais sobre sua profissão é mais positiva do que a percepção que eles acreditam 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 (Vieira et al., 2017).

Um aspecto bastante positivo desses resultados é a refutação da imagem de obediência, submissão e dependência, que historicamente estiveram presentes nas sociedades marcadamente machistas, iniciadas no espaço doméstico e transposta para o espaço público, especialmente na relação dos enfermeiros com os médicos, situação que se caracteriza como o grande enfrentamento imaginário dessa categoria, e que é mediada por um tipo de dominação que também está articulada a um saber, supostamente superior (Santos et al., 2015).

3 Metodologia da Pesquisa

O método de investigação escolhido foi o estudo transversal por meio de levantamento (*survey*), como objetivo 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, que recentemente passaram por uma fusão de serviço e processos de trabalho e que ocupam a mesma área física, visando a redução de custos.

A coleta de dados quantitativo obteve uma amostra de 327 médicos residentes. O questionário aplicado continha a Escala de Auto e Heteropercepção (EAHP) construída e

validada por Vieira et al. (2016), 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). O instrumento também contou com questões sociodemográficas para a caracterização dos sujeitos 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. Podemos classificar, de acordo com Hair et.al. (2009). Não foram encontrados valores fora do intervalo da escala de sua respectiva variável, não evidenciando o tipo de outlier relacionado à 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 neste método, foram encontradas 12 (3,64%) observações consideradas atípica de forma multivariada no banco dos residentes. Por acreditar-se que as observações sejam 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 (A.C.) ou Confiabilidade Composta (C.C.) 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).

4 Resultados

Quanto ao perfil da amostra (Tabela 1), pode-se observar que a maior parte dos residentes (58,10%) eram do sexo feminino; pertenciam ao Hospital A (77,88%), não tinham nenhum filho (92,33%), eram solteiros (80,00%), a tinham idade média de 29,32 anos, com um desvio padrão de 3,47.

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

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Masculino	137	41,90
	Feminino	190	58,10
Hospital	Hospital A	257	77,88
	Hospital B	20	6,06
	Hospital C	35	10,61
	Hospital D	18	5,45
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	

Fonte: dados da pesquisa.

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

Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis das dimensões da EAHP

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]
		4,39	0,62		3,37	1,01	
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]
		3,44	0,89		3,47	1,00	
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]
		3,69	0,71		2,93	0,84	
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]
		3,08	0,76				
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]
		3,56	0,93		3,28	0,91	
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]
		4,06	0,78		3,49	0,90	
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]
		4,16	0,67		3,89	0,88	
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]
		3,15	1,01		3,33	0,94	
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]
		3,89	0,72		3,49	0,91	

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda¹ Intervalo Bootstrap.

No que tange a autopercepção é possível verificar que na dimensão Esforço os residentes tenderam a concordar com todos os atributos. Ao observar os intervalos de confiança, tem-se que o atributo Trabalhadora apresentou uma concordância significativamente maior que os atributos Desgastante e Ádua. Essa dimensão foi a que obteve a maior média geral (4,39), seguida da dimensão Tecnicidade (média geral 4,16) com o atributo Sábia. Na sequência vem a dimensão Dinamismo, com média geral 4,06, com o atributo Estudiosa com maior concordância, dado o intervalo de confiança.

Em seguida está a dimensão Ética, com média geral 3,89, com a qual os indivíduos tenderam a concordar com todos os atributos, sem diferença significativa entre eles quando se observa o intervalo de confiança. A dimensão Dedicação obteve média geral 3,69. Ao observar os intervalos de confiança, tem-se que o atributo Dedicada apresentou uma concordância significativamente maior que a dos demais. Na dimensão Inovação os residentes tenderam a concordar com todos os atributos, ficando com média geral 3,56.

As dimensões com menores médias gerais foram Reconhecimento (3,44) e Realização (3,15). Na dimensão Reconhecimento os residentes tenderam a concordar com todos os atributos. Ao observar os intervalos de confiança, tem-se que o atributo Admirada apresentou uma concordância significativamente maior que os demais. E na dimensão Realização os indivíduos tenderam a se manter neutros no atributo Otimista e a concordar com os demais atributos. Ao observar os intervalos de confiança, tem-se que não houve diferença significativa entre os atributos.

A dimensão Subordinação recebeu média geral ainda mais baixa (3,08), mas isso é positivo para a profissão, uma vez que os residentes tenderam a discordar fortemente do atributo Submissa (2,68). Ao observar os intervalos de confiança, tem-se que esse atributo apresentou uma concordância significativamente menor que a dos demais. Esse é um aspecto bastante positivo, mas quando se compara com o resultado das pesquisas citadas nota-se que os residentes médicos rejeitam esse atributo com mais veemência do que os Estudantes da Área da Saúde (3,05 na média geral) e as Mulheres das Equipes de Enfermagem (3,43 na média geral e 3,15 no atributo).

No que se refere a heteropercepção todas as dimensões e atributos receberam médias menores, com exceção da dimensão Submissão, com o qual tenderam a discordar. Pode-se

destacar que na dimensão Esforço os indivíduos tenderam a concordar com todos os itens. Ao observar os intervalos de confiança, tem-se que o item Produtiva apresentou uma concordância significativamente maior que a dos demais. Na dimensão Reconhecimento os indivíduos tenderam a concordar com todos os itens sem diferença significativa entre os itens. Na dimensão Dedicção os indivíduos tenderam a concordar com todos os itens. Ao observar os intervalos de confiança, tem-se que o item dedicada apresentou uma concordância significativamente maior que a dos demais. No constructo Inovação os indivíduos tenderam a concordar com todos os itens sem diferença significativa entre os itens. No constructo Dinamismo os indivíduos tenderam a concordar com todos os itens. Ao observar os intervalos de confiança, tem-se que o item Desafiante apresentou uma concordância significativamente maior que a dos demais. Na dimensão Tecnicidade os indivíduos tenderam a concordar com todos os itens, bem como na dimensão Realização e Ética, e não houve diferença significativa entre os itens.

Em síntese quanto a autopercepção a dimensão que melhor caracteriza a profissão é Esforço. Estudos confirmam que a residência é considerada um teste de resistência (Mayer, 2017) em função das muitas demandas e cobranças internas e externas, além da longa jornada de trabalho de 60 horas semanais considerada estressante (Velho et al., 2012). Essa condição acaba por frustrar os jovens profissionais, que como aponta Scheffer et al. (2018), desejam combinar trabalho e vida pessoal, afim de obterem satisfação e gratificação. Outro elemento que pode complicar ainda mais a relação com o trabalho é que a sociedade não consegue, na visão dos residentes, reconhecer o quanto a categoria é Trabalhadora. Situação semelhante foi observada no estudo de Vieira et al. (2016), tendo como unidade de análise as enfermeiras e técnica de enfermagem, e no estudo de vieira et al. (2017) com estudantes de graduação da área da saúde.

As dimensões com menores médias gerais foram Reconhecimento (3,44) e Realização (3,15). No que se refere ao Reconhecimento esse resultado é bem superior ao obtido com estudantes da área da saúde (Vieira et al., 2017), que foi de 2,90, mas levemente inferior ao das mulheres de equipes de enfermagem que foi de 3,55 (Vieira et al., 2016).

Amoretti (2005) e Souza e Teixeira (2015) 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). Dessa forma não é possível confirmar um dos pressupostos desta pesquisa, de que a profissão médica goza de maior respeito e admiração do que outras profissões da saúde de predominância feminina, como enfermagem e nutrição, sendo os próprios residentes acreditarem que vêm perdendo a admiração e respeito por parte da sociedade.

Quanto a Realização (3,15), mais uma vez o pressuposto da pesquisa não foi confirmado. Os estudos já citados obtiveram médias superiores tanto com Estudantes de Saúde (3,44), quanto com as Equipes de Enfermagem (3,50). Portanto, a profissão médica não é mais alegre, feliz ou otimista do que as outras profissões da saúde já citadas, mesmo recebendo melhores salários, poder, autonomia e administração.

Sendo assim, a realização revelou-se um atributo que apresenta negatividade no dia a dia do profissional, em função de uma intensa e extensa carga de trabalho. Eles concordam que são inteligentes e estudiosos, e que têm que manter uma alta produtividade durante sua vida ativa, com uma carga horária semanal de trabalho muito elevada, e isso pode ameaçar o sentimento de realização no exercício da profissão, conforme Benedetto e Galian (2018). O contato constante com a dor e o sofrimento no ambiente profissional da residência, segundo Oliveira et al. (2020), podem distanciar os profissionais das questões relacionadas à empatia e solidarização com o paciente e seus familiares.

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

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

Atributo	Masculino		Feminino		Valor-p ¹
	Média	D.P.	Média	D.P.	
<i>Autopercepção</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

¹ Teste de Mann-Whitney.

A partir da Tabela 3 pode-se verificar que na autopercepção houve diferença significativa (Valor-p = 0,037) da dimensão Subordinação entre os gêneros, sendo que os respondentes masculinos tenderam a apresentar maiores valores dessa dimensão. Além disso, houve diferença significativa (Valor-p = 0,020) também da dimensão Realização entre os gêneros, sendo que os respondentes femininos tenderam a apresentar maiores valores dessa dimensão.

Na heteropercepção houve diferença significativa (Valor-p = 0,001) da dimensão Esforço entre os gêneros, sendo que os respondentes do gênero feminino tenderam a apresentar maiores valores dessa dimensão. Houve diferença significativa (Valor-p = 0,042) da dimensão Realização entre os gêneros, sendo que os respondentes do gênero feminino tenderam a apresentar maiores valores dessa dimensão.

Houve diferença significativa entre auto e heteropercepção (Valor-p = 0,026) da dimensão Esforço entre os gêneros, sendo que os respondentes do gênero masculino tenderam

a apresentar maiores valores dessa dimensão. Houve diferença significativa também (Valor-p = 0,033) da dimensão Subordinação entre os gêneros, sendo que os respondentes do gênero masculino tenderam a apresentar maiores valores dessa dimensão.

Em todas as demais dimensões, menos Subordinação, foram obtidas médias maiores pelas mulheres, indicando uma visão mais positiva, otimista e engajada com a profissão. Diferentemente do resultado da pesquisa de Vieira et al. (2017), onde elas obtiveram médias maiores apenas em Dinamismo e Esforço, indicando uma visão menos positiva da profissão do que os homens.

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 (Vieira et al., 2013; Dutton, Roberts, & Bednar, 2010; Zikic & Richardson 2015). Nesse sentido, é possível afirmar que existem algumas diferenças significativas entre homens e mulheres na medicina, e que elas se sentem menos Subordinadas e mais Realizadas do que eles. Os médicos, por sua vez, se sentem mais descontentes.

5 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 dos atributos que melhor caracterizam as profissões e que contribuem para a construção das identidades.

Na autopercepção, a dimensão que melhor caracteriza a profissão médica é Esforço, dado que ela envolve demandas e cobranças internas e externas frente ao risco de erro e à própria judicialização. A jornada de trabalho é longa e também estressante, o que dificulta em muito a conciliação entre trabalho, vida pessoal e lazer. Além disso, os residentes não acreditam que a sociedade reconheça seus esforços. Falta, portanto, reconhecimento social, o que acaba impactando negativamente no sentimento de realização profissional, trazendo preocupação para a saúde física e mental desses profissionais. No que se refere a heteropercepção todas as dimensões e atributos receberam médias menores, indicando um olhar mais severo e desconfiado da sociedade para com a profissão. A exceção ficou com a condição de Submissão, com a qual tenderam a discordar.

Os dois pressupostos desta pesquisa foram refutados, o primeiro era de que a profissão Médica gozaria de maior reconhecimento e realização do que outras profissões da saúde de predominância feminina, como Enfermagem e Nutrição. Assim sendo, pode-se afirmar que a profissão Médica não é mais alegre, feliz ou otimista do que as outras profissões da saúde já citadas, mesmo recebendo melhores salários, exercendo mais poder e autonomia e obtendo mais admiração.

O segundo era que não haveria divergência significativa na valoração dos atributos da escala entre os gêneros, uma vez que as mulheres já são maioria no ingresso em cursos de medicina e, supostamente, já venceram as barreiras de ingresso em uma profissão que até pouco tempo era dominada por homens. No entanto, o estudo apontou diferenças significativas entre homens e mulheres médicos, indicando que elas se sentem menos subordinadas e mais realizadas do que eles. Em todas as demais dimensões as mulheres obtiveram médias maiores, indicando uma visão mais positiva e engajada da profissão.

Para futuros estudos sugere-se a inclusão 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.

Referências

- Alves, T. (2009). Profissões sociais e gênero: perspectivas em torno do debate sobre o serviço social e profissões femininas. *Locus SOCI@L*, 2, 21-28.
- 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
- Capelle, M. C. A., & Melo, M. C. O. L. (2010). Mulheres policiais, relações de poder e de gênero na Polícia Militar de Minas Gerais. *Revista de Administração Mackenzie*, 11(3), 71-99.
- Carrieri, A. P. et al. (2013). Gender and work: representations of femininities and masculinities in the view of women brazilian executives. *Brazilian Administration Review*, 10(3), 281-303.
- Chies, P. V. (2010). Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. *Revista Estudos Feministas*, 18, 507-528.
- 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.
- Dubar, C. (2006). A crise das identidades. *A interpretação de uma mutação. Porto: Afrontamento*.
- Dubar, C. (2015). *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*. 5th ed. Paris: Armand Colin.
- Dutton, J. E., Roberts, L. M., & Bednar, J. (2010). Pathways for positive identity construction at work: Four types of positive identity and the building of social resources. *Academy of Management Review*, 35(2), 265-293.
- Gobillon, L., Meurs, D. & Roux, S. (2015). Estimating gender differences in access to jobs. *Journal of Labor Economics*, 33(2), 317-363.
- Hair, J. F. et al. *Multivariate data analysis*. 7th ed. Prentice Hall, Upper Saddle River: New Jersey, 2010.
- Härkönen, J., Manzoni, A., & Bihagen, E. (2016). Gender inequalities in occupational prestige across the working life: An analysis of the careers of West Germans and Swedes born from the 1920s to the 1970s. *Advances in Life Course Research*, 29, 41-51.
- Hugman, R. (1991). *Power in caring professions*. London: The Macmillan Press.
- Ismail, H. N., & Nakkache, L. (2015). Gender differences at work: Experiencing human resource management policies in lebanese firms. *Global Business Review*, 16(6), 907-919.
- 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.
- Kowalchuk, L. (2016). Nurses' labor conditions, gender, and the value of care work in post-neoliberal El Salvador. *Critical Sociology*, 10, 91-142.

- Larouche J.M., & Legault G.A. (2003). L'identité professionnelle: construction identitaire et crise d'identité In: Legault, G.A. (Org.). *Crise d'identité professionnelle et professionalism*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Mayer, F.B. (2017). *A prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os estudantes de medicina: um estudo multicêntrico no Brasil* (Tese, Universidade de São Paulo).
- Mingoti, S. A. (2007). Análise de dados através de métodos estatística multivariada: uma abordagem aplicada. In: Mingoti, S. A. *Análise de dados através de métodos estatística multivariada: uma abordagem aplicada* (p. 295-295).
- Morais, A.J.D. et al. (2018). Síndrome de Burnout em médicos de estratégia saúde da família de Montes Claros, MG, e fatores associados. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(40), 1-15.
- 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 (Ribeirão Preto)*, 49(5), 393-402.
- Oliveira, R.J. et al. (2020). Síndrome de Burnout em residentes médicos: uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Health. Review*, 3(4), 8049-8063.
- Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). Self, self-concept, and identity. In: MR, Leary, & JP, Tangney. (Eds.). (2011). *Handbook of self and identity*. Guilford Press (p. 69-104).
- Pereira Neto, A.F. (2001). *Ser médico no Brasil: o presente e o passado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ (232p.).
- Santos, P. S. et al. (2015). Relação entre médicos e enfermeiros do hospital regional de cáceres dr. antônio fontes: a perspectiva do enfermeiro. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*, 4, 10-28.
- Scheffer, M. et al. (2020). *Demografia médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM, 125.
- 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.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. 5th ed. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Vargas, H. M. (2010). Sem perder a majestade: profissões imperiais no Brasil. *Estudos de Sociologia*, 15(28), 107-124.
- Velho, M. T. A. D. C. et al. (2012). Residência médica em um hospital universitário: a visão dos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36, 351-357.
- Vieira, A. et al. (2013). Mulheres nas equipes de enfermagem: identificação organizacional e vivências de prazer e sofrimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 1127-1136.
- Vieira, A. (2013). Significado e valores relacionados ao trabalho para mulheres integrantes das equipes de enfermagem de diferentes gerações. *Enfermagem em Foco*, 4(3/4), 191-193.
- Vieira, A. et al. (2016). Construção de uma escala de auto e heteropercepção profissional. *Revista de Administração FACES Journal*, 15(2), 9-24.
- Vieira, A. et al. (2017). Gender differences and professional identities in health and engineering. *BAR-Revisão da Administração Brasileira*, 14(1), e160082, 2017.

Watt, H. M., & Eccles, J. S. (2008). *Gender and occupational outcomes: longitudinal assessments of individual, social, and cultural influences*. Washington, DC: American Psychological Association.

Zikic, J., & Richardson, J. (2015). What happens when you can't be who you are: Professional identity at the institutional periphery. *Human Relations*, 69(1), 139-168.