

Mestrado em Sociologia

A Escola de Medicina e a Construção de uma Identidade Profissional

Sílvia Patrícia Marques Santos

M

2019



Sílvia Patrícia Marques Santos

**O Ensino da Medicina e a Construção de uma Identidade
Profissional**

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Sociologia orientada pelo Professor
Doutor Carlos Manuel da Silva Gonçalves

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

setembro de 2019

A Escola de Medicina e a Construção de uma Identidade Profissional

Sílvia Patrícia Marques Santos

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Sociologia orientada pelo Professor
Doutor Carlos Manuel da Silva Gonçalves

Membros do Júri

Professora Doutora Maria Isabel Correia Dias
Faculdade de Letras – Universidade do Porto

Professora Doutora Sofia Alexandra Soares de Miranda Ferreira Cruz
Faculdade de Economia – Universidade do Porto

Professor Doutor Carlos Manuel da Silva Gonçalves
Faculdade de Letras – Universidade do Porto

Classificação obtida: 18 valores

Sumário

Declaração de honra.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract	vi
Índice de quadros	vii
Índice de tabelas	viii
Lista de abreviaturas e siglas.....	ix
Introdução	1
Capítulo I – Os fundamentos teóricos da profissão e identidade profissional médica.....	5
1. Sociologia das profissões	5
1.1. A institucionalização da sociologia das “profissões”	5
1.2. Aspetos sociológicos das profissões.....	7
2. Abordagem sociológica das identidades sociais.....	17
2.1. Processos de socialização e a construção das identidades.....	17
2.2. Pressupostos teóricos sobre as identidades	19
2.3. Abordagens da socialização profissional dos estudantes de medicina	23
Capítulo II. Estratégia teórico-metodológica adotada.....	29
3. Modelo de análise e metodologia: contextualização e descrição	29
3.1. Modelo de análise: relação entre conceitos, dimensões e indicadores	29
3.2. Metodologia	39
3.3. Breve contextualização da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.....	43
3.4. Caracterização da amostra do nosso estudo	47
Capítulo III – Construção da identidade profissional dos estudantes de Medicina: apresentação e análise dos resultados.....	53
4. Construção da identidade profissional dos estudantes de medicina	53
4.1. A escolha do curso de medicina.....	53
4.2. Percorso académico na Faculdade de Medicina.....	58
4.2.1. Contexto escolar.....	58
4.2.2. Contexto clínico	63
4.2.3. Representações sobre a profissão médica.....	67
4.3. Perspetivas sobre o futuro	72
Referências bibliográficas	84
Anexos.....	93

Índice de Anexos

Anexo 1 – Guião de Entrevista exploratória	94
Anexo 2 – Modelo do Inquérito por questionário	95
Anexo 3 - Eficácia da formação médica no desenvolvimento de competências profissionais segundo o ano curricular a frequentar pelos estudantes (%).....	103
Anexo 4 - Grau de importância dos momentos do percurso académico para a construção da identidade profissional segundo o género e o ano curricular (%).....	104
Anexo 5 - Correlação entre o grau de importância dos momentos do percurso académico para a construção da identidade profissional com o género e o ano curricular	105
Anexo 6 - Grau de importância dos atributos para a definição da atuação de um “bom-médico” segundo o género (%)	106
Anexo 7 - Correlação entre a Importância dos atributos para a atuação de um “bom-médico” com o Género	107

Declaração de honra

Declaro que a presente dissertação é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referência. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Porto, 30 setembro de 2019

Sílvia Patrícia Marques Santos

Agradecimentos

No fim de mais uma etapa, expresso os meus agradecimentos a todos aqueles que se cruzaram comigo neste caminho e que contribuíram para a realização deste trabalho, e acima de tudo para a concretização de um sonho, manifestando especialmente o meu reconhecimento:

Aos meus pais, por me permitirem sonhar e lutar por um futuro melhor, sem eles este projeto não seria possível, nem todos os outros da minha vida. Mostram-me todos os dias o quanto gostam de mim e ensinam-me a ser sempre uma pessoa melhor. Não podia estar mais agradecida e orgulhosa pelos incríveis exemplos de vida que eles representam para mim. Obrigada!

À minha irmã, pela confiança que deposita em mim, saber que sou um orgulho para ela motiva-me a querer ser mais e melhor. Inspiro-me nela todos os dias, na sua alegria contagiante, no seu empenho e no seu espírito irreverente próprio da idade. Obrigada, e já sabes que a irmã vai estar sempre aqui para te dar na cabeça!

Ao meu namorado, pela paciência, compreensão e carinho nesta fase importante, mas difícil das nossas vidas. Partilhar contigo este caminho tornou o nosso amor muito mais forte, e fez crescer a admiração que eu sinto por ti. No final de contas lutamos lado a lado por um futuro a dois. Obrigada!

A todos os meus amigos, que acreditaram sempre em mim, pelo apoio, alegria e carinho partilhados ao longo destes meses, e por desculparem todas as minhas ausências. É tão bom sentir que existe alguém sempre disponível para nos escutar e aconselhar, seja nos bons ou nos maus momentos. Obrigada a todos/as!

Ao Professor Doutor Carlos Manuel Gonçalves, orientador desta tese, pela sua disponibilidade, paciência, compreensão e rigor ao longo deste processo. Construámos este trabalho lado a lado. Nos momentos mais difíceis pude contar sempre com o seu apoio e motivação. Obrigada professor!

A toda a equipa do Serviço de Certificação do CHUSJ, pela generosidade com que partilham todos os seus conhecimentos e experiências comigo. Conheci profissionais incríveis e apaixonados pelo que fazem, dos quais levo ensinamentos para a vida toda. Ajudaram-me muito na realização deste trabalho, e permitem-me viver todos os dias outro sonho. Sinto um orgulho enorme por fazer parte da vossa equipa. Obrigada!

Agradeço a todos os estudantes de medicina que participaram neste estudo!

Resumo

Esta investigação tem como tema os estudantes de medicina e o seu processo de socialização académica. O objetivo principal em torno desta temática centra-se na análise da construção da identidade profissional, ao longo do percurso formativo na faculdade de medicina. As identidades são construções sociais, operatoricamente inacabadas, resultantes de sucessivas socializações que ocorrem em múltiplos contextos, de âmbito formal e informal, e que confere especificidade ao indivíduo. O estudo desenvolveu-se em torno do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), e dos seus estudantes do 3º, 4º e 6º ano curricular. Pretendeu-se identificar as motivações inerentes à escolha do curso de medicina e à instituição de ensino superior em particular, compreender o papel do contexto académico, enquanto instância de socialização na construção dos valores e das referências identitárias dos estudantes de medicina, descrever os principais valores subjacentes à socialização académica e identificar as expectativas dos estudantes de medicina em relação à futura prática profissional. Metodologicamente, optamos por uma estratégia extensiva, assente primordialmente na técnica do inquérito por questionário.

O contexto académico da faculdade de medicina constitui-se como um elemento decisivo para a construção da identidade profissional dos futuros médicos, sendo que este compreende todos os contextos nos quais o estudante evolui ao longo do período de formação inicial, e assume-se como uma instância socializadora determinante na produção de referências identitárias e de valores integrados pelos estudantes. Os momentos de socialização em contexto clínico ocupam um espaço bastante significativo no processo de construção da identidade profissional dos estudantes. Destaca-se a importância da componente relacional no desenvolvimento de um sentimento identitário nos futuros médicos, assim, o “eu” constrói uma imagem de si e define a sua singularidade através do “outro” e das relações que com ele estabelece.

Palavras chave: Identidade Profissional; Socialização; Estudantes de Medicina; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Abstract

This research focuses on medical students and their process of academic socialization. The main objective around this theme focuses on the analysis of the professional identity construction, along the training course in medical school. Identities are social constructions, operationally unfinished, that result from consecutive socializations that occur in multiple contexts, formal and informal, and which gives specificity to the individual. The study was developed around the Integrated master's in medicine of the Faculty of Medicine of the University of Porto (FMUP), and its students of the 3rd, 4th and 6th curricular year. The main achievements were to identify the motivations inherent in the choice of the medical course and the higher education institution in particular, to understand the role of the academic context, as a socialization instance in the construction of the values and identity references of medical students, to describe the core values underlying academic socialization and identify medical students' expectations of future professional practice. Methodologically, we opted for an extensive strategy based primarily on the questionnaire survey technique.

The academic context of the medical faculty constitutes a decisive element for the professional identity construction of future physicians, which includes all the contexts in which the student has been evolved during the initial period of formation, and is assumed as a determining socializing instance in the production of identity references and values integrated by the students. The moments of socialization in the clinical context represents a very significant space in the process of building the students professional identity. The importance of the relational component in the development of an identity feeling in future physicians is highlighted, thus the “self” builds an image of itself and defines its uniqueness through the “other” and the relationships it establishes with it.

Key Words: Professional Identity; Socialization; Medical students; Faculty of Medicine, University of Porto.

Índice de quadros

Quadro 1 – Variável dependente: Identidade Profissional	31
Quadro 2 – Variável independente: Motivação para o curso de Medicina	33
Quadro 3 – Variável independente: Contexto académico	36
Quadro 4 – Variável independente: Representações sobre a profissão médica	37
Quadro 5 – Variável independente: Expetativas de carreira futura.....	38

Índice de tabelas

Tabela 1 – Número de inscritos no MMED-FMUP por género	44
Tabela 2 - Número de diplomados do MMED-FMUP	45
Tabela 3 - Sexo, escalão etário, ano curricular a frequentar (%)	48
Tabela 4 - Ano curricular a frequentar segundo a idade (%)	49
Tabela 5 - Habilitações académicas dos pais (%)	50
Tabela 6 - Grupo Profissional dos pais (%)	50
Tabela 7 - Lugares de classe dos pais (%).....	51
Tabela 8 - Lugares de classe de pertença (%)	52
Tabela 9 - Candidatura ao curso de medicina e à FMUP (%).....	54
Tabela 10 - Fatores que influenciaram a escolha do curso de medicina da FMUP segundo o género e o lugar de pertença do estudante (%)	55
Tabela 11 - Motivos de ingresso no curso de medicina (%)	57
Tabela 12 - Presença de familiares na medicina segundo a influência da família para o ingresso no curso de medicina (%).....	58
Tabela 13 - Papel da praxe académica (%)	59
Tabela 14 - Papel da formação médica no desenvolvimento de competências profissionais (%)	60
Tabela 15 - Aspetos do currículo formal (%).....	62
Tabela 16 - Transição para o ciclo clínico (%)	63
Tabela 17 - Grau de importância dos momentos ao longo do percurso académico na construção da identidade profissional (%).....	65
Tabela 18 - Relações intra-comunidade académica (%)	67
Tabela 19 - Atributos que definem a atuação de um “bom médico” (%).....	69
Tabela 20 - Grau de importância dos atributos que definem a atuação de um “bom médico” segundo o género (%)	71
Tabela 21 - Correlação entre a Importância da capacidade de comunicação e o Género	72
Tabela 22 - Perspetivas sobre a empregabilidade da profissão (%)	73
Tabela 23 - Expetativas face ao exercício da profissão médica (%)	74

Lista de abreviaturas e siglas

AEFMUP – Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário de São João

ECS – UM – Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho

FCS – UBI – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

FMUL – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

MMED-FMUP - Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

NMS|FCM – Nova Medical School / Faculdade de Ciências Médicas

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

Introdução

A presente dissertação tem como tema central os estudantes de medicina e o seu processo de socialização académica, incidindo sobre a problemática da construção da identidade profissional, ao longo do percurso formativo na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

Os crescentes avanços científicos e tecnológicos na saúde, a rápida expansão do setor dos cuidados de saúde, a crescente especialização e divisão do trabalho, mas também as exigências cada vez maiores do “consumidor”, permitiu o surgimento de novos grupos socioprofissionais ligados aos cuidados de saúde. Estas mudanças repercutem-se também ao nível da divisão social do trabalho no contexto da saúde, caracterizada em tempos pela dominância médica. Contudo, de acordo com Tousijne, Tavares (2007: 25) salienta que se tem verificado um “declínio parcial da dominância médica”, na medida em que existe um menor controlo do processo de trabalho no seu conjunto, um menor controlo de bens profissionais, sobre os doentes, sobre a formação de novos profissionais, sobre a política de saúde, sobre as práticas profissionais e sobre os outros grupos socioprofissionais. Num contexto de constante mudança na saúde, o estudo das questões em torno da formação académica e da socialização dos futuros profissionais de saúde, torna-se bastante pertinente, disponibilizando ferramentas para a melhoria dos cuidados prestados à população.

Este quadro de profundas transformações afeta inevitavelmente os médicos, um dos grupos profissionais mais prestigiados na sociedade. Paraphraseando João Lobo Antunes, uma das maiores preocupações da medicina, nas últimas décadas,

“(…) é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão” (Antunes, 2012: 10).

Neste sentido, nos dias de hoje é expectável que a formação médica permita, mais do que a aquisição de conhecimentos científicos, a interiorização de competências práticas e de aspetos como o raciocínio clínico, estimulando ao mesmo tempo o desenvolvimento de atributos como a empatia com os doentes, a integridade e a compaixão (Ribeiro *et al.*, 2016). Contudo, de acordo com Martins e Silva (2013), a

insatisfação em relação aos modelos de formação médica tem sido constante junto da comunidade médica e estudantes, assim, para se formar bons médicos é fundamental proceder-se a mudanças firmes nas estratégias de organização e metodologia dos programas curriculares, a serem orientados para a integração de áreas cognitivas e não-cognitivas ao longo do curso. Segundo o autor, os métodos de ensino-aprendizagem devem enfatizar os cuidados de saúde centrados no doente, incentivar à prática da reflexão e ou à aplicação da ética na prática clínica.

No estudo sobre a socialização profissional dos estudantes de medicina, Merton (1957) concebeu a formação académica como uma das principais etapas no processo de socialização profissional, na medida, em que é no decorrer dos estudos, nomeadamente ao nível do ensino superior, que a profissão introduz aos seus futuros membros a cultura normativa da profissão, constituída por um conjunto de ideias, valores e critérios padronizados da própria prática profissional. Neste sentido, segundo o autor o principal objetivo da escola médica é transformar o neófito em médico, transmitindo por um lado o conhecimento técnico e, por outro, permitindo que este adquira uma identidade profissional. Deste modo, o principal objetivo da educação médica é que o estudante venha a “pensar, sentir e agir como um médico”.

A partir dos contributos teóricos de Pinto (1991), Dubar (1997) e Giddens (2001) em torno da produção das identidades, podemos considerar que estas são construções sociais, que se produzem, por isso, na relação com os outros, tendo em conta o seu carácter dinâmico e inacabado. David Tavares (2008) defende que as identidades profissionais são construídas de acordo com processos de socialização, que ocorrem em contextos organizacionais próprios, salientando o papel determinante das instituições de ensino superior na produção de referências identitárias, de valores sociais e profissionais, e de uma cultura profissional interiorizados pelos indivíduos.

Neste sentido, considerando o âmbito explicitado, delineou-se a seguinte pergunta de partida, e fio condutor da investigação: *De que forma os estudantes de medicina constroem a sua identidade profissional como futuros médicos, no quadro académico da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto?* Posto isto, para responder a esta questão estabelecemos objetivos mais específicos para este estudo:

- Identificar as motivações inerentes à escolha pelo curso de medicina e à instituição de ensino em particular;

- Compreender o papel do contexto académico, enquanto instância de socialização, na construção dos valores e das referências identitárias dos estudantes de medicina;
- Descrever os principais valores subjacentes à socialização académica;
- Identificar as expectativas dos estudantes de medicina em relação à futura prática profissional.

A construção da identidade profissional dos estudantes de medicina apresenta-se nos dias de hoje como uma problemática bastante pertinente, e de interesse para as entidades responsáveis pela educação médica e em particular, para os próprios estudantes e médicos. Assim sendo, com o intuito de compreender como se processa a formação da identidade profissional dos estudantes de medicina, no âmbito da socialização académica, recorreremos a um objeto de estudo concreto: os estudantes de medicina do 3º, 4º e 6º ano curricular do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (MMED-FMUP). Trata-se, portanto, de uma metodologia particular de investigação assente num processo de amostragem intencional.

Do ponto de vista metodológico, adotamos uma abordagem extensiva na análise do objeto de estudo, assente primordialmente na técnica quantitativa do inquérito por questionário, com o intuito de auscultar o maior número de estudantes de medicina possível. Deste modo, de um universo de 910 estudantes, responderam ao inquérito 87. Contudo, partimos do pressuposto de que a melhor forma para se analisar a problemática proposta seria articular com as técnicas da entrevista exploratória e a análise documental. A limitada produção sociológica em torno da construção da identidade profissional dos estudantes de medicina justificou o recurso a estas técnicas auxiliares, principalmente na construção do inquérito. A análise documental permitiu uma maior aproximação empírica à problemática e ao objeto de estudo, contribuindo para o enquadramento dos estudantes de medicina e da instituição de ensino superior em estudo, através da análise de documentos escritos e de natureza estatística.

A presente dissertação encontra-se organizada em três capítulos fundamentais. O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento teórico, no qual se desenha o quadro teórico conceptual que suporta a delimitação e compreensão do processo de construção identitária dos estudantes de medicina, intitulado-se – Os fundamentos teóricos da profissão e identidade profissional médica. Num primeiro ponto mobilizam-se os

contributos teóricos da sociologia das profissões, através da análise das diferentes correntes sociológicas e dos seus principais representantes para uma melhor compreensão do fenómeno das profissões e das identidades profissionais, e em particular da profissão médica. Neste mesmo capítulo incorre-se ainda sobre as questões identitárias, adotando uma abordagem sociológica do estudo das identidades, delineando algumas das principais teorias centradas na análise dos processos de socialização, que por sua vez resultam na construção das identidades sociais. Por fim, o capítulo termina com a teorização em torno da socialização profissional dos estudantes de medicina, de forma a compreender o papel do contexto da formação médica, enquanto instância de socialização profissional, na construção da identidade dos futuros profissionais da medicina.

O segundo capítulo foca-se na metodologia da nossa investigação - Estratégia teórico-metodológica adotada. Primeiro apresenta-se o modelo analítico, e a relação entre os seus conceitos, dimensões e indicadores, bem como as hipóteses teóricas que o constituem. No ponto seguinte expõe-se os pressupostos subjacentes à investigação extensiva, de raciocínio hipotético-dedutivo, assente primordialmente na técnica do inquérito por questionário. Neste capítulo incluímos ainda uma breve contextualização da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a instituição que acolhe o nosso objeto de estudo. E finalmente, apresenta-se a caracterização da nossa amostra, elegendo para tal elementos sociodemográficos, como a idade, género, local de origem e origem social, e associamos ainda à situação académica, nomeadamente, o ano curricular a frequentar, ano letivo de ingresso, candidatura de acesso ao ensino superior e à FMUP.

No último capítulo – Construção da identidade profissional dos estudantes de medicina: apresentação e análise dos resultados -, tal como o próprio título indica, procedemos à análise dos dados e apresentação dos resultados em torno da problemática estudada. Para tal, adotamos um critério cronológico, organizando o capítulo em três momentos: o período prévio à entrada no curso de medicina; o percurso académico na FMUP; e, as perspetivas sobre o futuro. A dissertação termina com as Considerações Finais, na qual se apresentam os principais resultados, incluindo a verificação das hipóteses traçadas inicialmente, a par da reflexão sobre as limitações da nossa investigação, o levantamento de possíveis pistas e oportunidades para o desenvolvimento de futuros trabalhos, bem como a menção de algumas recomendações a serem equacionadas no futuro pelos diversos atores envolvidos na educação médica.

Capítulo I – Os fundamentos teóricos da profissão e identidade profissional médica

1. Sociologia das profissões

1.1. A institucionalização da sociologia das “profissões”

A sociologia afirma-se como uma área fundamental para o estudo das profissões e das ocupações em geral, tendo como referência, de acordo com Gonçalves (2007: 177), os seus “modelos analíticos e resultados de investigações empíricas, para a leitura cientificamente fundamentada das plurais recomposições sociais, económicas e culturais que atravessam o mundo do trabalho nas atuais sociedades globalizadas, em particular as da América do Norte e da Europa”.

A reflexão sobre o fenómeno das profissões decorre desde o final do século XIX, e conta com autores como Spencer, Saint-Simon, Weber, Durkheim, Beatrice e Sidney Webb. Segundo estes pensadores, as profissões possuem um valor positivo, considerando-as “formas “superiores” de organização social”, representando desenvolvimento e modernidade (Rodrigues, 1997: 2). Como podemos constatar esta é uma área de especialização antiga, com uma longa tradição de desenvolvimento de investigação empírica (Rodrigues, 2012: 13).

No entanto, é na segunda metade do século XX que a sociologia das profissões surge enquanto área de especialização institucionalizada e suportada por estudos continuados. Este facto deve-se a um conjunto de alterações estruturais, de acordo com o modelo produtivo e económico mundial, e relacionais, no que se refere ao aspeto relacional entre o indivíduo e o seu espaço profissional (Rodrigues, 1997).

A sociologia das profissões desenvolveu-se principalmente nos países de língua inglesa, nomeadamente nos EUA e no Reino Unido, tendo-se introduzido como ramo específico da sociologia nos países europeus apenas a partir dos anos 70 do século XX (Rodrigues, 2012: 13).

Dubar e Tripier (2015), tendo em conta o panorama da sociologia francesa, identificam a definição do próprio termo “profissão” como uma das principais razões para esta consolidação tardia. Contrariamente ao termo inglês “profession”, no mundo das

línguas latinas o termo “profissão” adquire vários significados e aparentemente heterogéneos.

Segundo Santos (2011: 12-13), Flexner distinguiu seis características comuns a todas as profissões no âmbito anglo-saxónico:

1. As profissões referem-se a operações intelectuais associadas a grandes responsabilidades individuais;
2. Os seus materiais de base provêm da ciência e de um saber teórico;
3. Orientados para a resolução de problemas concretos da sociedade e dos indivíduos;
4. As profissões são transmitidas e desenvolvidas no contexto de um processo de formação de longa duração;
5. As profissões possuem poder de regulamentação e de controlo sobre a atividade dos seus membros, exercidos a partir das suas associações ou ordens, as suas instituições de formação, códigos deontológicos, ...;
6. Os fins das profissões e dos seus membros devem ter um carácter altruísta com responsabilidade moral.

Neste contexto, somente direito e medicina eram consideradas as “verdadeiras profissões” reunindo todas as características enunciadas anteriormente (Dubar e Tripier, 2015: 9).

Na sociologia francesa, como em Portugal e noutros países, não existe um termo que corresponda realmente ao termo inglês “profession”. Se no mundo de língua inglesa, o conceito de profissão designa grupos ocupacionais específicos, distinguindo claramente profissão de ocupação, no mundo das línguas latinas, este pode referir-se a um ofício, uma ocupação, uma atividade profissional, um emprego, uma corporação, entre outras (Rodrigues, 2012: 15). Em francês, o termo profissão adquire dois significados “correspondentes a dois termos ingleses diferentes”: “o conjunto dos empregos (em inglês: *occupations*) reconhecidos na linguagem administrativa, nomeadamente nas classificações dos recenseamentos do Estado e, as “profissões” liberais e sábias (inglês: *professions*), isto é, *learned professions*, nomeadamente os médicos e os juristas” (Dubar, 1997: 123).

1.2. Aspetos sociológicos das profissões

A partir dos anos trinta do século XX, no âmbito da análise sociológica, assiste-se à constante reconstrução de quadros teórico-metodológicos sobre o fenómeno profissional, nos quais encontramos elementos de contacto entre si, assim como algumas divergências. De acordo com a leitura de alguns trabalhos, Gonçalves (2007: 178) identifica como um dos elementos comuns a divisão por fases, de acordo com fronteiras temporais, da trajetória histórica da análise das profissões.

Neste sentido, muitos são os autores¹ que distinguem, historicamente, dois grandes períodos no que se refere ao desenvolvimento concetual da disciplina da sociologia das profissões: um primeiro, anterior à década de 70, dominado pelas abordagens funcionalistas; e, um segundo, posterior à mesma década, marcado pela emergência de uma pluralidade de paradigmas que caracterizam a leitura sobre as profissões e os grupos profissionais até aos dias de hoje.

Na obra “Sociologia das profissões” (1997), Maria de Lurdes Rodrigues dá conta do percurso e desenvolvimento científico da sociologia das profissões enquanto disciplina. Neste contexto, identifica quatro períodos na história desta especialização da sociologia (*idem*: 5,6):

- 1) O primeiro refere-se à “definição do campo de análise ou a procura de um modelo”, tendo início nos anos de 1930 com os trabalhos de Carr-Saunders e Wilson e termina no final da década de 60 do século XX. Destacam-se autores como Parsons, Merton, Goode, Barber e Moore, cuja análise se insere no paradigma dominante, a abordagem funcionalista. Por sua vez, Hughes, Strauss e Bucher desenvolvem uma perspetiva alternativa assente no interacionismo simbólico e na Escola de Chicago. Pode-se enunciar ainda Wilensky e Gross, cujos trabalhos procuram integrar os dois paradigmas;
- 2) O segundo decorre ao longo da década de 1970, sendo um período de crítica e reabilitação das profissões. Os contributos do paradigma funcionalista das profissões são postos em causa e como tal, revistos;
- 3) O terceiro período tem início na década de 1970 e termina na década de 1980, este caracteriza-se pela emergência de uma pluralidade de paradigmas, abordagens e

¹ Por exemplo, Rodrigues (1997) e Dubar e Tripier (2015).

perspetivas sobre um mesmo fenómeno, o “poder das profissões”. Salientam-se autores como Johnson, Freidson, Larson, Klegon;

- 4) Por fim, o último e quarto período engloba a abordagem sistémica e comparativa ou a procura de modelos complexos, destacando-se as análises comparativas realizadas na Europa e os trabalhos de Abbott.

A partir desta periodização estabelecemos uma caracterização geral das principais correntes teóricas identificadas anteriormente, tendo em conta um conjunto de autores que se debruçaram sobre o fenómeno profissional, no âmbito de vários estudos realizados.

Abordagem funcionalista e a abordagem interacionista da profissão

“O que é uma profissão? Que atributos as distinguem das ocupações comuns? Qual a função social das profissões?” Estas são algumas das questões que surgiram no início dos anos 30 do século XX, e orientaram o trabalho de um conjunto de autores, assente no paradigma funcionalista, ao longo das décadas seguintes (Rodrigues, 1997: 7; Gonçalves, 2007: 179). O principal objetivo da corrente teórica funcionalista é definir o “tipo-ideal”² weberiano de profissão. Neste sentido, Etzioni (1969 citado in Santos, 2011) propôs um conjunto de novas designações para classificar as ocupações que não se reviam nas características estabelecidas para o ideal tipo profissional. Surgiram noções como “semi-profissão”, “quase profissão” e “não profissão”, com o intuito de distinguir os grupos profissionais em relação aos grupos não organizados, tendo como referência um conjunto próprio de atributos.

Para muitos autores, o trabalho de Carr-Saunders e Wilson (1933) assinala a inauguração da sociologia das profissões, enquanto disciplina institucionalizada, e sustentada por estudos empíricos continuados, lançando simultaneamente, as bases da abordagem funcionalista das profissões (Rodrigues, 1997; 2012). Desta obra inaugural, destaca-se, de acordo com Gonçalves (2007: 178-179), “a definição dos atributos particulares às profissões, e não observáveis nas ocupações comuns, que lhes dão um lugar distintivo no seio da sociedade e, (...) a defesa do profissionalismo, na qualidade

² Por tipo-ideal weberiano referimo-nos “ao conceito de protótipo universal constituído por um conjunto de propriedades que servem como elemento de comparação a outros sujeitos, objetos e acontecimentos. Implica uma certa “pureza” na sua construção de forma a torná-lo singular e diferenciado em contextos sócio-espaciais semelhantes” (Santos, 2011: 13).

de sistemas de valores (...) (2007: 178-179). Segundo estes autores britânicos estamos perante uma profissão “quando um número definido de pessoas começa a praticar uma técnica definida, baseada numa formação especializada” (Dubar, 1997: 128).

Carr-Saunders e Wilson abordam o processo de profissionalização, assim sendo, a constituição de uma profissão resultaria de uma especialização de serviços, da criação de associações profissionais e do estabelecimento de uma formação específica, assente num corpo sistemático de teorias, permitindo a aquisição de uma cultura profissional (Dubar, 1997; Rodrigues, 1997). As suas obras concretizam uma “verdadeira apologia do ‘profissional’”, representando uma “alternativa ao empresário que procura apenas o ganho financeiro”, encarnando um “ideal de serviço” assente sobre uma competência especializada, constituindo-se assim, como o “progresso da *expertise* ao serviço da democracia” (Dubar, 1997: 129).

No ano de 1939, Talcott Parsons insurge-se contra a teoria económica do utilitarismo, na qual todas as ações são resultado de motivações económicas, salientando o papel dos valores altruísticos no cumprimento de serviços a pessoas em detrimento dos valores económicos (Rodrigues, 1997).

Parsons focou-se na relação profissional-cliente, e em particular, na relação médico-doente, para analisar o fenómeno das profissões. Assim, a propósito desta perspectiva teórica, Rodrigues (1997: 9) refere que o “o papel dos profissionais se exerce na relação com os clientes e é a sua reciprocidade assimétrica (conhecimento/ignorância) que permite a sua institucionalização (autoridade/confiança)”.

Parsons identifica três dimensões específicas do papel do profissional (Dubar, 1997: 129-130; Rodrigues, 1997: 10):

1. Dupla competência, através da articulação de um saber teórico adquirido durante uma formação longa e sancionada e um saber prático consolidado na experiência ou na ciência aplicada;
2. Competência especializada ou “especificidade funcional”, fundada numa especialização técnica, que limita a autoridade do profissional, unicamente a um domínio legítimo da sua atividade;
3. Preocupação desinteressada, atitude que articula a norma de neutralidade afetiva com o valor da orientação altruística, de interesse empático perante o cliente.

Assim sendo, a relação profissional-cliente consolida-se a partir do equilíbrio entre o elemento que domina um conjunto de saberes teórico-práticos, e o outro que necessita desses mesmos saberes, constituindo-se assim a “legitimidade social das profissões e uma garantia da sua imprescindibilidade funcional para as sociedades” (Gonçalves, 2002: 179).

Para Parsons, as universidades são o principal responsável pela constituição de grupos ocupacionais, legitimando e institucionalizando a relação entre o conhecimento e a sociedade (Rodrigues, 1997).

O modelo parsoniano serviu de inspiração a muitos outros pensadores, entre os quais, William Goode (1957), um dos principais seguidores de Parsons. Segundo o autor, as profissões constituem “comunidades” que partilham uma mesma identidade, valores, linguagem e um “estatuto para toda a vida”, e uma “formação que controlam podendo selecionar, e afastar, os seus membros” (Henriques, 2011: 48). Neste sentido, “a sociedade concede às profissões autonomia em troca da capacidade de controlo; recompensas e prestígio em troca de competências; monopólio através de licenças em troca das melhores prestações ou serviços” (Rodrigues, 1997: 10). É esta partilha que é transmitida ao longo do processo de socialização médica, que permite à medicina assegurar a sua autonomia, as recompensas, o prestígio e o monopólio da sua prática.

Ainda nesta linha de pensamento, Robert Merton distingue as funções manifestas (realização de um ideal de serviço) e as funções latentes dos grupos profissionais (reprodução do grupo), argumentando que a profissão envolve três premissas fundamentais: saber, fazer e ajudar (Rodrigues, 1997). Nesta sequência, saber e fazer concretizam-se na obtenção e atualização sistemática de conhecimentos científicos de carácter teórico-prático, e por sua vez, ajudar reforça a distinção entre as profissões e as restantes ocupações, assente no altruísmo, ou seja, a predisposição para realizar algo mais do que requerido (Rodrigues, 1997).

A perspetiva funcionalista sobre as profissões produziu um conjunto variado de esquemas classificatórios, que distinguem as profissões das restantes ocupações, tendo como exemplos paradigmáticos os médicos e os advogados. Contudo, o foco excessivo na definição dos atributos, bem como o carácter empirista dos estudos e a inexistência de reflexão teórica ao longo da abordagem empírica, constituem algumas das limitações apontadas à corrente funcionalista na análise do fenómeno profissional.

No final da década 50, do século XX, surge a corrente interacionista que marca a primeira grande rutura com o modelo funcionalista da análise das profissões. Contrariamente à perspectiva funcionalista, que se preocupa principalmente com a enumeração dos atributos que permitem distinguir uma profissão das restantes ocupações, o interacionismo “postula o conhecimento identitário da profissão” (Santos, 2011: 23). A questão “o que é uma profissão?” é substituída por uma outra “quais as circunstâncias pelas quais as pessoas que têm uma ocupação tentam torná-la uma profissão, e a si próprios em profissionais?” (Hughes, 1952: 45). Deste modo, a análise interacionista foca-se na compreensão dos motivos que conduzem à emergência e institucionalização de uma profissão.

Everett C. Hughes surge como um dos principais autores da alternativa sociológica interacionista, destacando nos seus trabalhos alguns dos aspetos negligenciados no discurso dos teóricos funcionalistas, tal como a dinâmica dos processos e a constante comparação do ideal com o real das práticas profissionais. Segundo o autor, o conceito de profissão detém uma dimensão profundamente subjetiva, na medida em que nenhuma atividade profissional pode ser apreendida fora do seu contexto de interação e desenquadradas dos processos de distribuição social (Santos, 2011).

Neste sentido, Hughes procura explicar de que forma a sociedade reconhece as diferentes ocupações, que significados lhes atribui, e ainda, como são distribuídas pelos membros de uma coletividade. Deste modo, o autor concebe a existência de uma divisão moral do trabalho baseada nas noções de licença e de mandato (Rodrigues, 1997). Neste sentido, a primeira refere-se à autorização legal para desempenhar certas atividades interditas a outros, e o mandato remete para a obrigação de assegurar uma função específica em prol do bem da sociedade, num espírito desinteressado. Assim, uma profissão nasce quando uma ocupação fixa o seu mandato perante a sociedade, tratando-se de um processo social e não de progressos de uma civilização, como defendia a abordagem funcionalista.

Os indivíduos são julgados e categorizados de acordo com as tarefas que desempenham na sociedade, por isso, a capacidade que o trabalhador possui para aumentar o prestígio da sua ocupação determina as vantagens e privilégios sociais que podem ser recolhidos, individualmente ou coletivamente (Gonçalves, 2007).

Os críticos e a reabilitação das profissões

A partir da década de 70, do século XX, assiste-se à emergência de um movimento crítico sobre o paradigma funcionalista, e conseqüentemente, ao surgimento de novas abordagens de análise sociológica dos grupos profissionais.

Segundo Rodrigues (1997: 36), o movimento revisionista da sociologia das profissões conta com a presença de autores como Gyarmati e Roth, Johnson, Jamous e Peloille, Chapoullie e Freidson, entre outros, “cujas críticas fundaram a base de novas abordagens e, portanto, da reabilitação das profissões”.

A a-historicidade da análise sociológica das profissões constitui-se como uma das principais críticas formuladas por Johnson aos modelos funcionalista e interacionista (Henriques, 2011).

Deste movimento crítico, principalmente da ênfase na História no processo de afirmação das profissões, resultaram, de acordo com Paredeise (1988), dois eixos metodológicos fundamentais: 1) as profissões deixam de ser analisadas estaticamente, deixando de se insistir na ideia de características e atributos naturais das profissões, “introduzindo-se uma análise dinâmica relativa ao processo de obtenção do estatuto de profissão” (Rodrigues, 1997: 44); 2) por outro lado, “os discursos passam a constituir importantes mecanismos de poder, inculcação, conquista e construção de sistemas de valores e crenças comuns” (Henriques, 2011: 61), imprescindíveis à manutenção material e simbólica do estatuto social.

Este movimento crítico, dirigido fundamentalmente ao paradigma funcionalista da análise do fenómeno profissional, possibilitou a emergência de novas abordagens e perspectivas no âmbito da sociologia das profissões, nomeadamente, as centradas na análise do “poder das profissões”.

O paradigma do poder: Johnson, Freidson e Larson

Na terceira fase de desenvolvimento da análise sociológica das profissões, que decorre desde os meados dos anos 60 até ao final da década seguinte do século passado, assiste-se a um movimento crítico da perspectiva funcionalista, através do qual emergem as teses do poder e do monopólio profissionais.

A questão do poder profissional é reforçada nas obras de Jonhson (1972), Larson (1977) e Freidson (1978), ainda que com algumas diferenças teóricas significativas (Gonçalves, 2007).

Segundo Jonhson (1972) a análise sociológica das profissões deve incidir nas relações de poder que predominam entre o profissional e o cliente, refletindo sobre como o primeiro controla as relações com o segundo em seu proveito próprio. A distância social que caracteriza este relacionamento é reforçada pelo facto de o cliente não dominar os conhecimentos, que requerem uma qualificação especial, contribuindo para um aumento da dependência do cliente face ao profissional. Assim sendo, o autor destaca três tipos de controlo social - colegial, patrocínio e mediado -, que resultam de determinados contextos históricos, nos quais se assiste à evolução do capitalismo e à forma como este progresso interage com os processos de profissionalização (Gonçalves, 2007).

Eliot Freidson desenvolveu a teoria do profissionalismo e consolidou o paradigma do poder das profissões, através de diversos trabalhos desenvolvidos a partir da década de 70 até aos nossos dias. Neste sentido, o autor define profissionalização como o processo pelo qual uma ocupação obtém o direito exclusivo a realizar determinada tarefa, o controlo sobre a aprendizagem e as formas de recrutamento, bem como o direito de determinar e avaliar o exercício concreto de um trabalho (Rodrigues, 2002).

A análise de Freidson sobre o fenómeno do poder profissional apoia-se em três conceitos fundamentais inter-relacionados: a autonomia; a expertise (conhecimento) e o credencialismo. A autonomia ou autonomia técnica é o principal elemento que define uma atividade profissional e refere-se à capacidade de definir e por isso controlar, a forma como o trabalho deve ser feito.

Por sua vez, o *gatekeeping*, a segunda maior fonte de poder profissional, permite o “controlo institucionalizado sobre os recursos, assumindo a forma do credencialismo,” ou seja, assegurando às profissões o controlo sobre “o acesso aos domínios da interpretação, julgamento e solução de problemas que clientes/público pretendem ver resolvidos” (Rodrigues, 2002: 51).

A *expertise* diz respeito ao monopólio do conhecimento abstrato, aprendido em instituições formais de educação superior, permitindo garantir um mercado institucional com mais privilégios (Henriques, 2011).

Desta forma, as profissões garantem o seu poder através do monopólio do conhecimento, que lhes confere autonomia e permite-lhes criar um especialista (expert). O autor constrói esta análise tendo como pano de fundo a profissão médica. De facto, nenhuma outra profissão assegura o seu poder como a medicina, na medida em que usufrui de um elevado grau de autonomia técnica, ou seja, debruça-se sobre o conhecimento afastando todos os outros, controla todo o processo de trabalho e possui o monopólio da prática, garantindo assim o seu poder.

Magali Larson (1977) surge na análise das profissões, tendo por base uma síntese das teses marxistas e weberianas, privilegiando a análise do “projeto profissional” de várias profissões, ligando-o ao sistema de classes da sociedade capitalista. No livro “*The rise of Professionalism*”, Larson (1977) identifica quatro princípios sobre os quais assenta o fenómeno da profissionalização (Santos, 2011: 29): i) As profissões representam grupos sociais em competição social uns com os outros num contexto social particular; ii) Cada grupo pode agir de acordo com interesses económicos ou outros; iii) Cada profissão tem um lugar no sistema de classes; iv) “A posição de classe é determinada pelos traços estruturais da sociedade industrial mas a ação dos seus membros é sempre significativa e pode ser utilizada como estratégia social”. As duas últimas premissas constituem o âmago da análise do dito “projeto social”.

Neste sentido, o projeto a que se refere a autora engloba um processo histórico através do qual as profissões conquistam um monopólio legal de determinadas atividades de serviços. Deste modo, desenvolveram-se mercados de profissionais específicos, nos quais o Estado desempenha um papel importante, uma vez que, assegura o reconhecimento legal e resguarda o trabalho dos profissionais, que podem adquirir vantagens a nível material e/ou simbólico. Para o exercício das atividades é indispensável um conhecimento especializado e certas qualificações profissionais, que são legitimadas socialmente, transmitidas e asseguradas pelas universidades. A par disto, é possível salientar a mobilidade social, que está subjacente a este processo, permitindo aos indivíduos aceder a posições com um elevado estatuto social.

O fechamento social, conceito desenvolvido por Weber, dá-se quando um grupo profissional alcança o monopólio de um mercado de serviços profissionais e realiza o fechamento cultural. (Gonçalves, 2007)

Abordagem sistémica e comparativa das profissões

A literatura identifica como a última fase do desenvolvimento da análise sociológica das profissões, o período que engloba os anos 80 até aos dias de hoje, no qual se destaca a emergência de uma abordagem sistémica e complexa dos fenómenos profissionais, assistindo-se também a um aumento significativo da produção sociológica na Europa continental, principalmente no âmbito das análises comparativas (Rodrigues, 2002).

No decorrer desses anos, Andrew Abbott (1988) constituiu-se como a grande referência teórica que serviu de inspiração para novos quadros teóricos desenvolvidos nas décadas seguintes (Gonçalves, 2007). O autor constrói um novo modelo conceptual tendo por base alguns dos contributos das várias perspectivas associadas à sociologia das profissões, nomeadamente o funcionalismo, o interacionismo simbólico e as teses do poder profissional. A sua abordagem integrava a compreensão da natureza das atividades profissionais, comprovando empiricamente o que defendia no seu trabalho através da análise de determinadas atividades ocupacionais “estabelecidas” e apoiando-se para tal numa abordagem sócio histórica (Henriques, 2011: 72).

Carlos Gonçalves (2007: 186) resume os contributos de Abbott como,

“(…) uma abordagem sistémica das profissões que heurísticamente coloca a tónica nos processos, complexos, de conquista, sedimentação e de defesa das jurisdições, isto é, nas relações pautadas pelos conflitos entre profissões, bem como nos procedimentos sociais para a resolução desses conflitos, que trespassam o mundo profissional com as suas contingências históricas, sociais e culturais.”

A partir dos anos 90 assiste-se a uma ampliação da produção sociológica no âmbito da sociologia das profissões na Europa continental, como é exemplo países como França, Itália e dos países escandinavos.

Em Portugal, destaca-se o estudo comparativo sobre o associativismo profissional realizado por Freire (2004), onde é introduzida uma noção particular de profissão, e a qual adotamos para o nosso estudo. Neste sentido, define-se profissão tendo em conta os seguintes aspetos:

“nível de qualificação média ou superior, assente em formação inicial correspondente ou em qualificações informais de longa aprendizagem; diferenciação e especificidade técnica ou científica permitindo algum grau de autonomia profissional e responsabilidades de enquadramento ou coordenação de atividades no domínio em causa;

auto-identidade social mínima do grupo em questão; e, reconhecimento formal pelas entidades públicas administrativas, pelo mercado ou pela prática social” (Freire, 2004: 6).

Ainda no quadro da sociologia das profissões em Portugal, distinguem-se os trabalhos de: Maria de Lurdes Rodrigues sobre o processo de profissionalização dos engenheiros; o estudo de António Nóvoa em torno da emergência dos professores primários enquanto grupo profissional; Carlos Gonçalves sobre o grupo profissional dos economistas e a obra “*Saberes e poderes no hospital*” de Graça Carapinheiro sobre a profissão médica e o contexto das situações e dos quotidianos de trabalho desenvolvidos no serviço hospitalar (Rodrigues, 1997).

Apesar da heterogeneidade de noções que caracterizam as novas bases da investigação sociológica europeias e anglo-americanas, ainda é possível identificar alguns aspetos em comum à grande parte dos quadros teóricos, principalmente, a alusão a um domínio científico e a respetiva aprendizagem de conhecimentos científicos e técnicos, resultantes de uma longa formação académica, a autonomia profissional, a identidade própria e a associação de pares (Gonçalves, 2007).

2. Abordagem sociológica das identidades sociais

2.1. Processos de socialização e a construção das identidades

No âmbito da análise das profissões, torna-se inevitável a abordagem conceptual da socialização, processo a partir do qual se constroem as identidades, que constitui, segundo Freire (2004), um dos aspetos que permitem a constituição de uma profissão, percorrendo para isso, algumas das principais teorias centradas no estudo dos processos de socialização.

As perspetivas culturais e funcionais da socialização definem este termo como o processo fundamental pelo qual os indivíduos incorporam os modos de ser (de sentir, de pensar e de agir) de um grupo, ou seja, interiorizam valores, normas e disposições que o tornam um ser socialmente identificável (Dubar, 1997: 79). Contudo, estas abordagens reduzem a socialização a uma qualquer forma de integração social e cultural unificada.

Desta feita, surgem outras abordagens que recusam esta *unidade do mundo social*, cuja realidade é caracterizada por lógicas heterogéneas onde domina a interação e a incerteza (Dubar, 1997: 79). Assim, o social exhibe uma dualidade concebida no âmbito da socialização como a construção de formas sociais significativas, mas diferenciadas.

George Herbert Mead foi o primeiro a conceber, na sua obra *Self, Mind and Society* (1934), o processo de socialização como a construção de uma identidade social na e pela interação (ou comunicação) com os outros. Esta abordagem cruza a sociologia weberiana com a psicologia behaviorista, desenvolvendo assim, uma análise detalhada da socialização como “construção progressiva da comunicação do Eu como membro de uma comunidade que participa ativamente na sua existência e, portanto, na sua mudança” (Dubar, 1997: 92). De acordo com Mead, a consolidação da identidade social e, por sua vez, o sucesso do processo de socialização dependem do equilíbrio e da união das duas facetas do Eu – o “eu” identificado pelo outro e reconhecido por ele como “membro do grupo” e o “eu” que assume um papel ativo e participativo no processo permanente de reconstrução da comunidade influenciado pelos valores associados ao papel específico que assume (Dubar, 1997: 93)

Na obra “*A construção social da realidade*” (1966), Peter Berger e Thomas Luckmann retomam e aprofundam a abordagem psicossociológica de Mead, introduzindo a distinção entre socialização primária e socialização secundária. Como tal, os autores

inspiram-se nas noções meadianas de “outro generalizado” e “outro significativo” para definir socialização primária (Darmon, 2016: 73). Desta forma, a primeira etapa do processo de socialização diz respeito à “tomada em conta pela criança” dos papéis desempenhados pelos que lhe são próximos, nomeadamente, os “outros significativos” (Dubar, 1997: 92). Assim, um “outro significativo” é aquele através do qual a criança constrói a definição de si própria. A interiorização que ocorre nesta fase é a do mundo da própria família, uma vez que esta é a única realidade com que as crianças têm contacto numa primeira instância. Esta relação dá-se num ambiente dotado de um grande carácter afetivo e emocional, deste modo, estes conteúdos mantêm-se ainda numa fase adulta (Rego, 2005).

Numa segunda etapa, e de uma forma gradual, o círculo de relações da criança vai-se alargando até surgir os “outros generalizados”.

“Este “outro” já não é um parceiro singular do qual se assume um papel particular, mas antes é “a organização das atitudes daqueles que estão comprometidos num mesmo processo social, a comunidade, a equipa, o grupo que dá ao indivíduo a *unidade do Eu*” (Dubar, 1997: 93).

Assim, a criança transita para uma abstração simbólica. Através do uso do “nós” a criança interioriza o ponto de vista de uma “généralité d’autres”, isto é, de uma sociedade (Darmon, 2016, p. 73).

Segundo Berger e Luckmann (1966: 146), “a socialização nunca é completamente conseguida” e “nunca é total nem acabada”, como tal, a socialização não é exclusivamente primária e vai para além da infância. Os autores introduzem assim a noção de socialização secundária, definida como “a interiorização de submundos institucionais especializados” e “a aquisição de saberes específicos e de papéis direta ou indiretamente enraizados na divisão do trabalho” (*idem*: 189). Importa destacar que a socialização secundária não “cria” ou “produz” do nada um indivíduo social, como tal, é uma reconstrução do indivíduo, tendo em conta a sua relação com a socialização primária.

Berger e Luckmann estabelecem o processo de socialização secundária como uma forma de socialização profissional, e esta, por sua vez, é vista principalmente como uma formação que envolve a escola e o mundo do trabalho. Desta forma, os autores reproduzem e declaram um uso bastante comum na sociologia, onde para se estudar a socialização secundária basta responder à questão: “comment, et dans quelle mesure, la formation professionnelle (y compris dans sa dimension scolaire) et le monde du travail construisent-ils à nouveau l’individu?” (Darmon, 2016: 77).

No âmbito dos processos de socialização, importa destacar as dinâmicas de natureza informal que ocorrem no seio das instâncias de socialização, traduzindo-se “num pano de fundo para o cenário formalmente instituído com um impacto não menosprezável sobre as redefinições identitárias” (Serra, 2011: 26). De acordo com Pain (1990, citado in *idem*), a aprendizagem por via informal pode ser considerada o principal agente de socialização e de transmissão da cultura e do desenvolvimento da personalidade, cujos resultados são classificados como “coprodutos” latentes ou residuais da aprendizagem ou socialização formal.

Deste modo, as identidades são construídas socialmente a partir de “sucessivas socializações” (Dubar, 1997: 13) que ocorrem simultaneamente em diferentes contextos, no plano formal, no âmbito de diferentes instâncias (escola, família, meios de comunicação, contextos de trabalho, hospital, ...), e no plano informal (Tavares, 2008: 36).

2.2. Pressupostos teóricos sobre as identidades

A emergência da identidade, enquanto objeto de estudo no domínio das ciências sociais, é relativamente recente. Tendo em conta os contributos de Hall (1998), podemos afirmar que a relevância da problemática da identidade é o reflexo de um contexto em que as identidades deixam de ser determinadas por grupos específicos, e passam a ser da responsabilidade do indivíduo, implicando um processo de construção contínua. A afirmação do indivíduo representa assim, uma tendência histórica e social muito ampla que caracteriza a modernidade (Halpern, 2009 citado in Serra, 2011).

De acordo com Boaventura Sousa Santos (1993:13),

“a preocupação com a identidade não é, obviamente nova. Podemos dizer até que a modernidade nasce dela e com ela. O primeiro nome moderno da identidade é a subjetividade. O colapso da cosmovisão teocrática medieval trouxe consigo a questão da autoria do mundo e o indivíduo constitui a primeira resposta”.

Na obra “*Modernidade e Identidade Pessoal*”, Giddens (2001) analisa a transformação do conceito de identidade tendo em conta o rompimento com uma ordem social dita tradicional. Com a modernidade surgiram novas formas de ordem social no que diz respeito ao seu dinamismo, ao grau de erosão dos hábitos e costumes tradicionais,

alterando radicalmente a natureza da vida social quotidiana, afetando os aspetos mais pessoais da vida dos indivíduos.

A modernidade lançou repercussões fundamentais ao nível da organização social, nomeadamente, de acordo com Giddens (2001), com a emergência de novas organizações institucionais que, influenciando, de forma direta a vida pessoal e social do indivíduo, influenciam consequentemente as estruturas que moldam a identidade pessoal do sujeito. Segundo Santos (2005: 137), as novas organizações diferem das instituições ligadas ao industrialismo e ao capitalismo, “não implicando nem relações sociais, nem sistemas de produção de bens ou mercadorias, mas um papel desenvolvido pelo novo crescimento do poder organizacional numa sociedade global”.

A propósito da crise da modernidade, que é também, segundo Dubar (2006), uma crise das identidades, Correia afirma que se vive atualmente num mundo onde a identidade pessoal já não é determinada pelas instituições, nem herdada dos contextos sociocomunitários, mas em que ela é, em grande medida, “uma identidade construída pelos próprios indivíduos no decurso das suas trajetórias de vida com a contribuição das instituições e do social-comunitário e, portanto, das interações” (Correia, 2006: I-II).

Para Mendes (2002: 503) “o debate sobre a identidade, ou melhor, sobre as identidades, perpassa o campo das ciências sociais e humanas”. Segundo Abreu (2001), a diversidade terminológica do conceito de identidade contribui, a par com a sua natural complexidade, para a dificuldade da sua definição, bem como para a subjetividade do conceito. Neste sentido, a diversidade terminológica resulta, de acordo com o mesmo autor, das múltiplas abordagens de diferentes domínios do conhecimento à identidade, como é exemplo a corrente psicanalítica, a psicossociológica, a fenomenológica, e a sociológica.

De acordo com Pinto (1991: 218), “a adoção do conceito de identidade pela sociologia não pode senão assumir e reforçar a vocação eminentemente relacional que ele já tem no quadro problemático da psicologia”. O autor salienta que a construção das identidades implica a imbricação de dois processos, intitulados segundo Pierre Tap (1979), de identificação e de identização. O processo de identificação refere-se à integração por parte do indivíduo no grupo mais vasto de pertença ou de referência, com o qual tendencialmente se funde. Por sua vez, o processo de identização corresponde a um modo de diferenciação social, na medida em que o indivíduo se torna único,

estabelecendo, em relação aos outros, limites de ação mais ou menos rígidos. Deste modo, a produção das identidades sociais “alimenta-se sempre de alteridades”, tendendo entre a integração e a diferenciação, a inclusão e a exclusão, assim, sendo este um “processo feito de complementaridades, contradições e lutas, não pode senão conduzir numa lógica de espelhos, a identidades puras, sincréticas e ambivalentes” (Pinto, 1991: 219).

Na análise da complexa problemática das identidades humanas destaca-se os contributos de Claude Dubar (1997, 2006). O plural do termo identidades reflete a pluralidade de formas identitárias que se conjugam de forma diferente de acordo com os contextos e as épocas. O autor identifica assim, as formas identitárias nominais ou culturais, as reflexivas ou ideológicas, as narrativas ou singulares, e por fim, as estatutárias ou profissionais. Sendo que nenhuma das formas identitárias anteriores domina sobre as demais, como tal, para as apreender é necessário ter em conta a contextualização histórica e cultural.

Também Dubar defende que não existe “identidade sem alteridade” (2006: 9). Esta ideia resulta da corrente filosófica nominalista, na qual a identidade é produto duma dupla operação linguística: a diferenciação, em que a “identidade é a diferença”, e a generalização, onde a “identidade é a pertença comum” (*idem*: 8, 9). Para o autor a identidade constrói-se e reconstrói-se a partir da integração equilibrada entre as duas facetas do “Eu” - a identidade para si e a identidade para o outro. A identidade para si refere-se ao modo como a pessoa se vê a si própria, e a identidade para o outro diz respeito ao modo como a pessoa é percebida e valorizada por aqueles com quem interage no decurso da sua vida pessoal e profissional. Deste modo, podemos afirmar que a identidade para si não se separa da identidade para o outro, pois “eu só sei quem eu sou através do olhar do Outro” (Dubar, 1997: 104).

Ao contrário do que se defendeu durante muito tempo, Dubar (1997: 13) vem afirmar que “a identidade humana não é dada, de uma vez por todas, no ato do nascimento: constrói-se na infância e deve reconstruir-se sempre ao longo da vida”. Como tal, o autor reconhece a construção da identidade como um processo socialmente construído e simultaneamente inacabado.

Neste sentido, o autor entende que a perspetiva sociológica da noção de identidade é possível quando se tem em conta que a relação identidade para si/identidade para o outro acontece dentro do processo de socialização. Assim sendo, a identidade é “o resultado

simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições” (Dubar, 1997: 105). Esta noção é uma tentativa de introduzir uma dimensão subjetiva, vivida, psíquica no interior da análise sociológica. Enfatizando a diversidade de situações identitárias, em que o indivíduo atua simultaneamente como sujeito socializador e objeto de socialização.

Para Dubar (1997) a construção da identidade compreende o cruzamento dos processos relacionais e biográficos. Ao nível pessoal, ou para si, é como o indivíduo se vê, em função de sua biografia e das projeções e expectativas que faz para o seu futuro; ao nível coletivo, ou para o outro, tem a ver com o modo como a pessoa é percebida, valorizada por aqueles com quem interage ao longo da sua vida pessoal e profissional.

Contudo, este processo de construção identitária não é estável, nem linear. Traduzindo-se assim, num processo complexo e dinâmico, no qual cada um de nós pode recusar uma identificação e se definir de outra forma, e ainda,

“sendo um processo construído socialmente, muda de acordo com as mutações sociais dos grupos de referência e de pertença a que estamos ligados, conforme estes alterem as suas expectativas, valores influentes e configurações identitárias” (Santos, 2005: 123).

Tendo em conta os contributos de Dubar, Abreu (2001: 83) salienta a importância das instituições de formação nos processos de construção identitários,

“a escola (...) constitui um elemento decisivo para a construção da identidade social; e se é evidente que essa identidade se constrói segundo uma lógica de negociação, não deixa de existir uma tendência para o indivíduo ser aquilo que se diz que ele deve ser. (...) A multiplicidade de escolhas e de pressões do meio produz no indivíduo uma necessidade de desenvolver determinadas estratégias identitárias.”

No âmbito da construção da identidade profissional, David Tavares (2007) identifica o contexto do ensino superior como uma instância determinante na produção de referências identitárias, de valores sociais e profissionais e de cultura profissional integrados pelos indivíduos.

De acordo com José Madureira Pinto (1991: 221), “o exercício quotidiano do trabalho em organização” representa outro aspeto relevante na compreensão dos processos de construção da identidade profissional, cujos hábitos, rotinas, práticas e costumes próprios ajudam a definir as áreas de intervenção dos diferentes grupos ocupacionais.

Tendo em conta os contributos dos autores referidos anteriormente, definimos identidade como uma construção social, operatorialmente inacabada, resultante de sucessivas socializações que ocorrem em múltiplos contextos, de âmbito formal e informal, e que confere, por sua vez, especificidade ao indivíduo.

2.3. Abordagens da socialização profissional dos estudantes de medicina

As primeiras análises relativas à construção da identidade de uma determinada profissão repousam, essencialmente, no seu aspeto funcional e instrumental. Neste sentido, a socialização dos futuros médicos representou, simultaneamente, um importante objeto científico, bem como um campo de confronto entre duas tradições sociológicas, nomeadamente, o funcionalismo e o interacionismo. Tendo como pano de fundo a sociedade americana, nos anos de 1950, Robert Merton, da Universidade de Columbia, e Everett Hughes, de Chicago, iniciaram e lideraram dois estudos concorrentes sobre o processo de socialização médica (Carapinheiro, 1993). Ambos tinham como objetivo encontrar nos estudantes de medicina um “protótipo” que lhes permitisse identificar o ideal-tipo das profissões. As principais interrogações em torno da socialização profissional, tendo em conta a profissão médica, consistiam em “saber como é que os estudantes de medicina se transformam em médicos e qual é a margem de controlo da profissão sobre este processo” (Carapinheiro, 1993: 166).

O estudo liderado pelo funcionalista Robert Merton (1957), “*The student physician*”, visava a análise dos processos a partir dos quais “o neófito se transforma em médico” durante os estudos em medicina, e, da própria instituição escolar de medicina como o “ambiente social através do qual a cultura profissional médica é transmitida”. Neste sentido, o autor define socialização como o conjunto de processos através dos quais os indivíduos adquirem os valores e as atitudes, os interesses, as habilidades e os conhecimentos – isto é, a cultura – dos grupos dos quais eles são, ou desejam-se tornar membros.

Na perspetiva teórica funcionalista de Merton, a formação académica é considerada uma das etapas cruciais no processo de socialização profissional, na medida, em que é no decorrer dos estudos, nomeadamente ao nível do ensino superior, que a profissão garante o controlo sobre os seus futuros membros, introduzindo-lhes a cultura normativa da profissão, constituída por um conjunto de ideias, valores e critérios

padronizados da própria prática profissional. Assim sendo, as escolas de medicina tinham como função, por um lado, transmitir o conhecimento técnico e, por outro, transmitir os valores e as normas que compõe o papel profissional de médico (Merton *et al.*, 1957: 41).

Como tal, a escola médica influencia e regula o modo como o profissional se comportará no futuro, garantindo uma cultura profissional estável e duradoura. Neste contexto, evidenciando o papel fundamental da faculdade de medicina na institucionalização da profissão, Merton salienta que se a medicina mantém o prestígio e a importância na sociedade de hoje, devê-lo principalmente à escola de medicina cuja função primordial é conservar e transmitir os valores da cultura da profissão médica (Nunes, 2007).

Esta interpretação da socialização aplicada à educação médica não pode, contudo, conduzir ao excessivo interesse sobre o domínio da “educação” em detrimento dos aspetos informais de socialização (Darmon, 2016: 79). Deste modo, Merton destaca a importância do que ele designa por “aprendizagem indireta”, que consiste na aquisição de atitudes, valores e comportamentos que derivam do contacto com os professores, os colegas, os pacientes e os membros da equipa de hospital, com quem os alunos se cruzam durante todo o percurso escolar e os anos de estágio no hospital. Assim, os estudantes de medicina não aprendem apenas o que lhes é transmitido durante as aulas, estes absorvem também o que decorre do seu intenso investimento no seio da pequena sociedade da faculdade de medicina, no que se refere às múltiplas interações com os seus diferentes membros, à troca de experiências e ideias, ou à observação e avaliação do comportamento do próprio professor.

Segundo a abordagem funcionalista de Merton, o estudante é considerado um aluno da profissão médica, – “student-physician” – remetendo-o a um corpo social de assimilação e reforço das normas da faculdade, de forma a ser aceite dentro da própria profissão.

Por sua vez, no estudo liderado por Hughes (Becker *et al.*, 1961), “*Boys in white*”, o estudante é visto não tanto como um aluno da profissão médica, mas como um membro de um “grupo dominado” na faculdade de Medicina, construindo uma cultura própria de forma a resistir às normas institucionais. Estas estratégias coletivas designam-se por “argúcias académicas” e exibem uma assimilação relativa e seletiva da cultura médica.

Neste sentido, pode-se afirmar que os estudantes de medicina não se resumem a meros agentes passivos no que diz respeito ao processo de transmissão de valores por parte da faculdade, aos quais lhes é imposta uma cultura que têm de seguir escrupulosamente. Mas sim, sujeitos ativos que tendem a utilizar recursos postos à sua disposição pelos agentes de socialização, no âmbito de uma experiência social assente em processos bilaterais e não unilaterais (Tavares, 2016).

Segundo Becker *et al.* (1961), a socialização representa sempre um processo de “ajustamento situacional”, assim, os valores principais da cultura médica, nomeadamente a responsabilidade e a experiência clínica, interiorizados no período dos estudos, são mais tarde redefinidos em função de situações imediatas.

A obra, “*Boys in White*”, constitui-se como uma crítica à abordagem funcionalista da socialização médica, tal como o subtítulo nos indica (“student culture in medical school”), os autores transitaram de uma análise centrada na “cultura médica” para o estudo da “cultura estudantil” (Darmon, 2016). Os autores opõem-se a uma abordagem na qual as variáveis estão previamente determinadas, propondo um esquema teórico aberto, onde as próprias variáveis devem ser descobertas.

Estas duas concepções sobre o papel da socialização escolar distinguem-se quanto à orientação sociológica. Assim, de um lado temos um olhar *ex post* focado nos efeitos e finalidade da socialização, e do outro, temos uma visão sincrónica de uma socialização em formação (Darmon, 2016: 88). No entanto, tanto a perspectiva funcionalista como a perspectiva interacionista centram-se na problemática da interiorização dos valores da responsabilidade médica e da experiência clínica, no âmbito da socialização escolar, seja esta total e direta (“*The student physician*”) ou seletiva e redefinida pela situação do estudante (“*Boys in white*”). Ambas constroem o seu objeto de estudo em torno da faculdade de medicina, ofuscando todos os fenómenos subsequentes que constituem e continuam a socialização profissional.

Neste sentido, Isabelle Baszanger (1981) transfere a problemática da aquisição dos valores no quadro da socialização médica para o domínio do “funcionamento real” da profissão médica. Como tal, desenvolveu um estudo sobre a socialização profissional de futuros médicos de clínica geral, onde associa a formação académica à integração profissional, tendo em conta os efeitos heterogéneos desse processo.

Segundo a autora, estes dois modelos de socialização médica exibem três dificuldades. A primeira está relacionada com a estrita oposição entre o estudante visto como um profano, exterior ao mundo médico, e a própria profissão. A outra, refere-se à apresentação ao longo do processo de socialização, de uma “instituição socializante, homogénea e truncada” (Baszanger, 1981: 229). Por último, tal como referimos anteriormente, faz-se coincidir a duração do processo de socialização com a duração dos estudos, excluindo a inserção profissional e todas as escolhas inerentes a ela.

Tendo em conta as críticas ao modelo sociológico americano de análise da socialização profissional³, Carapinheiro (1993: 172) sugere um modelo teórico alternativo “que reúna os estudos e a inserção profissional como momentos de uma única realidade, a da construção do mundo profissional dos médicos”.

Baszanger (1983) afirma que o processo de socialização profissional dos médicos é constantemente penetrado por outros elementos que têm origem noutra lugar que não a faculdade ou o hospital, como por exemplo, na socialização anterior (proximidade com o mundo médico, seja de origem familiar ou não), ou ainda, na integração com formas sociais paralelas a estes dois mundos (movimentos religiosos, sindicalismo ou membro de um partido). Ao estudar a construção da identidade profissional dos médicos que optam pela carreira de clínica geral, a autora organiza uma tipologia que define e distingue as quatro formas destes se definirem (Baszanger, 1983). Deste modo, podemos concluir que o processo de socialização profissional dos médicos é plural e heterogéneo.

A influência exercida pela instituição escolar neste processo de socialização médica é relativa e parcial, sendo esta apenas uma das fases de aprendizagem e interiorização dos valores que definem os futuros profissionais e que tem continuidade, posteriormente, no contexto profissional do hospital (Tavares, 2016). Uma parte dos valores transmitidos na formação escolar reconfiguram-se por influência dos processos de socialização em contextos de trabalho. Carapinheiro (1993) defende que os valores principais da cultura médica, a responsabilidade e a experiência clínica, adquiridos durante a formação, são mais tarde redefinidos no contexto profissional do hospital.

Assim, verificam-se discrepâncias quanto à aprendizagem da profissão na escola médica, a instituição que “educa os profissionais”, e no hospital, “a instituição que trata

³ Acrescenta-se a crítica de Atkinson (1981) às duas abordagens clássicas da educação médica, pelo facto de ambas “negligenciarem o ensino à cabeceira do doente” (Carapinheiro, 1993: 171-172).

os doentes” (Carapinheiro, 1993). Na primeira dominam concepções “teóricas”, e na segunda concepções “pragmáticas”, opondo-se o “modelo ideal” que caracteriza a “dignidade da profissão”, a sua imagem de marca e a sua valorização simbólica, e o “modelo prático” que diz respeito “às tarefas quotidianas e aos trabalhos pesados” e que mantém poucas relações com o primeiro (Dubar, 1997: 136).

Desta forma, muita da aprendizagem adquirida na escola médica desaparece em parte nos contextos profissionais, principalmente para os médicos que optam por carreiras médicas não hospitalares, cuja distância e discrepância entre os valores veiculados na educação médica, e os valores a adquirir e a interiorizar na socialização profissional aumenta consideravelmente (Carapinheiro, 1993; Tavares, 2016). Como tal, com base nos testemunhos de internos obtidos por entrevista, no âmbito do trabalho de investigação de Carapinheiro (1993), verifica-se que as inadequações persistentes do ensino médico ao funcionamento real da profissão médica nas estruturas concretas de saúde, exige aos internos a constante negociação entre os recursos fornecidos pelos estudos e os recursos a adquirir na prática quotidiana para sobreviverem nos universos profissionais.

Ainda no âmbito dos estudos sobre a socialização médica, Frederic Hafferty destaca o papel do “currículo oculto” como a aprendizagem da cultura médica por meio de mensagens implícitas embutidas em lições explícitas (Underman e Hirshfield, 2016). Neste sentido, o conceito de currículo oculto revê-se na noção de “aprendizagem indireta”, desenvolvida por Merton, e define-se como “*the commonly held “understandings”, customs, rituals, and taken-for-granted aspects of what goes on in the life-space we call medical education*” (Hafferty, 1998: 404). Assim sendo, os estudantes de medicina adquirem ao longo da educação médica os valores, atitudes, comportamentos e crenças, considerados importantes para o exercício da profissão e que são exteriores ao currículo formal (Hafferty and Franks, 1994). Esta perspetiva concebe a formação médica, não só como um processo de aprendizagem de conhecimento científico, mas também de novas formas de sentir, pensar e agir (Underman e Hirshfield, 2016). No entanto, na maior parte das vezes os conteúdos transmitidos pelo currículo formal colidem com os do currículo oculto, segundo Hafferty e Franks (1994: 866),

“If surrounded by a medical culture that discourages certain feelings, introspection, or personal reflection, and buffeted by a basic science curriculum that emphasizes rote memorization, medical students may come to embrace such a reflexive myopia quite early in the training process”.

Importa ressaltar que o contexto atual da educação médica já não corresponde ao dos estudos clássicos dos anos 80 sobre a socialização médica. De facto, as faculdades de medicina já não são compostas maioritariamente por jovens do sexo masculino brancos (Machado, 2003b) e os programas curriculares já não promovem exclusivamente a aquisição de conhecimentos científicos e práticos, introduzindo uma abordagem multidisciplinar na educação médica (Martins e Silva, 2013).

Capítulo II. Estratégia teórico-metodológica adotada

3. Modelo de análise e metodologia: contextualização e descrição

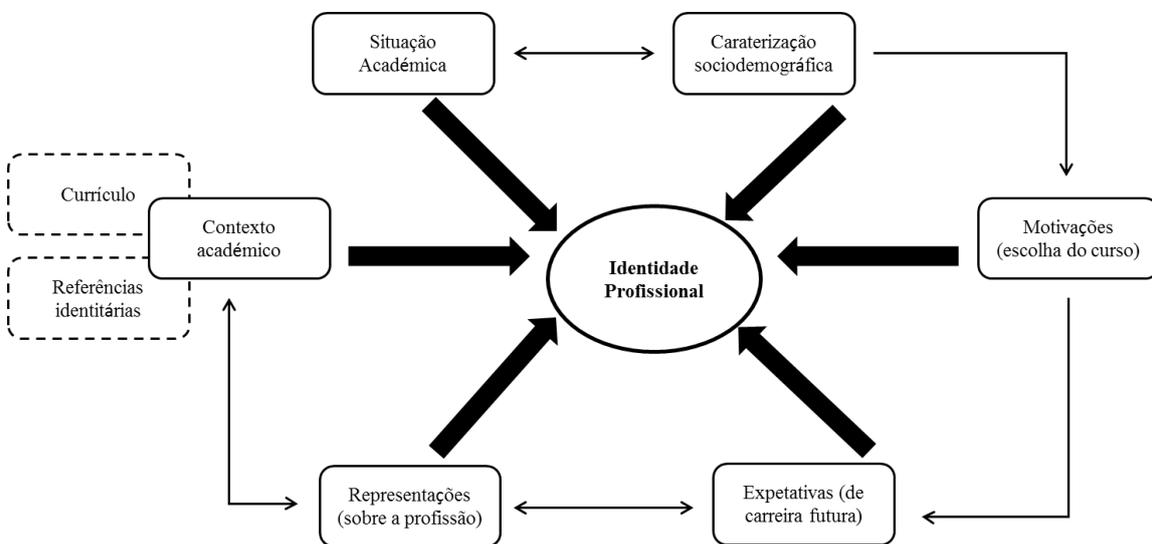
3.1. Modelo de análise: relação entre conceitos, dimensões e indicadores

A partir do enquadramento teórico configurador da problemática em que se move a presente dissertação, o nosso objetivo principal consiste em analisar, no âmbito da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a construção da identidade profissional dos estudantes de medicina, no quadro da socialização académica. A reflexão sobre a escolha do enfoque teórico constitui-se como uma das etapas mais importantes da investigação sociológica. De acordo com Almeida e Pinto (1990: 62), “à teoria é conferido o papel de comando do conjunto do trabalho científico”, condicionando a totalidade dos momentos da investigação sociológica. Assim, as conclusões finais serão o resultado da articulação entre o conhecimento teórico e as observações da realidade social, na qual questões e hipóteses de partida permitem estabelecer um fio condutor. Neste sentido, o modelo de análise “constitui a charneira entre a problemática fixada pelo investigador, por um lado, e o seu trabalho de elucidação sobre um campo de análise forçosamente restrito e preciso, por outro” (Quivy e Campenhoudt, 2008: 109). Deste modo, a construção da identidade profissional dos estudantes de medicina constitui a problemática de referência para a qual se elaborou o modelo de análise que orientou a investigação descrita (Figura 1). Por sua vez, este é composto por conceitos e hipóteses estreitamente articulados entre si. Segundo Lakatos e Marconi (1986), as hipóteses podem ser definidas como uma resposta hipotética à pergunta de partida, que aponta relações entre as variáveis que emergem da teoria ou do trabalho exploratório. Importa lembrar que as hipóteses fornecem à investigação um fio condutor eficaz, “sem por isso sacrificar o espírito de descoberta e de curiosidade”, constituindo-se “como que uma pressuposição, que não é gratuita, sobre o comportamento dos objetos reais estudados” (Quivy e Campenhoudt, 2008: 119). Assim sendo, numa fase final as hipóteses são objeto de verificação empírica, como tal estão sujeitas a testes de refutabilidade, pelo que devem ser testadas “indefinidamente e ter, portanto, um carácter de generalidade; depois, deve admitir enunciados contrários que sejam teoricamente suscetíveis de verificação (Quivy e Campenhoudt, 2008: 150).

Desta forma, “é através da construção dos conceitos e dos seus indicadores que a hipótese se torna observável” (Quivy e Campenhoudt, 2008: 137), assim, ao longo deste capítulo serão apresentados os conceitos, dimensões e indicadores do nosso modelo de análise (Figura 1), bem como as hipóteses que nos propusemos estudar. Importa atender, desde já, que um conceito é “uma construção abstrata que visa dar conta do real. Para isso não retém todos os aspetos da realidade em questão, mas somente o que exprime o essencial dessa realidade, do ponto de vista do investigador” (Quivy e Campenhoudt, 2008: 121 - 122).

Tal como referimos anteriormente, para a nossa investigação construímos um modelo de análise que pretende problematizar a construção da identidade profissional (Figura 1). Assim, apontamos vários fatores explicativos: caracterização sociodemográfica dos estudantes; situação académica; motivações para a escolha do curso; contexto académico; representações sobre a profissão e expetativas de carreira futura.

Figura 1 – Modelo de análise



Legenda:

→ / ➔ - Relações de causalidade entre fenómenos

A variável dependente da nossa investigação é a identidade profissional, uma vez que se trata do domínio de análise que pretendemos explicar (Quadro 1). Tendo em conta os contributos teóricos de Pinto (1991), Dubar (1997) e Tavares (2008) definimos identidades como construções sociais, operatoricamente inacabadas, resultantes de sucessivas socializações que ocorrem em múltiplos contextos sociais, de âmbito formal e informal, e que confere, por sua vez, especificidade ao indivíduo. Assim sendo, a construção da identidade médica é um processo de socialização profissional que implica a interiorização de um conjunto de atitudes, crenças e valores que caracterizam o pensamento e a prática profissional e garantem a coesão do grupo. No caso específico da nossa investigação, centramo-nos no contexto da faculdade de medicina enquanto elemento decisivo para a construção da identidade profissional dos estudantes de medicina, sendo que este compreende todos os contextos nos quais o estudante evolui ao longo do período de formação inicial, e assume-se como uma instância socializadora determinante na produção de referências identitárias e de valores integrados pelos estudantes. Neste sentido, o desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes de medicina não se trata apenas da acumulação de conhecimentos e competências, assim, para que o estudante seja reconhecido pelos colegas, pelos outros, e até mesmo por si para o exercício socialmente legitimado da profissão é necessário que o indivíduo venha a pensar, sentir e agir como um médico.

Quadro 1 – Variável Dependente: Identidade profissional

DIMENSÕES	INDICADORES
Conhecimento	Domínio do conhecimento
Competências	Competências práticas; Raciocínio clínico; Capacidade de comunicação; Capacidade crítica e reflexiva; Resolução de problemas éticos da prática clínica; Competências para a relação médico-doente; Capacidade de trabalho em equipa;
Valores	Respeito mútuo; integridade; compaixão; altruísmo; responsabilidade
Referências identitárias	Partilha de experiências entre professor e aluno; Integração de uma equipa médica; Contato regular com os doentes; Partilha de experiências com outros estudantes de medicina.

Na análise do processo de construção identitária dos futuros médicos de clínica geral, Isabelle Baszanger (1981) destaca a influência de socializações anteriores à entrada no curso de medicina, nomeadamente a proximidade com o mundo médico, seja de

origem familiar ou não, extrapolando o contexto da faculdade de medicina e do hospital. O estereótipo do estudante de medicina filho de pais médicos ainda faz sentido nos dias de hoje. Na profissão médica mantêm-se uma “herança profissional”, existindo uma grande probabilidade de um estudante de medicina ter um membro da família na profissão, o que é comum a outras profissões como advocacia e engenharia (Cavenagh, 2000). Neste sentido, delineou-se a caracterização sociodemográfica como um dos fatores do nosso modelo analítico, cujas variáveis são importantes para o nosso estudo, destacando-se a origem social (habilitações dos pais; condição perante o trabalho dos pais; situação profissional dos pais; grupo profissional dos pais; familiares na medicina), integrando ainda as variáveis sexo, idade e local de origem que nos permite traçar o perfil dos nossos inquiridos, ao qual acrescentamos as variáveis relativas à situação académica (ano curricular a frequentar; ano letivo de ingresso; candidatura de acesso ao ensino superior; candidatura à FMUP).

Diversos estudos em torno da formação da identidade profissional dos estudantes de medicina reiteram que este processo tem início muito antes do período de formação específica para o exercício da profissão (Baernstein *et al.*, 2009; Wilson *et al.*, 2013), sendo construída ao longo do percurso prévio de vida, e prolongando-se durante a formação inicial e pela vida profissional (Serra, 2011: 94). Deste modo, a identificação das motivações subjacentes à escolha pelo curso de medicina traduzem inevitavelmente a influência do contexto social onde se inserem os indivíduos, e revelam traços da sua identidade enquanto futuros profissionais. Assim sendo, o conceito de motivação representa uma das variáveis independentes do nosso modelo analítico (Quadro 2), uma vez que influencia a construção da identidade profissional dos estudantes de medicina, e define-se pelo “conjunto de forças impulsionadoras que mobilizam e orientam a ação de um indivíduo em direção a um objetivo” (Pereira, 2013: 446).

A literatura distingue dois tipos de motivações: intrínsecas e extrínsecas (Boruchovitch e Neves, 2004). Os fatores motivacionais intrínsecos revelam-se como uma tendência natural do indivíduo para procurar novidades e desafios, orientando o seu comportamento em prol de considerarem determinada atividade interessante, atraente ou geradora de satisfação. Por sua vez, os fatores extrínsecos são externos ao indivíduo, traduzindo-se na obtenção de recompensas externas, materiais ou sociais, em geral, com a finalidade de atender solicitações ou pressões de outras pessoas, ou de demonstrar

competências. Segundo Miguel Serra (2011), todos os fatores que contribuem para a escolha de um curso, mais do que funcionarem isoladamente, interrelacionam-se, potenciando as motivações dos indivíduos.

A análise da profissão médica no âmbito da sociologia das profissões, e em particular da vertente funcionalista, destacam como valores centrais da profissão a vocação e o altruísmo. Deste modo, estes fatores de ordem intrínseca são identificados pelos estudantes de medicina nos estudos sobre as motivações para a escolha do curso (Jorge, 2003; Trindade e Vieira, 2009; Goel *et al.*, 2018).

No âmbito da revisão sistemática da literatura sobre “*What motivates medical students to select medical studies*” (Goel *et al.*, 2018: 4), os fatores motivacionais são classificados em: científicos; sociais e humanitários. Os primeiros incluem o interesse pela medicina e pelo conhecimento científico, profissão pessoalmente desafiante; os segundos compreendem a garantia de estabilidade financeira, baixos níveis de desemprego, prestígio social, influência da família; e por fim, os humanitários correspondem a razões de cariz altruísta, de retribuição à comunidade e de ajuda aos outros. Nesta sequência, os fatores científicos e humanitários incluem-se nas motivações de ordem intrínseca, e por sua vez, os fatores sociais referem-se a motivos extrínsecos.

Quadro 2 – Variável Independente: Motivação para o curso de medicina

DIMENSÕES	VARIÁVEIS	INDICADORES
Extrínsecas (empregabilidade; estabilidade financeira; reconhecimento social; influência da família e séries médicas)	<ul style="list-style-type: none"> • Desemprego • Estabilidade financeira • Prestígio profissional • Desempenho académico • Papel da família • Reconhecimento social da profissão 	<p>Baixos níveis de desemprego; Garantia de estabilidade financeira; Profissão de prestígio social; Percorso académico; Influência da família; Reconhecimento social do conhecimento e da prática médica; Influência dos filmes e séries médicas.</p>
Intrínsecas (vocação; altruísmo; conhecimento; humanismo)	<ul style="list-style-type: none"> • Vocação • Altruísmo • Conhecimento científico • Realização pessoal 	<p>Vocação para a medicina; Ajudar o outro; Profissão pessoalmente desafiante; Nível elevado de conhecimento científico.</p>

A formação de uma determinada identidade é tributária do contexto social no qual o indivíduo se insere. O percurso do estudante de medicina remete-nos desde logo para o contexto académico da faculdade de medicina, que se divide entre o espaço físico escolar e o contexto de ensino clínico em hospital (Quadro 3). Cruz e Felgueiras (2013: 41) definem contexto académico como a “tessitura das relações e das inter-relações – ações e resistências – dos estudantes entre si, com um lugar e seus personagens e com uma instituição – a Universidade/o Hospital – da qual resulta uma identidade específica”. Cada instituição de ensino apresenta uma determinada cultura académica, composta por um sistema de valores, expressos através de rituais, mitos e crenças comuns entre os seus membros, o que a torna única perante qualquer outra. Assim sendo, uma dimensão inclui os símbolos e os rituais, a qual contempla a praxe, o início do ciclo clínico, a Cerimónia da Bata Branca, e por sua vez, a própria bata branca. Estudos em torno dos símbolos e rituais presentes durante a formação em medicina, relevam a importância destes para a configuração da identidade profissional dos futuros médicos (Cruess *et al.*, 2015). Segundo os autores, ao participarem nestas atividades, os indivíduos afirmam publicamente a pertença a uma comunidade de prática, que por sua vez, vai ajudá-los a formar a sua identidade enquanto futuros profissionais da medicina. No momento da escolha pelo curso, outra decisão se impõe, qual a instituição de ensino a escolher. Assim, a imagem corporativa que os estudantes têm sobre a FMUP constitui uma segunda dimensão da variável independente, contexto académico.

Uma terceira dimensão refere-se ao currículo formal, na qual se inclui o método de ensino-aprendizagem, programa curricular, métodos de avaliação e competências desenvolvidas. Importa referir que ao longo do curso de medicina existe um conjunto de aprendizagens realizadas de forma não intencional que, não sendo manifestas nos planos curriculares e programas de ensino, constituem-se como fundamentais para a formação da identidade profissional. Durante a longa história do ensino médico, tem sido constante a insatisfação por parte dos próprios médicos em relação aos modelos educacionais, principalmente a partir do século XVIII, e com particular relevância após a segunda metade do século XX. Assim a partir desta data, surgiram inúmeros pareceres, normativas, iniciativas curriculares, orientações pedagógicas e profissionais para a melhoria da educação médica pré-graduada nos Estados Unidos da América e na Europa. Portugal também incorreu nesta missão pela melhoria da educação médica, tendo ativado

no ano letivo de 1994/95 um programa de revisão do currículo médico de âmbito nacional, e o último até ao momento (Martins e Silva, 2013). No entanto, ainda não existe uma solução satisfatória, visto que os paradigmas sociais, culturais, económicos e tecnológicos continuam em constante mudança. Do ponto de vista do professor João Martins e Silva (2013: 422), a solução estaria na valorização do profissionalismo médico, este pode ser interpretado como o “conjunto de finalidades, atitudes e comportamentos caraterísticos de uma profissão”. Neste sentido, nos dias de hoje é expetável que a educação médica permita, mais do que a aquisição de conhecimentos científicos e o desenvolvimento de competências práticas, o aprofundamento de potencialidades e capacidades não-cognitivas dos futuros médicos. Entre estas destacamos o raciocínio clínico, capacidade de comunicação, capacidade crítica e reflexiva, resolução de problemas éticos da prática clínica, competências para a relação médico-doente, capacidade de trabalho em equipa e valores profissionais.

No conceito de contexto académico integra-se naturalmente as relações “intra” comunidade da faculdade, das quais destacamos a relação entre professor-aluno e entre estudantes. De acordo com os contributos teóricos em torno da problemática da identidade (Pinto, 1991; Dubar, 1997), é-nos possível afirmar que a identidade se desenvolve na interação com os outros, sendo este um conceito eminentemente relacional. Neste sentido, a identidade profissional dos estudantes de medicina é o resultado de um processo dinâmico entre a identidade para si, e a identidade para o outro, ou seja, como se identificam e/ou se “identizam”. De acordo com Baernstein *et al.* (2009), os modelos de atuação constituem uma das ferramentas pedagógicas mais importantes, a adotar pelos currículos de educação médica, na construção da identidade profissional pelos estudantes de medicina. E estes, incluem não só, professores ou médicos em contexto clínico, mas também outros estudantes de medicina, internos hospitalares e outros profissionais de saúde. Contudo, os autores constataam que os estudantes estão expostos a modelos de atuação positivos e negativos durante a sua formação em medicina. Martins e Silva (2013) reconhece que os exemplos dados pelos docentes e internos hospitalares representam o fator mais influente no desenvolvimento de padrões profissionais pelos estudantes de medicina. Assim, os docentes representam modelos de atuação positivos quando possuem “qualidades pessoais adequadas, competência profissional e que ensinam desempenhos adequados” (Martins e Silva, 2013: 424). O autor identifica ainda como consequências

da exposição a modelos de atuação negativos: “a perda de idealismo, adoção de identidade profissional ritualizada, neutralização emocional, modificação da integridade ética, aceitação da humilhação hierárquica e aprendizagem de aspetos menos formais da prática médica” (*idem*). Segundo Serra (2011), o relacionamento com pessoas significativas que se constituem como referências do grupo profissional representam uma dimensão fundamental na construção da identidade profissional. Logo, as duas primeiras hipóteses teóricas que constituem a análise são: H1 - *O contexto académico dos estudantes de medicina contribui para a produção da sua identidade profissional*; H2 – *os modelos de atuação dos docentes da faculdade são considerados pelos estudantes como mais importantes para a sua identidade profissional do que os conhecimentos sobre medicina*.

Quadro 3 - Variável Independente: Contexto académico

DIMENSÕES	INDICADORES
Currículo Formal (Método de ensino-aprendizagem; programa curricular; métodos de avaliação; competências)	O curso é extremamente teórico; As avaliações de conhecimentos deviam ser mais aplicadas à realidade clínica; A FMUP prepara bem os estudantes para a nova prova nacional; O programa curricular promove, essencialmente, o ensino-aprendizagem de conteúdos cognitivos; Aspetos como a empatia com o outro, a compaixão e a integridade não são possíveis de se aprender durante a formação médica; O início da prática clínica no 4º ano é tardio; No geral, verifica-se uma deficiente preparação pedagógica dos médicos com responsabilidades docentes; O contacto com os pacientes e a prática clínica são insuficientes; Conhecimentos científicos; Competências práticas; Raciocínio clínico; Capacidade de comunicação; Capacidade crítica e reflexiva; Resolução de problemas éticos da prática clínica; Competências para a relação médico-doente; Capacidade de trabalho em equipa; Valores profissionais.
Relações intra comunidade académica (entre aluno e professor; entre estudantes)	A relação professor-aluno é de proximidade e cooperação; O ambiente entre estudantes é de entreajuda; Existe uma hierarquia entre os estudantes dos anos clínicos e os dos anos básicos; Alguns professores não são bons exemplos, em termos humanos, para os futuros médicos.
Símbolos e Rituais (Praxe; Cerimónia da Bata Branca; Início do Ciclo Clínico; Bata)	A praxe académica representa um meio de integração; A bata branca é um símbolo de respeito e poder; Grau de importância da Cerimónia da Bata Branca na construção da identidade profissional.
Imagem corporativa da instituição de ensino	Localização; Nota de admissão; Prestígio/Reputação da instituição; Programa Curricular; Método de ensino-aprendizagem; Método de avaliação; Ambiente académico (praxes; festas; atividades; ...); Faculdade instalada no Hospital de São João

A sociedade constrói um conjunto de expectativas sobre o que é um médico e o que este deveria ser. Deste modo, a identidade profissional dos futuros médicos é influenciada inevitavelmente pelas representações sociais sobre a profissão médica (Wilson *et al.*, 2013) (Quadro 4). Segundo Vala (2000), as representações sociais são construídas a partir de quadros de apreensão que fornecem os valores, as ideologias e os sistemas de categorização social partilhados pelos diferentes grupos sociais, que por sua vez, orientam a perceção das situações e a elaboração de respostas. No estudo sobre a construção da identidade profissional dos estudantes de enfermagem, o autor Miguel Serra (2011) constata, que as representações sociais sobre a profissão, geradas ao longo do curso pelos estudantes, mantêm-se relativamente estáveis àquelas que apresentavam no início do curso. Assim sendo, a definição da atuação de um bom médico e a forma como este se deve comportar resulta da interpretação entre o que são as representações dos estudantes e da sociedade em geral. Neste sentido, a terceira hipótese de trabalho é: H3 - *As representações sociais sobre a profissão médica influenciam as representações que os estudantes de medicina têm sobre a sua futura profissão.* As representações sobre a profissão incluem as dimensões relativas à retrospectiva sobre a sua escolha, os efeitos da formação académica na perceção sobre a profissão, valores associados à profissão, imagem social e relações com outros profissionais.

Quadro 4 – Variável Independente: Representações sobre a profissão médica

DIMENSÕES	INDICADORES
Escolha da profissão	Voltava a escolher a profissão médica
Efeitos da formação académica na perceção sobre a profissão	O percurso académico pela FMUP alterou a sua perceção sobre o que é ser médico; em algum momento durante o curso pensou em desistir.
Valores profissionais	Competência profissional; capacidade de comunicação; atualização dos conhecimentos médicos; relacionamento próximo com o doente; colaboração na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, no acesso aos cuidados de saúde; Colaboração com outros profissionais da saúde.
Representação social da profissão	A medicina é uma profissão de prestígio na sociedade atual.
Relações inter-profissionais	Colaboração com outros profissionais de saúde

Enquanto futuros médicos, importa compreender como os estudantes de medicina se projetam no futuro, incluindo nesta projeção, os contextos de trabalho, o processo de integração nos mesmos e as trajetórias de desenvolvimento profissional que ambicionam e anteveem como possíveis. Assim sendo, é pela análise da “projeção que os indivíduos fazem de si mesmos no futuro que é possível desvendar o modo como se percebem no presente” (Serra, 2011: 290). Neste sentido, as expectativas de carreira futura constituem-se como a última variável independente deste modelo de análise, uma vez que influencia a construção da identidade profissional dos futuros médicos (Quadro 5). De acordo com Alves (2006, citado in Serra, 2011: 290), “os projetos futuros não resultam apenas de uma vontade individual descontextualizada, surgindo fruto de uma encruzilhada de expectativas familiares, influências de grupos de pares, cenários disponíveis e condições de vida objetivas”. As expectativas de carreira futura incluem as perspectivas de inserção profissional e de empregabilidade da profissão médica.

Quadro 5 – Variável Independente: Expectativas de carreira futura

DIMENSÕES	INDICADORES
Inserção profissional	Encontrar emprego imediatamente após a conclusão do curso; Trabalhar unicamente no SNS, mas progredir na carreira profissional; Trabalhar unicamente no SNS, mas progredir na carreira profissional; Trabalhar unicamente no setor privado de saúde; Trabalhar em simultâneo no SNS e no setor privado de saúde; Trabalhar como médico indiferenciado; Emigrar.
Empregabilidade da profissão	A medicina é uma profissão com emprego garantido; A profissão médica está sujeita à precariedade laboral; As condições de trabalho do setor privado de saúde são mais justas comparativamente ao SNS.

3.2. Metodologia

A fase da opção metodológica é fundamental para o desenvolvimento de uma investigação, visto que é nesta etapa que se define o rumo a seguir e a forma como esta irá decorrer, obtendo respostas para a problemática em questão. Neste sentido, sobre o comando da teoria deverá ter em conta o objeto de estudo e os objetivos que o investigador se propõe a atingir. A presente investigação tem como problemática a construção da identidade profissional dos estudantes de medicina, assim delineou-se a seguinte pergunta de partida: *De que forma os estudantes de medicina constroem a sua identidade profissional como futuros médicos, no quadro académico da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto?* Posto isto, para responder a esta questão estabelecemos objetivos mais específicos, nomeadamente: identificar as motivações inerentes à escolha pelo curso de medicina e à instituição de ensino em particular; compreender o papel do contexto académico, enquanto instância de socialização, na construção dos valores e das referências identitárias dos estudantes de medicina; descrever os principais valores subjacentes à socialização académica; identificar as expectativas dos estudantes de medicina em relação à futura prática profissional. Para a concretização destes objetivos elegemos como objeto de estudo institucional o Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (MMED-FMUP) e, como objeto empírico os 910 estudantes de medicina do 3º ano, 4º ano e 6º ano desse mesmo curso.

A investigação social abrange uma diversidade de objetivos, uma vez que reflete sobre a sociedade, que por si só, já é bastante heterógena, multifacetada e composta por vários grupos antagónicos. Apesar da complexidade que é a vida social, os cientistas sociais não se inibiram, desde logo, de procurar ordem e regularidade na sociedade, gerando também conhecimento capaz de produzir mudanças sociais.

Nesta sequência, desenvolveu-se um conjunto de estratégias de investigação, de forma a responder aos múltiplos e competitivos objetivos da investigação social. Segundo Ragin e Moroso (2011), a estratégia metodológica constitui-se como um meio para relacionar ideias e evidências (análise), com o intuito de produzir uma representação sólida de um determinado aspeto da vida social (síntese), estruturando os procedimentos de recolha e interpretação dos dados. Os mesmos autores referem que as estratégias metodológicas variam consoante a valorização de três fatores no processo de

investigação: a intensidade, a extensividade e a compreensão. Deste modo, identifica três metodologias que respondem, respetivamente, aos fatores enunciados: a metodologia qualitativa, quantitativa e comparativa.

Deste modo, para conseguirmos compreender o processo de construção da identidade profissional dos futuros médicos, no âmbito da socialização médica, adotou-se uma abordagem extensiva, de raciocínio hipotético-dedutivo, baseada primordialmente no inquérito por questionário. Contudo, partimos do pressuposto de que a melhor forma para se analisar a problemática proposta, seria combinar o inquérito, uma técnica primordialmente quantitativa, com a entrevista exploratória e a análise documental, enquanto técnicas auxiliares. A adoção desta estratégia metodológica pretende conferir uma maior objetividade, validade e profundidade aos resultados.

O trabalho exploratório, de acordo com Quivy e Campenhout (2008: 109),

“(...) tem como função alargar a perspetiva de análise, travar conhecimento com o pensamento de autores cujas investigações e reflexões podem inspirar as do investigador, revelar facetas do problema nas quais não teria certamente pensado por si próprio e, por fim, optar por uma problemática apropriada.”

Assim sendo, tendo em conta a pouca produção sociológica em torno desta problemática e respetivo objeto de estudo, antes da conceção e aplicação do inquérito, realizou-se uma primeira fase exploratória, com a aplicação de uma entrevista semiestruturada a um estudante do 6º ano curricular, cujo guião se encontra em anexo (Anexo 1). Importa referir que estava previsto inicialmente a aplicação de três entrevistas, contudo devido à constante indisponibilidade dos estudantes contactados, limitamo-nos a uma entrevista.

O inquérito é um instrumento de recolha e tratamento da informação que permite realizar descrições numéricas ou quantitativas sobre as tendências, atitudes, ou opiniões de uma população através do estudo de uma amostra, confrontando os indivíduos com situações reais ou hipotéticas recorrendo a um conjunto de perguntas (Creswell, 2014: 155). As principais vantagens da técnica do inquérito por questionário prendem-se com a possibilidade de analisar um conjunto infindável de variáveis, procedendo posteriormente à análise das suas correlações, permitindo possíveis generalizações do fenómeno a estudar. Contudo, assinalam-se algumas desvantagens como a superficialidade das respostas, a individualização dos inquiridos e a fragilidade da credibilidade do instrumento.

No que se refere à organização do inquérito, este está dividido em cinco partes distintas – caracterização sociodemográfica do inquirido, motivações para o curso de Medicina, percurso académico na FMUP, representações sobre a profissão médica e ainda um último grupo, perspetivas sobre o futuro (Anexo 2). Num primeiro momento inclui-se uma breve apresentação da investigadora e do projeto, solicitando a colaboração e garantindo o anonimato. Segue-se uma parte inicial dirigida à caracterização sociodemográfica dos inquiridos, contemplando assim, as questões relacionadas com as variáveis: sexo; idade; ano letivo a frequentar; a ano letivo de ingresso na FMUP; local de residência de origem e atual; e informações sobre a candidatura de acesso ao ensino superior. Inclui ainda os dados sobre o agregado familiar dos inquiridos: habilitações dos pais; condição perante o trabalho; grupo profissional dos pais; situação na profissão e presença de familiares na Medicina. A segunda parte contempla o estudo das motivações para a escolha do curso de medicina através do grau de concordância/discordância com determinadas afirmações. A terceira parte do questionário – percurso académico na FMUP -, diz respeito às questões relacionadas com os fatores que influenciaram a escolha do curso de medicina na FMUP, o grau de concordância/discordância com determinadas afirmações sobre os aspetos formais do curso de medicina, bem como sobre as relações dentro da comunidade académica, o grau de eficácia da formação médica na aquisição de competências essenciais à prática profissional e o grau de importância de determinados aspetos do percurso académico na construção da identidade profissional enquanto futuros médicos. Num outro momento surgem questões relacionadas com a definição da atuação de um bom médico, através da determinação do grau de importância de um conjunto de atributos identificados ao longo da literatura. Os inquiridos são ainda confrontados com questões sobre a influência do percurso académico na sua perceção sobre o que é ser médico, a retrospectiva profissional, a hipótese de desistência do curso e sobre a imagem social da profissão médica. Na última parte temos questões em torno das expectativas face ao exercício da profissão e sobre a empregabilidade da profissão.

O inquérito por questionário é composto maioritariamente por questões com escalas de Likert, incluindo, escalas de concordância, importância e eficácia. Importa referir que as duas primeiras são compostas por cinco opções, duas centradas num polo mais negativo, uma central, e duas opções centradas num polo mais positivo (exemplo: Concordo totalmente, Concordo, Não concordo nem discordo, Discordo, Discordo

totalmente), a escala de eficácia possui apenas quatro opções (Extremamente eficaz, Muito eficaz, Pouco eficaz, Nada eficaz).

No que se refere à aplicação do inquérito, elegemos a administração direta por via *on-line*, na qual o próprio inquirido preencheu o seu inquérito. Esta opção recai sobre a questão de economia de tempo e consideramos que esta seria uma condição mais cómoda e prática para o inquirido. No entanto, os inquéritos *on-line* possuem alguns constrangimentos, entre os quais as baixas taxas de resposta, falta de controlo sobre o ambiente de investigação e nem todas as medidas mantêm a sua equivalência quando traduzidas para o formato eletrónico (Roberts, 2007). O contacto com os estudantes de medicina não será realizado a partir do email institucional, por incluir alguns constrangimentos burocráticos, mas através de contactos pessoais do investigador.

A administração do inquérito decorreu entre maio e junho de 2019. De um universo de 910 estudantes de medicina, obtivemos 87 inquéritos válidos, o que corresponde a uma taxa de resposta de aproximadamente 9,6%.

No tratamento dos dados recolhidos no questionário, utilizamos o programa de análise estatística *IBM SPSS Statistics25*. Em termos de análise estatística optamos por realizar análise univariável e bivariável, selecionando as principais variáveis, e, quando possível realizamos análise correlacional, cujos quadros serão sempre apresentados em anexo.

A análise documental apresenta-se também como uma técnica auxiliar, na qual se consulta e se analisa documentos escritos e de natureza estatística de diversos tipos, permitindo uma maior aproximação empírica à problemática e ao objeto de estudo, contribuindo para o enquadramento dos estudantes de medicina e da instituição escolar em causa. Incluiu-se artigos publicados na imprensa escrita, sites na Internet, legislação, fontes estatísticas, entre outros.

3.3. Breve contextualização da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

No ano de 1825 é fundada a primeira escola médica do Porto, denominada Real Escola de Cirurgia, sendo convertida, em 1836, na Escola Médico-Cirúrgica. Esta data assinalou oficialmente o fim da distinção entre médicos e cirurgiões, contudo, é a partir de 1880 que esta posição passou a ser considerada na ocupação de lugares de cargos públicos e no acesso indiferenciado aos locais de prática clínica (Martins e Silva, 2002).

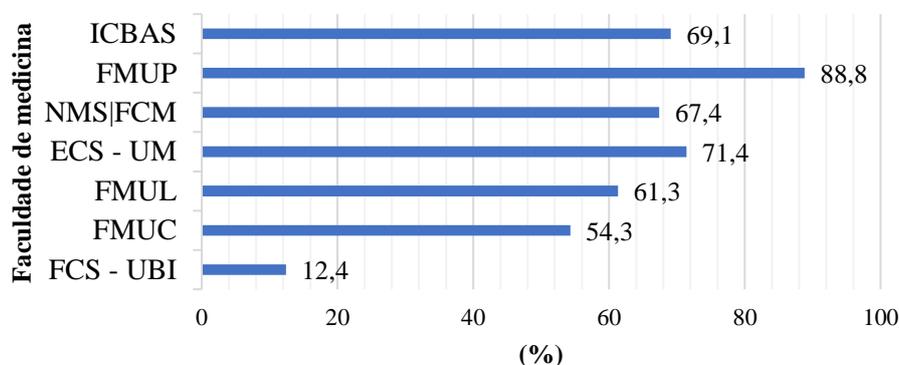
Pelo decreto de 22 de fevereiro de 1911 a Escola Médico-Cirúrgica é elevada a Faculdade de Medicina, sendo o ensino hospitalar assegurado em algumas enfermarias do Hospital de Santo António. Com a inauguração do Hospital de São João a 24 de junho de 1959, a Faculdade de Medicina muda-se para a Asprela, para o chamado polo 2. Assim, este é um hospital universitário, no qual está instalada a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. A atualização no ano 2018 da designação de Centro Hospitalar de São João para Centro Hospitalar Universitário de São João, vem reforçar claramente a ligação entre estas duas instituições.

Atualmente existem oito faculdades de medicina distribuídas pelo território de Portugal continental, e outras duas nas regiões autónomas onde se leciona apenas cursos básicos de medicina. No que respeita ao panorama de ingresso no Ensino Superior, o Mestrado Integrado em Medicina da FMUP é um dos cursos com as notas mais elevadas dos últimos colocados pelo contingente geral na 1ª fase da candidatura de 2018 (Gouveia, 2018). Entre as faculdades de medicina do país, o ICBAS é a que obteve a nota média de ingresso mais elevada, seguida da FMUP⁴. Durante anos, os cursos de medicina apresentavam as notas mais altas de acesso, contudo, é já o terceiro ano consecutivo em que as engenharias chegam ao primeiro lugar do pódio, destronando Medicina.

No conjunto da oferta disponível o Mestrado Integrado em Medicina da FMUP é dos cursos de medicina mais procurado, sendo este o curso que mais candidatos escolhem como 1ª opção de candidatura, tendo como referência os anos letivos de 2016/2017 e 2017/2018.

4 <https://uniarea.com/os-26-cursos-mais-procurados-na-1a-fase-de-2018/>

Gráfico 1 - Curso de Medicina como primeira opção do concurso nacional de acesso - anos letivos 2016/17 e 2017/18



Fonte: RAIDES16 e RAIDES17, DGEEC citado in Portal InfoCursos ⁵

Nos últimos anos o número de inscritos no Mestrado Integrado em Medicina na FMUP tem diminuído. Segundo dados do FMO-RAIDES, no ano letivo 2017/2018 inscreveram-se 1685 estudantes, menos 29 em comparação com o ano letivo anterior (1714), dos quais 37% são do género masculino, e 63% são do género feminino. Tendo em conta a evolução do número de inscritos segundo o género, verificamos que as percentagens se têm mantido constantes ao longo dos três anos letivos em análise, destacando-se a elevada taxa de feminização. Consequentemente, o número de diplomados também sofreu uma diminuição.

Tabela 1 - Número de inscritos no MMED-FMUP por género

	M		F		Total
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
2015/2016	647	37	1092	63	1739
2016/2017	627	37	1087	63	1714
2017/2018	621	37	1064	63	1685

Legenda: M (Inscritos do género masculino); F (Inscritos do género feminino).

Fonte: FOA – RAIDES.

⁵ Dados reportados à Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC), pelos estabelecimentos de ensino superior, através dos inquéritos RAIDES16 e RAIDES17, e inclui apenas os alunos inscritos no 1º ano, pela 1ª vez, nos anos letivos 2016/17 e 2017/18.

Tabela 2 - Número de diplomados do MMED-FMUP

	Total
2015/2016	305
2016/2017	290
2017/2018	- (1)

Fonte: FOA – RAIDES.

Notas: (1) A informação relativa aos diplomados do ano letivo 2017/2018 ainda não se encontra disponível para consulta.

O Ciclo de Estudos Integrado do Mestrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto apresenta um total de 360 Unidades de Crédito ECTS que se distribuem ao longo de 12 semestres, durante 6 anos de estudos. Neste sentido, cada ECTS corresponde a 27 horas de aprendizagem, abrangendo horas de contacto, incluindo estágios e tutorias, e horas de estudo autónomo ou coletivo. Por sua vez, cada ano curricular corresponde a 60 ECTS, distribuídos em 2 semestres que decorrem num período total de 40 semanas, não ultrapassando as 40 horas semanais⁶.

O atual Plano de Estudos do MMED-FMUP é resultado de um processo de reforma curricular iniciado no ano letivo 2013/2014, cujas alterações foram implementadas por fases, e deu-se como completamente instalado no ano letivo 2017/2018. O modelo curricular adotado é o de currículo nuclear com opções. Neste sentido, dos 360 ECTS exigidos para a obtenção do grau de Mestre em Medicina, 336 ECTS correspondem à frequência e aprovação a 63 Unidades Curriculares (UC) nucleares. E estas, por sua vez, dividem-se em: básicas, responsáveis pela formação básica sobre conceitos, teorias, técnicas e metodologias para as ciências da saúde; pré-clínicas, nas quais se transmite os conhecimentos e ferramentas específicas para que o graduado saiba a sua aplicação clínica; e, clínicas, assentes no fornecimento dos conhecimentos e ferramentas específicas para que o graduado saiba aplicá-los. Entre as alterações estabelecidas destaca-se a implementação de várias unidades curriculares optativas, que correspondem aos restantes 24 ECTS, e distribuem-se pelas áreas das Ciências Sociais e Humanas, Ciências Biomédicas, Ciências Clínicas, Ciências da Informação e Epidemiológicas. O conjunto de UC optativas serão disponibilizadas para os estudantes do 2º ao 5º ano curricular, e serão anualmente propostas pela Comissão

⁶ https://sigarra.up.pt/fmup/pt/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=16914

Científica do Ciclo de Estudos quais as UC optativas e respetivas vagas para cada ano curricular⁷.

Segundo a Comissão de Reforma este novo plano de estudos demarca-se da abordagem de organização curricular clássica, na medida em que colmata várias falhas, nomeadamente: “a repetição de conteúdos; o excesso de informação factual; a falta de relevância dos conteúdos e integração dos mesmos; e, a ênfase no ensino em detrimento da aprendizagem”⁸.

Aos estudantes que completarem os primeiros 180 ECTS do ciclo de estudos, os quais correspondem aos 3 primeiros anos curriculares, é-lhes atribuído o grau de Licenciado em Ciências Básicas da Saúde. Numa primeira fase (1º ano) abordam-se as áreas essenciais à compreensão da ciência médica, seguida por uma segunda (2º ano) na qual se evidencia as áreas de transição à compreensão da ciência e prática da medicina, culminando numa terceira fase (3º ano) de introdução à Medicina Clínica. O 4º ano curricular marca o início do Ciclo Clínico, e conseqüentemente, do contacto regular com os pacientes. Deste modo, a quarta e quinta fase abordam respetivamente, a temática da Saúde Populacional e as áreas clínicas essenciais à compreensão da prática da Medicina. Nestes cinco anos curriculares as competências são transmitidas por meio de atividades letivas com sessões teóricas, práticas, sejam laboratoriais ou com pacientes ou com manequins em ambiente de simulação, sessões teórico-práticas e seminários. O 6º ano curricular é exclusivamente dedicado à prática clínica, neste sentido, a FMUP oferece aos seus estudantes um conjunto diversificado de estabelecimentos de saúde afiliados, sedeados maioritariamente no norte do país. Assim, ao Centro Hospitalar Universitário de São João juntam-se outros hospitais públicos e privados, bem como Centros de Saúde. Neste período, o estudante tem ainda de concluir e apresentar publicamente um projeto de investigação clínica ou biomédica, existindo a possibilidade de este ser submetido e publicado numa revista científica da área. A obtenção do grau de Mestre em Medicina implica a aprovação em todas as unidades curriculares e no ato público de defesa da dissertação ou projeto.

⁷*Diário da República, 2.ª série — N.º 143 — 26 de julho de 2017*

⁸ https://sigarra.up.pt/fmup/pt/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=16914

3.4. Caraterização da amostra do nosso estudo

O processo de amostragem consiste na seleção da população que melhor irá responder à nossa pergunta de partida: *“De que forma os estudantes de medicina constroem a sua identidade profissional como futuros médicos, no quadro académico da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto?”*, e neste caso optou-se pela técnica de amostragem intencional. No que diz respeito à escolha da amostra, Bryman e Cramer (2003: 111) alertam para o facto de que *“raramente dispomos de tempo e dos meios suficientes para conduzir uma investigação incidindo sobre todos os indivíduos, que, potencialmente, poderiam ser o alvo do nosso estudo”*. Deste modo, no contexto específico de dissertação seria impossível e inimaginável estudar todos os estudantes de medicina do país. Assim num primeiro momento optamos por incidir sobre o ciclo de estudos integrado do mestrado em medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (MMED-FMUP), devido à proximidade geográfica, e principalmente, por esta ser uma das faculdades de medicina mais antiga e prestigiada do país. No entanto, considerando o elevado número de estudantes existentes em cada ano curricular e tendo como referência a transição para o ciclo clínico, construímos uma amostra intencional constituída por estudantes do 3º, 4º e 6º ano. O primeiro contacto com a prática clínica tem início no 4º ano, sendo o 6º ano é exclusivamente clínico, deste modo, a seleção do 3º ano permite-nos analisar os estudantes que ainda não contactaram com a prática clínica. Nesta sequência, como podemos constatar, o processo de amostragem adotada nesta investigação é de cariz intencional.

Numa primeira abordagem contactou-se a Associação de Estudantes da FMUP, no sentido de divulgarem os inquéritos on-line pelos estudantes dos anos curriculares escolhidos. No entanto, a taxa de resposta foi muito reduzida, assim, num segundo momento pedimos a colaboração das Comissões de Curso de cada ano para incentivarem os estudantes a preencherem o inquérito. Numa última fase, sendo a taxa de resposta ainda muito reduzida, procedemos a uma abordagem presencial, abordando os estudantes nos espaços da FMUP, dando a conhecer o projeto e respetivo inquérito, pedindo a colaboração destes neste sentido. Como tal, dos 910 estudantes inscritos nos três anos curriculares em análise, obteve-se um total de 87 respostas, assim 9,6% do total dos

estudantes respondeu ao questionário. Nesta sequência, procede-se à caracterização da amostra intencional que constituiu a nossa investigação.

A observação dos dados relativos à análise sociodemográfica da população em estudo mostra-nos uma predominância do género feminino (Tabela 3). Deste modo, dos 87 inquiridos, verificamos que 59,8% são mulheres. Estes resultados refletem a tendência de crescente feminização dos cursos de medicina. A profissão médica esteve em tempos associada a uma prática maioritariamente masculina, contudo, nas últimas décadas, o hiato de género que durante séculos restringiu a entrada das mulheres na medicina foi quebrado (Machado, 2003b). Quanto às idades, encontramos uma amostra que se posiciona entre os 20 e os 37 anos, sendo o escalão etário entre os 20 e os 24 anos o que reúne a maioria dos estudantes inquiridos (88,5%). Assim sendo, podemos concluir que estamos perante uma amostra relativamente jovem. No que respeita ao ano curricular a frequentar pelo estudante, observa-se uma distribuição relativamente homogénea pelos três anos curriculares intencionalmente selecionados para a nossa amostra.

Tabela 3 – Sexo, Escalão etário, Ano curricular a frequentar (%)

Sexo	Feminino	59,8
	Masculino	40,2
	Total (n=87)	100,0
Escalão etário	20 a 24 anos	88,5
	25 a 29 anos	5,7
	30 a 34 anos	4,6
	35 a 39 anos	1,1
	Total (n=87)	100,0
Ano curricular	3º ano	24,1
	4º ano	39,1
	6º ano	36,8
	Total (n=87)	100,0

Tendo em conta o cruzamento do ano curricular a frequentar pelos inquiridos com as suas idades, surgem dois aspetos importantes. Por um lado, podemos concluir que uma grande parte dos estudantes inquiridos entraram no curso de medicina apenas à 2ª tentativa ou mais, ou por outro lado, pode significar que os inquiridos reprovaram ao

longo do percurso académico (Tabela 4). Assim, procede-se à análise de cada ano curricular individualmente refletindo sobre os seus resultados. No que respeita aos inquiridos do 3º ano, espera-se que tenham idades compreendidas entre os 19 e os 20 anos de idade, tendo como referência a entrada no ensino superior logo após a conclusão do ensino secundário e um percurso académico sem reprovações. No entanto, observa-se uma concentração de 52,4% dos inquiridos do 3º ano com 21 anos de idade e 4,8% com 30 anos. Nesta sequência, apenas 42,9% dos inquiridos do 3º ano possuem 20 anos de idade. Quanto aos estudantes inquiridos do 4º ano, 53% apresentam idades compreendidas entre os 20 e os 21 anos, sendo este o intervalo de idades expectável para este ano curricular. Contudo, 35,3% têm 22 anos e 11,6% possuem 26 ou mais. Por fim, os inquiridos do 6º ano curricular devem ter entre os 22 e os 23 anos. Neste sentido, apenas 46,9% destes inquiridos se concentram nos 23 anos de idade. Assim, 37,5% da totalidade dos inquiridos do 6º ano possuem 24 anos, e 12,4% detêm 25 anos ou mais.

Tabela 4 - Ano curricular a frequentar segundo a idade (%)

		Idade				Total
		20	21	30	-	
Ano curricular	3º ano	42,9	52,4	4,8	-	100,0
		20	21	22	≥26	Total
	4º ano	5,9	47,1	35,3	11,6%	100,0
		23	24	≥25	-	Total
	6º ano	46,9	37,5	12,4	-	100,0

Quanto ao local de residência de origem da população inquirida destaca-se claramente a Área Metropolitana do Porto, cujo território é definido pela NUT III, com cerca de 67% dos estudantes. Os restantes 33% dos inquiridos possuem outra origem territorial, incluindo municípios da Região Autónoma da Madeira, Região Norte e Região Centro.

Na continuidade da caracterização sociodemográfica da amostra, importa analisar a informação relativa ao agregado familiar. No que concerne ao capital escolar familiar dos estudantes inquiridos, mais de metade dos progenitores detêm formação superior, destacando-se o grau académico referente à Licenciatura, comportando 42,5% das mães e 32,2% dos pais. Contudo, observa-se uma distribuição assimétrica pelos vários graus de

escolaridade, sendo o ensino básico do 2º ciclo e o ensino secundário os que apresentam uma maior percentagem de pais. Quando analisado as habilitações académicas segundo o género do progenitor, verifica-se que as mães são mais escolarizadas que os pais.

Tabela 5 – Habilitações académicas dos pais (%)

	Pai	Mãe
Ensino Básico – 1º Ciclo	6,9	5,7
Ensino Básico – 2º Ciclo	18,4	10,3
Ensino Básico – 3º Ciclo	8,0	4,6
Ensino Secundário	16,1	23,0
Bacharelato	3,4	1,1
Licenciatura	32,2	42,5
Mestrado	12,6	9,2
Doutoramento	2,3	3,4
Total (n=87)	100,0	100,0

Nesta sequência, no que se refere à distribuição dos pais pelos grupos profissionais, verifica-se uma maior concentração em dois dos grupos profissionais mais qualificados, nomeadamente, “Especialistas das atividades intelectuais e científicas” e “Técnicos e profissões de nível intermédio”.

Tabela 6 - Grupo Profissional dos pais (%)

	Pai	Mãe
Profissões das forças armadas	2,3	-
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	10,3	6,9
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	20,7	32,2
Técnicos e profissões de nível intermédio	21,8	26,4
Pessoal administrativo	6,9	12,6
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	6,9	2,3
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1,1	1,1
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies	16,1	3,4
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	4,6	2,3
Trabalhadores não qualificados	9,2	12,6
Total (n=87)	100,0	100,0

A origem social é outro dos eixos fundamentais para a caracterização da população em estudo. Neste sentido, recorreremos à tipologia ACM (Machado *et al.*, 2003a) que consiste na utilização de indicadores socioprofissionais, assim a construção dos lugares de classe de origem e de pertença dos estudantes resultam do cruzamento entre o indicador “grupo profissional” e “situação na profissão” dos pais. Por sua vez, a construção dos lugares de pertença dos estudantes elege o critério de dominância de recursos dos lugares de classe dos pais.

Ao analisarmos os dados relativos aos lugares de classe dos pais (Tabela 7) verificamos que a maior parte dos progenitores pertencem a setores sociais mais providos de recursos, nomeadamente, os empresários, dirigentes e profissionais liberais e os profissionais técnicos de enquadramento. Assim, no que diz respeito ao lugar de classe do pai, 35,9% são empresários, dirigentes e profissionais liberais e 33,3% são profissionais técnicos e de enquadramento, verificando-se ainda, 16,8% como operários industriais, 12,8% empregados executantes e 1,3% trabalhadores independentes. No que concerne ao progenitor do sexo feminino, mais de metade (54,7%) pertence aos profissionais técnicos e de enquadramento e 21,3% são empresários, dirigentes e profissionais e liberais. Quanto aos setores sociais menos providos de recursos, 17,3% das mães são empregados executantes, 5,3% operários industriais e 1,3% assalariados agrícolas.

Tabela 7 – Lugares de classe dos pais (%)

	Pai	Mãe
EDL	35,9	21,3
PTE	33,3	54,7
TI	1,3	-
AI	-	-
EE	12,8	17,3
OI	16,7	5,3
AA	-	1,3
Total	(n=78) 100	(n=75) 100

Legenda:

EDL Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais; PTE Profissionais Técnicos e de Enquadramento; TI Trabalhadores Independentes; AI Agricultores Independentes; EE Empregados Executantes; OI Operários Industriais; AA Assalariados Agrícolas.

No que concerne à análise dos lugares de classe dos estudantes (Tabela 8), observa-se uma clara predominância dos setores de classe mais dotados de capitais económicos, culturais, escolares e sociais. Deste modo, 45,5% dos estudantes inquiridos provêm de famílias de profissionais técnicos e de enquadramento e 42,9% de empresários, dirigentes e profissionais liberais. Ainda quanto aos lugares de classe dos estudantes de medicina inquiridos, de entre os setores sociais menos providos de recursos, 5,2% são oriundos de famílias de empregadores executantes e 6,5% de operários industriais.

Tabela 8 – Lugares de classe de pertença (%)

EDL	45,5
PTE	42,9
EE	5,2
OI	6,5
Total (<i>n</i> =77)	100

Legenda:

EDL Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais; PTE Profissionais Técnicos e de Enquadramento; EE Empregados Executantes; OI Operários Industriais.

Capítulo III – Construção da identidade profissional dos estudantes de Medicina: apresentação e análise dos resultados

4. Construção da identidade profissional dos estudantes de medicina

Com o intuito de dar resposta à questão central de investigação do presente estudo, estruturada em torno do processo de construção da identidade profissional pelos estudantes de medicina, ao longo do percurso académico na faculdade de medicina, procede-se à apresentação e discussão dos dados resultantes da análise e sistematização recolhida à luz dos elementos teóricos identificados no enquadramento teórico e, posteriormente relacionados no modelo de análise. A organização deste capítulo seguiu um critério cronológico, dividindo-se em três momentos: o período prévio à entrada no curso de medicina⁹; o percurso académico na FMUP; e, as perspetivas sobre o futuro.

4.1. A escolha do curso de medicina

Estudos em torno da construção da identidade profissional pelos estudantes de medicina (Wilson *et al.*, 2013), sugerem que este processo tem início muito antes da entrada no curso, e em particular antes do período de formação específica para o exercício da profissão. A socialização ao mundo profissional da medicina acontece ao longo do percurso prévio de vida, prolongando-se durante a formação inicial e no exercício da profissão.

A profissão médica, enquanto profissão social, é significativamente afetada pela sociedade que serve e em que se insere. O contexto social molda assim as representações sociais sobre a profissão médica, e influencia naturalmente os indivíduos que escolhem esta profissão. Neste sentido, torna-se importante identificar os motivos subjacentes à escolha pelo acesso ao curso de medicina. A compreensão dos aspetos motivacionais no âmbito do setor da saúde torna-se extremamente importante, na medida em que um

⁹ Importa referenciar que o inquérito é realizado vários anos após o ingresso no curso de medicina, por isso as respostas não deixam de estar influenciadas pelas experiências, privadas ou contexto académico do estudante. Assim, resultados diferentes seriam obtidos se o inquérito, nestas questões, fosse aplicado ao ingresso na Faculdade.

indivíduo motivado está predisposto a desenvolver e a manter esforços na prestação de bons cuidados de saúde.

Num primeiro momento procedeu-se à análise do grau de preferência dos inquiridos para o ingresso no Mestrado Integrado em Medicina, e posteriormente, na instituição de ensino em estudo (FMUP), aquando da candidatura ao ensino superior (Tabela 9). Observa-se que 96,6% dos estudantes inquiridos escolheram o curso de medicina como primeira opção do concurso nacional de acesso, sendo que os restantes 3,4% assinalaram em primeiro lugar o curso de Ciências Farmacêuticas. No que diz respeito à escolha pela faculdade de medicina, a FMUP surge como a primeira opção de 98,9% dos estudantes da amostra. Deste modo, o ingresso no curso de medicina da FMUP constituiu o cenário desejado por estes estudantes no momento de candidatura ao ensino superior.

Tabela 9 – Candidatura ao curso de medicina e à FMUP (%)

	(%)
Medicina primeira opção Total (<i>n</i> =84)	96,6
FMUP primeira opção Total (<i>n</i> =84)	98,9

A opção de escolha por uma instituição de ensino e a fidelização à mesma são influenciadas fortemente pela imagem corporativa (Pinho, 2011). Deste modo, quando questionados sobre os fatores que influenciaram a escolha pelo curso de medicina da FMUP (Tabela 10), os estudantes assinalaram com mais frequência o prestígio da instituição (86,2%), seguido da localização (83,9%) e instalação da faculdade no Hospital de São João (62,1%). Os fatores menos valorizados no momento da escolha dizem respeito a aspetos do currículo formal, nomeadamente, o método de ensino-aprendizagem (6,9%) e o método de avaliação (2,3%). Sendo o prestígio da instituição o fator mais determinante na escolha da instituição, podemos aferir que perante a dicotomia prestígio/qualidade do ensino, os estudantes dão primazia ao primeiro. À luz da problematização teórica avançada é provável que o processo de socialização ao exercício da medicina, enquanto profissão, é influenciado pela natureza da formação e da instituição que se frequenta.

Tabela 10 - Fatores que influenciaram a escolha do curso de medicina da FMUP segundo o género e o lugar de pertença do estudante (%)

	Total ⁽¹⁾	Género ⁽²⁾		Lugar de pertença ⁽³⁾			
		M	F	EDL	PTE	EE	OI
Localização	83,9	33,3	50,6	40,3	33,8	5,2	2,6
Nota de admissão	36,8	14,9	21,8	19,5	16,9	1,3	2,6
Prestígio/Reputação da instituição	86,2	37,9	48,3	42,9	32,5	5,2	6,5
Programa curricular	13,8	6,9	6,9	5,2	3,9	2,6	1,3
Método ensino-aprendizagem	6,9	1,1	5,7	1,3	6,5	-	-
Método de avaliação	2,3	1,1	1,1	-	1,3	1,3	-
Ambiente académico (praxes; festas; atividades; ...)	12,6	1,1	11,5	5,2	5,2	2,6	-
Faculdade instalada no Hospital de São João	62,1	24,1	37,9	29,9	24,7	3,9	2,6
Família	11,5	2,3	9,2	5,2	6,5	1,3	-

Notas: (1) Questão de escolha múltipla; (2) n = 87; (3) n = 77

No prosseguimento da abordagem realizou-se o cruzamento dos fatores que influenciaram a escolha do curso de medicina da FMUP com as variáveis independentes género e lugar de pertença. (Tabela 10). No que respeita ao género, constatamos que todos os fatores, exceto o programa curricular e o método de avaliação, apresentam uma maior percentagem de estudantes do género feminino, destacando-se a localização com uma diferença percentual mais elevada. Quanto ao lugar de pertença, verificamos que os fatores localização, nota de admissão, prestígio da instituição, programa curricular e faculdade instalada no Hospital de São João são referidos por todas as classes sociais.

Contudo, a análise das preferências atribuídas ao curso de medicina no momento da candidatura revela-se insuficiente para conhecer as verdadeiras motivações dos estudantes, relativamente à frequência do curso e ao acesso à profissão, como tal procedemos a uma análise detalhada dos fatores de escolha intrínsecos e extrínsecos (Tabela 11).

Neste contexto, importa retomar o conceito de motivação, que se define como o “conjunto de forças impulsionadoras que mobilizam e orientam a ação de um indivíduo em direção a um objetivo” (Pereira, 2013: 446). Estas podem distinguir-se em intrínsecas e extrínsecas, que embora com significados diferentes, tornam-se complementares e

coexistem (Boruchovitch e Neves, 2004). Os fatores motivacionais intrínsecos revelam-se como uma tendência natural do indivíduo para procurar novidades e desafios, orientando o seu comportamento em prol de considerarem determinada atividade interessante, atraente ou geradora de satisfação. Por sua vez, os fatores extrínsecos são externos ao indivíduo, traduzindo-se na obtenção de recompensas externas, materiais ou sociais, em geral, com a finalidade de atender solicitações ou pressões de outras pessoas, ou de demonstrar competências.

No âmbito de uma revisão sistemática da literatura sobre “*What motivates medical students to select medical studies*”, os autores Goel *et al* (2018) categorizaram as motivações para a escolha do curso de medicina em três tipos de fatores – científicos, humanitários e sociais. De acordo com esta revisão literária, a motivação para enveredar pela medicina difere segundo o contexto socioeconómico do país do estudante. Assim sendo, nos ditos países de alto rendimento, no qual se pode inserir Portugal, os fatores científicos e humanitários foram descritos pelos estudantes de medicina como os principais motivos para a escolha do curso. No que respeita à nossa amostra, constatamos que os estudantes fundamentaram maioritariamente a sua opção tendo em conta fatores de ordem intrínseca, nos quais se inclui os científicos e humanitários. O “ajudar o outro” (88,5%) e a “profissão pessoalmente desafiante” (88,5%) são as razões que apresentam um maior nível de concordância no que diz respeito à legitimação da escolha pelo curso de medicina, seguidas do “nível elevado de conhecimento científico” (83,9%) e “vocação” (73,5%).

Quanto aos fatores extrínsecos, observa-se que os motivos relacionados com o mundo do trabalho são os mais valorizados pelos estudantes inquiridos no momento da escolha pelo curso de medicina, sendo que os “baixos níveis de desemprego” contempla 69% da amostra e a “garantia de estabilidade financeira” 66,6%.

Continuando a abordagem dos motivos de ingresso no curso de medicina, os fatores extrínsecos menos valorizados são “o percurso académico” (56,3%), “a influência dos filmes e séries médicas” (54%), “prestígio social” (51,7%) e “reconhecimento social” (42,5%). Importa referir que as motivações relacionadas com “vocação”, “prestígio social” e “reconhecimento social” são as opções em que menos estudantes se pronunciam sobre o seu grau de concordância, comportando 23% da totalidade da amostra nos dois

primeiros e 28,7 % no último. Este não posicionamento face a estes fatores leva-nos a concluir que este é um assunto sensível para os estudantes de medicina.

Tabela 11 - Motivos de ingresso no curso de medicina (%)

		Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Total
Fatores Intrínsecos	Vocação	21,8	51,7	23,0	3,4	-	100,0
	Ajudar o outro	49,4	39,1	6,9	4,6	-	100,0
	Profissão pessoalmente desafiante	52,9	35,6	8,0	2,3	1,1	100,0
	Nível elevado de Conhecimento científico	43,7	40,2	8,0	6,9	1,1	100,0
Fatores Extrínsecos	Baixos níveis de desemprego	16,1	52,9	12,6	12,6	5,7	100,0
	Estabilidade financeira	12,6	54,0	12,6	14,9	5,7	100,0
	Prestígio social	11,5	40,2	23,0	12,6	12,6	100,0
	Influência da família	6,9	9,2	20,7	24,1	39,1	100,0
	Reconhecimento social	8,0	34,5	28,7	18,4	10,3	100,0
	Percurso académico	14,9	41,4	19,5	11,5	12,6	100,0
	Influência dos filmes e séries médicas	3,4	21,8	20,7	24,1	29,9	100,0

A “influência da família” na escolha pelo curso de medicina é reconhecida por 63,2% do total dos inquiridos. A literatura tem vindo a destacar a importância do papel da família na escolha do curso de medicina e na criação de um ambiente afetivo e económico propício a um desempenho bem-sucedido (Jorge, 2003), existindo o dobro de probabilidade de ter um membro da família na profissão (Cavenagh, 2000). Tendo em conta a nossa amostra, 32,2% dos estudantes possui familiares que já exerceram ou estão a exercer medicina, entre eles 4,6% são pais e 2,3% são mães.

Neste sentido, procedeu-se ao cruzamento do fator motivacional extrínseco “influência da família” com a variável “familiares na Medicina” (Tabela 12). A maioria dos estudantes inquiridos com familiares em medicina negam a influência da família na tomada de decisão pelo curso, reunindo um conjunto de 42,9% da amostra na categoria *Discordo totalmente* e 21,4% na categoria *Discordo*, perfazendo um total de 64,3% dos inquiridos. A mesma situação se verifica nos estudantes que não possuem familiares na

medicina, com cerca de 63% dos inquiridos a discordar em relação à influência da família na escolha do curso. Importa referir que este resultado não vai de encontro ao que é o padrão dos estudos anteriores (Cavenagh, 2000; Jorge, 2003; Goel *et al.*, 2018), derivando talvez das características da nossa amostra.

Tabela 12 - Presença de familiares na medicina segundo a influência da família para o ingresso no curso de medicina (%)

		Familiares na Medicina	
		SIM	NÃO
Motivação - Influência da Família	Discordo totalmente	42,9	37,3
	Discordo	21,4	25,4
	Não concordo nem concordo	25,0	18,6
	Concordo	7,1	10,2
	Concordo totalmente	3,6	8,5
Total		100,0	100,0

4.2. Percurso académico na Faculdade de Medicina

Após a abordagem das diferentes dimensões relativas ao processo prévio à entrada no Mestrado Integrado em Medicina, passamos à análise do percurso académico dos estudantes ao longo da sua formação em medicina. Este percurso formativo na FMUP dá continuidade ao processo de construção da identidade profissional pelos estudantes de medicina que, como constatamos anteriormente, foi já iniciado muito antes da entrada formal na Faculdade de Medicina.

4.2.1. Contexto escolar

O percurso enquanto estudante de medicina remete-nos desde logo para o contexto académico da faculdade de medicina, que se divide entre o espaço físico escolar e o contexto de ensino clínico. Segundo Cruz e Felgueiras (2013: 41), o contexto académico compreende a “tessitura das relações e das inter-relações – ações e resistências – dos estudantes entre si, com um lugar e seus personagens, e com uma instituição – a Universidade/Hospital – da qual resulta uma identidade específica”. Cada instituição de

ensino apresenta uma determinada cultura académica, composta por um sistema de valores, expressos através de rituais, mitos e crenças comuns entre os seus membros, o que a torna única perante qualquer outra.

Na maior parte das vezes o primeiro contacto com a faculdade de medicina acontece através da praxe académica, ainda antes de entrarem no próprio edifício da faculdade. A literatura define a praxe académica como um evento social simbolicamente relevante para a construção da identidade profissional. De acordo com Frias (2003 citado in Serra, 2011: 203), este fenómeno é um “objeto social total” segundo a definição de Marcel Mauss, “constituindo-se como um fenómeno complexo e multiforme com dimensões de natureza ritual, lúdica, festiva, jurídica, económica, artística e política, e associando práticas, objetos, uma gíria, insígnias, gestos, palavras, formas gráficas e elementos sonoros”. Regista-se que cerca de 60% dos estudantes inquiridos consideram a praxe académica como um meio de integração, e como tal, mostram-se recetivos a este tipo de socialização. Por outro lado, 24,1% da totalidade da amostra nega o papel deste evento na integração dos estudantes à entrada no curso de medicina da FMUP.

Tabela 13 - Papel da praxe académica (%)

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Total
A praxe académica representa um meio de integração.	20,7	39,1	16,1	10,3	13,8	100,0

Centramo-nos agora sobre os aspetos formais do contexto escolar. Neste sentido, a literatura destaca a educação médica como um “*métier*” em constante evolução (Ribeiro *et al.*, 2016: 786). Nos dias de hoje é expetável que a formação médica permita, mais do que a aquisição de conhecimentos científicos, a incorporação de aspetos como o raciocínio clínico, competências práticas, desenvolvimento de valores profissionais, entre outros. Neste sentido, torna-se importante compreender até que ponto os estudantes inquiridos consideram que a formação médica tem contribuído para a aquisição destas e outras competências enunciadas no Tabela 14.

Ao debruçarmo-nos sobre os dados, constatamos que a maior parte dos estudantes inquiridos reconhecem que a formação médica tem sido eficaz na aquisição de conhecimentos científicos (96,5%). Sendo esta a competência que consideram ser mais eficazmente transmitida durante o ensino médico. Os valores profissionais surgem também com um valor elevado de eficácia, reunindo um conjunto de 23% dos estudantes na categoria *Extremamente eficaz* e 57,5% na categoria *Muito eficaz*, ou seja, 80,5% da totalidade da amostra. Segue-se de imediato as competências para a relação médico-doente, com 17,2% dos inquiridos a considerarem *Extremamente eficaz* o papel da formação médica na sua transmissão e 62,1% acham-no *Muito eficaz*, perfazendo um total de 79,3%.

A capacidade de trabalho em equipa é cada vez mais importante num contexto de crescente especialização e divisão do trabalho nos cuidados de saúde, que conduz à emergência e desenvolvimento de novos grupos socioprofissionais. Neste sentido, observa-se que 72,4% dos estudantes inquiridos consideram que o curso de medicina tem contribuído eficazmente para o desenvolvimento desta competência.

Tabela 14 - Papel da formação médica no desenvolvimento de competências profissionais (%)

	Extremamente eficaz	Muito eficaz	Pouco eficaz	Nada eficaz	Total
Conhecimentos científicos	40,2	56,3	3,4	-	100,0
Competências práticas	5,7	47,1	43,7	3,4	100,0
Raciocínio clínico	8,0	55,2	35,6	1,1	100,0
Capacidade de comunicação	17,2	50,6	28,7	3,4	100,0
Capacidade crítica e reflexiva	8,0	54,0	33,3	4,6	100,0
Resolução de problemas éticos da prática clínica	4,6	35,6	51,7	8,0	100,0
Competências para a relação médico-doente	17,2	62,1	19,5	1,1	100,0
Capacidade de trabalho em equipa	18,4	54,0	24,1	3,4	100,0
Valores profissionais	23,0	57,5	18,4	1,1	100,0

Nesta sequência, uma comunicação eficaz é fundamental no relacionamento entre profissionais, e é segundo Taveira-Gomes *et al.* (2016), a base para a prática de uma medicina centrada no doente e para o desenvolvimento de um comportamento empático, conduzindo a uma frutífera relação médico-doente. Assim sendo, no que se refere à

capacidade de comunicação, 67,8% da totalidade da amostra assinala o contributo positivo da formação médica na sua aquisição.

Na entrevista exploratória o raciocínio clínico é enunciado como uma das dimensões que deveriam ser mais aprofundadas ao longo da formação em medicina. Martins e Silva (2013: 423) menciona também este aspeto, como uma das “lacunas nucleares” da educação médica. No entanto, 63,2% dos estudantes inquiridos consideram que esta é uma competência valorizada pelo currículo formalmente estabelecido no curso de medicina da FMUP.

A literatura diz-nos que a reflexão crítica é uma competência essencial a desenvolver ao longo do curso de medicina (Glesson, 2010 citado in Wilson *et al.*, 2013), constituindo-se como fundamental para o exercício da prática profissional, facilitando o raciocínio e a decisão clínica, bem como a aprendizagem, as relação médico-doente e a minimização do erro (Martins e Silva, 2013). No caso da nossa amostra, 62% dos inquiridos avaliam como eficaz a ação da formação médica no desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva.

Em contrapartida, as competências práticas e a resolução de problemas éticos da prática clínica são os aspetos que os indivíduos devem desenvolver, ao longo da sua formação inicial, que apresentam um menor valor de eficácia. Nesta sequência, cerca de 60% dos estudantes inquiridos destacam a falta de eficácia da formação médica na transmissão de competências para a resolução de problemas éticos da prática clínica. Em relação às competências práticas, 52,8% do total da amostra enaltece o papel da formação médica na sua transmissão, em detrimento dos restantes 47,1%.

Tendo em conta o cruzamento da eficácia da formação médica no desenvolvimento de competências profissionais segundo o ano curricular a frequentar pelos estudantes, é possível verificar a diminuição da eficácia ao longo dos anos curriculares, excetuando a aquisição de conhecimentos científicos, de competências para a relação médico-doente, de capacidade de trabalho em equipa e de valores profissionais (Anexo 3).

Apesar dos conteúdos não-cognitivos serem referidos, no geral, como eficazmente transmitidos pelo currículo formal do curso de medicina, mais de metade dos estudantes inquiridos (65,5%) consideram que o programa curricular promove, essencialmente, o ensino-aprendizagem de conteúdos cognitivos (Tabela 15). Estes resultados vão de

encontro com uma outra questão, a ideia de que o curso de medicina na FMUP é extremamente teórico. Assim, quando confrontados com esta afirmação, 26,4% dos estudantes inquiridos concordam totalmente e 44,8% concordam, reunindo um valor total de 71,2%. Também os métodos de avaliação são considerados demasiado teóricos. Cerca de 86% do total da amostra reconhece que as avaliações de conhecimentos deviam ser mais aplicadas à realidade clínica. E isto faz cada vez mais sentido numa época em que o famoso exame Harrison, focado exclusivamente na capacidade de memorização, deu lugar a um novo exame, baseado em casos clínicos, mais aplicado por isso, à resolução de problemas da prática clínica.

Tabela 15 - Aspetos do currículo formal (%)

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Total
O curso é extremamente teórico.	26,4	44,8	20,7	6,9	1,1	100,0
As avaliações de conhecimentos deviam ser mais aplicadas à realidade clínica.	42,5	43,7	6,9	6,9	-	100,0
O programa curricular promove, essencialmente, o ensino-aprendizagem de conteúdos cognitivos	14,9	50,6	19,5	11,5	3,4	100,0
Aspetos como a empatia com o outro, a compaixão e a integridade não são possíveis de se aprender durante a formação médica.	5,7	31,0	6,9	32,2	24,1	100,0
No geral, verifica-se uma deficiente preparação pedagógica dos médicos com responsabilidades docentes.	19,5	32,2	29,9	16,1	2,3	100,0

João Martins e Silva (2013) ressalva que grande parte do êxito das reformas da educação médica continua a depender, sobretudo, dos atributos humanísticos e cognitivos dos alunos a serem escolhidos, e da qualidade pedagógica, académica e profissional dos docentes. No entanto, 56,3% da totalidade dos inquiridos consideram que aspetos como a empatia com o outro, a compaixão e a integridade são possíveis de se aprender durante a formação médica, ao contrário dos restantes 36,7% dos inquiridos. Quanto à qualidade pedagógica dos docentes, 51,7% dos estudantes inquiridos constatam que no geral, verifica-se uma deficiente preparação pedagógica dos médicos com responsabilidades

docentes. Sendo que cerca de 30% do total da amostra assinala a categoria *Não concordo nem discordo* e os 18,4% distribuem-se pelas categorias *Discordo* e *Discordo totalmente*.

4.2.2. Contexto clínico

A transição para o ciclo clínico, no caso particular do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP, ocorre no 4º ano curricular. Ao debruçarmo-nos sobre os nossos dados, constatamos que 62% do total dos inquiridos consideram tardio o início da prática clínica. Contudo, tal como é referido na entrevista exploratória - ... [a prática clínica] não deveria acontecer necessariamente mais cedo, (...) porque nos primeiros anos o nosso conhecimento ainda é muito escasso para poder aproveitar isso da melhor forma” (E1) -, apesar da importância do contacto com os doentes para o desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes de medicina, estudos revelam que os baixos níveis de competências e conhecimentos médicos nos primeiros anos do curso dificultam a interação com os doentes, complexificando assim a construção da identidade enquanto futuros médicos (Vagan, 2009). Por sua vez, 68,9% dos estudantes inquiridos reiteram que o contacto com os pacientes e a prática clínica são insuficientes.

Tabela 16 - Transição para o ciclo clínico (%)

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Total
O início da prática clínica no 4º ano é tardio.	17,2	44,8	11,5	19,5	6,9	100,0
O contacto com os pacientes e a prática clínica são insuficientes.	28,7	40,2	16,1	12,6	2,3	100,0

A transição para o ciclo clínico é marcada pela Cerimónia da Bata Branca, que assinala, tal como o nome indica, a entrega da bata branca e a entrada num contexto real de prestação de cuidados de saúde. Este ritual é promovido pelo Gabinete de Apoio ao Estudante da FMUP, em colaboração com a AEFMUP e com o CHUSJ, e visa “consciencializar os estudantes dos valores e princípios que orientam a relação de um

médico com a sociedade e seus pacientes”¹⁰, relembrando as responsabilidades humanas e profissionais necessárias ao exercício da profissão, através da imposição de um símbolo associado à prática clínica em todo o mundo.

Estudos em torno dos símbolos e rituais presentes durante a formação em medicina (Cruess *et al.*, 2015), relevam a importância destes para a configuração da identidade profissional dos futuros médicos. Segundo os autores, ao participarem nestas atividades, os indivíduos afirmam publicamente a pertença a uma comunidade de prática, que por sua vez, vai ajudá-los a formar a sua identidade profissional. Entre os rituais e símbolos mais significantes encontra-se a Cerimónia da Bata Branca, o estetoscópio e a realização do Juramento de Hipócrates. Também na nossa investigação analisamos a importância da Cerimónia da Bata Branca na construção da identidade profissional dos estudantes de medicina (Tabela 17). No entanto, ao contrário de estudos anteriores (Cruess *et al.*, 2015), os estudantes inquiridos consideram este evento pouco relevante para “se sentirem médicos”, assim as categorias com menor importância reúnem um total de 66,6% dos inquiridos.

De acordo com Wilson *et al.* (2013), o contexto clínico revela-se extremamente importante para os estudantes de medicina no que diz respeito ao desenvolvimento da sua identidade enquanto futuros profissionais. Assim sendo, procedemos à análise da importância que é atribuída ao contacto com determinados aspetos durante o ciclo clínico – prática médica, doentes e integração de uma equipa médica -, na construção da identidade profissional dos estudantes de medicina da nossa amostra (Tabela 17). Nesta sequência, 70,1% dos estudantes inquiridos consideram o contacto com a prática médica um aspeto *Extremamente importante* para a formação da sua identidade profissional, 23% acham-no *Muito importante* e 6,9% *Importante*. Esta importância da prática médica na formação de um sentimento de pertença a um grupo profissional é destacada na entrevista exploratória - “Como o sexto já é um ano mais prático, nós aí ganhamos algum espírito crítico e começamos a acreditar mais em nós.” O contacto regular com os doentes apresenta uma distribuição percentual muito similar ao aspeto anterior, com um valor de 70,1% na categoria *Extremamente importante*, 21,8% na categoria *Muito importante* e 8,0% *Importante*. De acordo com a literatura, a interação com os doentes, assim como

¹⁰ https://sigarra.up.pt/fmup/pt/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=30474

com outros profissionais de saúde, principalmente da categoria médica, representa um momento fundamental na aprendizagem dos estudantes de medicina e uma oportunidade de desenvolvimento da identidade enquanto futuros profissionais (Goldie, 2012, Barr *et al.*, 2015, Wilson *et al.*, 2013). Neste sentido, a integração de uma equipa médica reúne 54% dos inquiridos na categoria *Extremamente importante*, decrescendo no grau de importância para 33,3% e 12,6% respetivamente. Como podemos observar, os aspetos relacionados com a socialização em ambiente clínico são extremamente valorizados pelos estudantes de medicina no processo de se tornarem médicos, não existindo valores percentuais nas categorias com menor importância.

Tabela 17 – Grau de importância dos momentos ao longo do percurso académico na construção da identidade profissional (%)

	Extremamente importante	Muito importante	Importante	Pouco importante	Sem importância	Total
Partilha de experiências entre professor e aluno	37,9	40,2	20,7	1,1	-	100,0
Domínio dos conhecimentos médicos	47,1	35,6	17,2	-	-	100,0
Contacto com a prática médica	70,1	23,0	6,9	-	-	100,0
Cerimónia da Bata Branca	4,6	5,7	23,0	40,2	26,4	100,0
Integração de uma equipa médica	54,0	33,3	12,6	-	-	100,0
Contacto regular com os doentes	70,1	21,8	8,0	-	-	100,0
Partilha de experiências com outros estudantes de medicina	44,8	26,4	27,6	-	1,1	100,0

Em estudos anteriores (Martins e Silva, 2013), os estudantes de medicina avaliam os modelos de atuação dos docentes e o ambiente em equipa médica como mais importantes do que a própria aprendizagem e as atividades do serviço. No entanto, quando analisamos a importância do domínio dos conhecimentos médicos na construção da identidade profissional dos estudantes de medicina, verificamos uma ligeira desvalorização em relação aos momentos de socialização em contexto clínico (Tabela 17). No que diz respeito aos possíveis modelos de atuação, a partilha de experiências com

outros estudantes de medicina é avaliada de uma forma muito idêntica à partilha de experiências entre professor e aluno. Assim, a relação com outros estudantes reúne 44,8% dos inquiridos na categoria *Extremamente importante*, 26,4% como *Muito importante* e 27,6% *Importante*. Existindo, no entanto, um valor de 1,1% na categoria *Sem importância*. Por sua vez, 37,9% dos estudantes inquiridos consideram a partilha de experiências entre professor e aluno como *Extremamente importante*, 40,2% acham-na *Muito importante* e 20,7% *Importante*. Sendo que 1,1% da amostra considera-a *Pouco importante*.

Prosseguindo a análise da importância dos momentos enunciados anteriormente para a construção da identidade profissional para os estudantes de medicina, realizamos o cruzamento com o género e o ano curricular a frequentar, com o objetivo de analisar a influência destas variáveis no processo de formação identitária (Anexo 4).

Assim, constatamos que os estudantes do género masculino conferem uma maior importância ao domínio dos conhecimentos médicos do que as suas colegas para a construção de um sentimento identitário enquanto futuros médicos. Deste modo, podemos concluir através da nossa amostra, tendo em conta as suas especificidades, que a formação da identidade dos estudantes homens assenta numa vertente mais científico-racional, e a das estudantes mulheres numa dimensão mais relacional.

No que concerne ao ano curricular, evidenciam-se maiores diferenças ao nível do domínio dos conhecimentos médicos e do contacto regular com os doentes, verificando-se uma diminuição da importância destes momentos com o avanço nos anos curriculares. Contudo, para se perceber melhor a intensidade e direção desta relação realizou-se o cálculo das correlações existentes entre a importância dos momentos ao longo do percurso académico na construção da identidade profissional com o ano curricular (Anexo 5). A partir dos coeficientes de correlação observamos que a relação entre as variáveis é inexistente, e é na generalidade negativa, excetuando a partilha de experiências entre professor e aluno e a integração de uma equipa médica. Deste modo, a correlação negativa significa que a associação entre as variáveis é inversa, assim o grau de importância diminui ao longo dos anos curriculares em estudo.

Baernstein *et al.* (2009) demonstraram que os modelos de atuação positivos são o fator mais importante no que se refere à construção da identidade profissional dos futuros médicos durante a formação médica. E estes, incluem não só, professores ou médicos,

mas também outros estudantes, internos hospitalares, enfermeiros ou outros membros da equipa. Contudo, estes exemplos podem ser também negativos, cabe assim aos estudantes “(...) ter espírito crítico e depois perceber, ok eu tenho este exemplo de pessoas à minha frente, o que é que eu vou retirar daqui para mim” (E1). Deste modo, é salientado por diversos autores a importância do ensino e prática da reflexão crítica durante a formação médica, prolongando-se durante a vida profissional ativa, com o intuito de discernir entre o correto e o errado.

Neste sentido, no que diz respeito à caracterização das relações intra comunidade académica da faculdade (Tabela 18), constatamos, tal como na entrevista exploratória, que a maioria dos estudantes inquiridos (83,9%) consideram que alguns professores não são bons exemplos, em termos humanos, para si enquanto futuros médicos. Quanto à relação entre estudantes, 85,1% da totalidade dos inquiridos confirma viver-se um ambiente de entreajuda, e apenas 5,7% dos estudantes se opõem a esta realidade.

Tabela 18 – Relações intra-comunidade académica (%)

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Total
A relação professor-aluno é de proximidade e cooperação.	1,1	27,6	33,3	33,3	4,6	100,0
O ambiente entre estudantes é de entreajuda.	43,7	41,4	9,2	3,4	2,3	100,0
Alguns professores não são bons exemplos, em termos humanos, para os futuros médicos.	51,7	32,2	6,9	6,9	2,3	100,0

4.2.3. Representações sobre a profissão médica

Na compreensão sociológica da identidade profissional dos estudantes de medicina, temos a considerar a representação que estes constroem sobre si enquanto futuros profissionais e acerca da medicina. Neste sentido, torna-se importante avaliar, como indicadores, a retrospectiva dos inquiridos acerca da sua opção profissional e se em algum momento colocaram a hipótese de desistir do curso.

Entre os estudantes inquiridos, 87,4% voltaria a escolher o curso de medicina, enquanto 12,6% não o escolheria se tivesse de decidir agora o seu futuro profissional. No entanto, quando questionados sobre se em algum momento durante o curso pensaram em desistir, 51,7% dos estudantes da nossa amostra afirmam que sim. Tal como é salientado na entrevista exploratória, “[o percurso académico] tira aquela beleza, aquele brilho que nós achamos que vai ser a profissão, porque afinal é só muito trabalho, (...) muito mais do que qualquer pessoa pensa”. Assim sendo, apesar das inúmeras dificuldades com que os estudantes de medicina se deparam ao longo do curso, pondo mesmo a hipótese de desistir, todos os sacrifícios fazem sentido quando o fim último é o exercício da profissão médica.

Draper e Louw (2007) identificaram algumas das preocupações de uma amostra de estudantes de medicina do primeiro ano em torno da escolha da profissão médica, entre as quais: os altos níveis de frustração gerados pela profissão; a existência de inúmeros sacrifícios ao longo da vida; a incompatibilidade com a vida familiar; a capacidade de comunicação com os doentes, entre outras. Contudo, o prestígio social associado à profissão médica legitima todas as dificuldades vivenciadas por estes estudantes. Tendo em conta a nossa amostra, cerca de 75% dos estudantes inquiridos consideram a medicina uma profissão de prestígio na sociedade atual. Apenas 17,2% dos inquiridos negam o prestígio social associado à profissão médica.

No que se refere ao domínio das representações dos estudantes de medicina sobre a profissão médica, solicitou-se o posicionamento dos inquiridos quanto às características que consideram importantes para definir a atuação de um “bom médico” (Tabela 19).

Importa ressaltar que as perceções dos estudantes da nossa amostra podem já ser resultado da exposição ao currículo formal e informal da faculdade de medicina. À imagem que os estudantes de medicina apresentam do que é “ser médico” estão associados certos valores, crenças e atitudes que os acompanham à entrada da faculdade de medicina, que apresenta por sua vez, os seus próprios valores, crenças e atitudes, designado por “currículo oculto” (Hafferty, 1998). Deste modo, questiona-se sobre se existe ou não uma congruência entre os valores, crenças e atitudes dos estudantes antes do curso de medicina, e os da instituição na qual eles vão estudar. No caso da nossa amostra, a maior parte dos estudantes inquiridos (92%) asseguram que o percurso académico na FMUP alterou a sua perceção sobre o que é ser médico.

O extenso conjunto de qualidades e qualificações que têm sido apresentadas para classificar um bom médico variam entre cognitivas e não cognitivas. Tal como se refere na entrevista exploratória, “Um bom médico tem que acima de tudo ouvir o doente, claro que tem de saber a teoria toda..., mas isso é o que faz um médico bom e não um bom médico (...). Um bom médico tem de ser muito mais do que só saber medicina e saber tratar, porque é uma pessoa à nossa frente e não uma doença” (E1).

Neste sentido, consideramos a “carta do profissionalismo” redigida sob a égide de American Board of Internal Medicine Foundation, American College of Physicians Foundation e European Federation of Internal Medicine, publicada em 2002, para definir os aspetos que podem fazer parte da atuação de um “bom médico” (Martins e Silva, 2013).

O atributo mais valorizado pelos estudantes inquiridos para definir a atuação de um “bom médico” é a competência profissional, compreendendo 70,1% da totalidade da amostra na categoria *Extremamente importante*. A este valor acrescenta-se 26,4% que o posiciona como *Muito importante* e 3,4% *Importante*. A capacidade de comunicação surge na segunda posição com 67,8% dos inquiridos a avaliarem esta competência como *Extremamente importante*, 26,4% consideram-na *Muito Importante* e 5,7% apenas *Importante*.

Tabela 19 - Atributos que definem a atuação de um “bom médico” (%)

	Extremamente importante	Muito importante	Importante	Pouco importante	Sem importância	Total
Competência profissional	70,1	26,4	3,4	-	-	100,0
Capacidade de comunicação	67,8	26,4	5,7	-	-	100,0
Atualização dos conhecimentos científicos	63,2	32,2	4,6	-	-	100,0
Relacionamento próximo com os doentes	47,1	35,6	13,8	3,4	-	100,0
Colaboração na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde	42,5	40,2	17,2	-	-	100,0
Empenhamento na melhoria do acesso aos cuidados de saúde	43,7	29,9	24,1	2,3	-	100,0
Colaboração com outros profissionais de saúde	65,5	23,0	11,5	-	-	100,0

A atualização contínua dos conhecimentos científicos apresenta-se como a terceira característica mais valorizada pelos estudantes na atuação de um bom profissional de medicina, reunindo um conjunto de 63,2% dos inquiridos que a consideram *Extremamente importante*, 32,2% acham-na *Muito importante* e 4,6% *Importante*. De imediato, surge a colaboração com outros profissionais de saúde na quarta posição, sendo que 65,5% da amostra considera este atributo *Extremamente importante*, 23% *Muito importante* e 11,5% *Importante*.

Em contraste surgem outros atributos que vão perdendo a sua importância em detrimento dos anteriores. Assim, sucede-se o relacionamento próximo com os doentes, numa altura em que a relação médico-doente se encontra em processo de candidatura a Património Imaterial da Humanidade pela UNESCO. Nesta sequência, observa-se que 47,1% dos estudantes inquiridos consideram esta característica como *Extremamente importante* para definir o que se designa por um “bom médico”. No entanto, ainda que com um valor residual, verificamos que alguns futuros profissionais da medicina consideram este atributo como *Pouco importante* para a atuação de um bom-médico (3,4%).

A colaboração na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde representa outra das questões menos valorizadas pelos estudantes inquiridos, ainda que não existam valores percentuais nas categorias de menor importância, apenas 42,5% a consideram extremamente importante para a constituição de um “bom-médico”. O último lugar é ocupado pelo empenhamento na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, compreendendo 43,7% da totalidade da amostra na categoria *Extremamente importante*. Em acréscimo, 29,9% considera este atributo *Muito importante* e 17,2% *Importante*. Sendo que 2,3% dos estudantes inquiridos desvalorizam a presença deste atributo na classificação de um “bom-médico”.

No seguimento da abordagem das representações dos estudantes em torno dos atributos que definem a atuação de um “bom-médico”, procedeu-se ao cruzamento do grau de importância dos respetivos atributos com a variável género, tendo como intuito explorar a influência do género no processo de socialização profissional na faculdade de medicina (Anexo 6).

Ao debruçarmo-nos sobre os dados, observamos, num primeiro momento, que em todos os atributos as estudantes do género feminino apresentam uma maior percentagem

na categoria *Extremamente importante* do que os seus colegas do género masculino. Num segundo momento, verificamos que os atributos nos quais as diferenças de género são mais significativas dizem respeito à capacidade de comunicação, ao relacionamento próximo com os doentes e ao empenhamento na melhoria do acesso aos cuidados de saúde. Deste modo, importa analisar cada um destes três atributos individualmente tecendo algumas conclusões.

Tabela 20 - Grau de importância dos atributos que definem a atuação de um “bom médico” segundo o género (%)

		Género	
		Feminino	Masculino
Capacidade de comunicação	Importante	3,8	8,6
	Muito importante	17,3	40,0
	Extremamente importante	78,8	51,4
	Total	100,0	100,0
Relacionamento próximo com os doentes	Pouco importante	-	8,6
	Importante	9,6	20,0
	Muito importante	38,5	31,4
	Extremamente importante	51,9	40,0
Total		100,0	100,0
Empenhamento na melhoria do acesso aos cuidados de saúde	Pouco importante	-	5,7
	Importante	17,3	34,3
	Muito importante	34,6	22,9
	Extremamente importante	48,1	37,1
Total		100,0	100,0

Steve Martin e seus associados (Martin *et al.*, 1988) determinaram que tanto os profissionais do género feminino como os do género masculino apresentam capacidades de diagnóstico e terapêuticas idênticas, contudo as divergências encontram-se na capacidade de comunicação com os doentes. As médicas tendem a apresentar na sua relação com os doentes princípios de uma maior igualdade, são mais atenciosas e simpáticas, respeitam mais as preocupações e problemas dos doentes, e, são mais sensíveis às dificuldades de carácter psicossocial. Ao cruzar a importância do atributo capacidade de comunicação para a atuação de um “bom médico” e o género dos inquiridos, observou-se que as estudantes do género feminino valorizam mais a capacidade de comunicação no exercício da profissão médica, com uma percentagem de

78,8% na categoria *Extremamente importante*, do que os seus colegas do sexo masculino, com um valor de 51,4% na mesma categoria. Nos atributos relacionamento próximo com os doentes e empenhamento na melhoria do acesso aos cuidados de saúde verificamos que a categoria Pouco importante integra apenas estudantes do género masculino, sendo as futuras médicas as que conferem maior importância a estas características em comparação com os seus colegas do género masculino.

Nesta sequência, procedeu-se ao cálculo das correlações existentes entre a importância dos atributos que definem a atuação de um bom médico com o género (Anexo 7). Contudo, o cálculo do coeficiente de correlação entre as variáveis, a um nível de significância estatística de 5%, revela-nos que só existe relação entre a importância do atributo capacidade de comunicação e o género. Assim, apesar do género influenciar o grau de importância da capacidade de comunicação para a prática médica, esta influência é de natureza fraca e negativa.

Tabela 21 - Correlação entre a Importância da capacidade de comunicação e o Género

		Género
Capacidade de comunicação	Coeficiente de correlação	-0,284*
	Significância	0,008
	N	87

*Spearman's Rho – significância a 0,05

4.3. Perspetivas sobre o futuro

Enquanto futuros médicos, importa compreender como os estudantes de medicina se projetam no futuro, incluindo nesta projeção, os contextos de trabalho, o processo de integração nos mesmos e as trajetórias de desenvolvimento profissional que ambicionam e anteveem como possíveis. Assim sendo, é pela análise da “projeção que os indivíduos fazem de si mesmos no futuro que é possível desvendar o modo como se percebem no presente” (Serra, 2011: 290). “Os projetos futuros não resultam apenas de uma vontade individual descontextualizada, surgindo fruto de uma encruzilhada de expectativas familiares, influências de grupos de pares, cenários disponíveis e condições de vida objetivas” (Alves, 2006 citado in *idem*).

A medicina esteve em tempos associada a uma profissão com emprego garantido, bem remunerado e com gratificação pela qualidade do trabalho desenvolvido. Atualmente, os media têm sido os principais responsáveis pela divulgação das constantes manifestações dos profissionais da saúde, e em particular dos médicos contra a precarização na profissão no âmbito do Sistema Nacional de Saúde. Importa assim analisar as perspetivas dos estudantes de medicina em relação à empregabilidade na profissão médica (Tabela 22).

Tal como referido na entrevista exploratória, à profissão médica está diretamente associada a ideia de que “tu és médico e os médicos têm sempre trabalho” (E1). No entanto, 52,4% da amostra *Discorda* de que a medicina é uma profissão com emprego garantido, contra 32,2% dos inquiridos que se posicionam nas categorias que transmitem concordância. Por outro lado, a consciência de precarização na profissão médica está presente entre os estudantes inquiridos, com cerca de 69% da totalidade da amostra a reconhecer essa mesma realidade. Tendo a categoria *Discordo* uma percentagem de apenas 10,3% dos inquiridos.

Tabela 22 – Perspetivas sobre a empregabilidade da profissão (%)

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	Total
A medicina é uma profissão com emprego garantido.	16,1	16,1	14,9	52,9	-	100,0
A profissão médica está sujeita à precariedade laboral.	26,4	42,5	20,7	10,3	-	100,0
As condições de trabalho no setor privado de saúde são mais justas comparativamente ao SNS.	10,3	37,9	35,6	16,1	-	100,0

A crise que se vive no Sistema Nacional de Saúde deve-se segundo o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, à falta de financiamento para a saúde, o que tem levado a profissão médica a recorrer ao serviço privado, a pedir a reforma antecipada ou mesmo a recorrer à emigração. Esta escolha pelo setor privado da saúde é justificada, ainda de acordo com o bastonário da Ordem dos Médicos, pelas condições de trabalho mais justas comparativamente ao SNS, reunindo um nível de remuneração que

corresponde à responsabilidade que têm no exercício da sua profissão (Branco, 2017). Contudo, quando confrontados com a afirmação de que as condições de trabalho no setor privado de saúde são mais justas comparativamente ao SNS, 35,6% dos estudantes inquiridos preferem não se posicionar em relação a este cenário. Assim, 48,2% do total da amostra sustenta esta afirmação, e os restantes 16,1% dos inquiridos concentram-se na categoria *Discordo*.

No que diz respeito às expectativas de inserção no mundo do trabalho (Tabela 23), 82,8% dos estudantes inquiridos preveem encontrar emprego imediatamente após a conclusão do curso. Ainda que exteriorizam, como constatamos anteriormente, uma preocupação em relação à possibilidade de desemprego. O SNS e o setor privado de saúde representam os possíveis futuros empregadores destes estudantes de medicina. Quando se questiona sobre a possibilidade de trabalhar unicamente no SNS, mas progredir na carreira, 74,7% dos estudantes inquiridos respondem *Não*. Contudo, no que concerne a trabalhar unicamente no setor privado de saúde a resposta é unânime com a totalidade da amostra a assinalar *Não*. No entanto, este resultado é incongruente em relação ao que é o padrão dos estudos anteriores (Rosa, 2019), na medida em que se verifica um crescimento significativo dos profissionais que optam por trabalhar a tempo inteiro para o setor privado de saúde, assim sendo, estas respostas podem derivar da própria natureza da amostra. Nesta sequência, trabalhar em simultâneo no SNS e no setor privado de saúde é considerado o quadro ideal pela maior parte dos nossos estudantes, com um valor de 82,8%.

Tabela 23 - Expectativas face ao exercício da profissão médica (%)

	Sim	Não	Total
Encontrar emprego imediatamente após a conclusão do curso.	82,8	17,2	100,0
Trabalhar unicamente no SNS, mas progredir na carreira profissional.	25,3	74,7	100,0
Trabalhar unicamente no setor privado de saúde.	-	100,0	100,0
Trabalhar em simultâneo no SNS e no setor privado de saúde.	82,8	17,2	100,0
Trabalhar como médico indiferenciado.	4,6	95,4	100,0
Emigrar.	23,0	77,0	100,0

A escolha da especialidade é “a pior altura da nossa vida” (E1) -, neste sentido, esta etapa é apontada como um dos momentos na vida do estudante de medicina que mais ansiedade cria, a discrepância entre o número excessivo de candidatos e o número reduzido de vagas de especialização depois de concluído o curso de medicina, conduz à existência de médicos indiferenciados. O número de médicos sem especialidade em

Portugal tem vindo a crescer ao longo dos anos, segundo dados de uma previsão de Estevão Soares dos Santos, presidente da Associação de Médicos pela Formação Especializada, em 2015 faltavam 114 vagas no SNS, em 2018 este número podia chegar aos 800 (Lima, 2018). E considerando que as vagas para a especialidade se mantêm de ano para ano, em 2021 estimava-se que quatro mil de licenciados estejam nesta situação. Sem especialidade os que querem exercer medicina enfrentam três opções: emigrar, repetir o exame ou trabalhar como médico indiferenciado, sem acesso à carreira médica, não existindo a possibilidade de progressão. Neste sentido, a maior parte dos estudantes da nossa amostra não tem como pretensões no futuro enveredar pelo mundo do trabalho como médico indiferenciado (95,4%).

De acordo com uma notícia do Diário de Notícias (Marques, 2018), “a emigração vai subir para níveis do tempo da crise”, mas agora por razões diferentes das do tempo da *troika*, se na primeira metade da década, procuravam principalmente melhores salários, agora a maioria dos casos diz respeito a jovens profissionais sem lugar para internato, que procuram tirar especialidade no estrangeiro. No caso da nossa amostra, apenas 23% dos estudantes inquiridos colocam a hipótese de vir a emigrar, assim 77% do total da amostra pretende exercer a sua profissão em Portugal.

Considerações finais

O objetivo principal desta investigação centrou-se em torno da procura de elementos que possam contribuir para uma melhor compreensão do modo como os estudantes de medicina constroem a sua identidade profissional ao longo do seu percurso formativo na faculdade de medicina. Para a concretização deste objetivo elegemos como objeto de estudo institucional o mestrado integrado em Medicina da FMUP, tendo como objeto empírico 87 estudantes a frequentar o 3º, 4º e 6º ano curricular desse mesmo curso.

O atual perfil do estudante de medicina apresenta grandes diferenças em relação ao passado. O estereótipo do estudante de medicina filho de pais médicos, homem e branco foi desaparecendo ao longo dos tempos, assim, a partir dos anos 70 e 80 do século passado, verificou-se um aumento gradual das candidaturas de estudantes do género feminino e de minorias étnicas, em detrimento das candidaturas de estudantes do género masculino (Machado, 2003b). Neste sentido, através do inquérito por questionário, definimos o perfil socioeconómico dos estudantes de medicina que constituem a nossa amostra, tendo como referência as suas características demográficas, origem social e situação académica. Assim, esta população caracteriza-se por uma acentuada feminização, com cerca de dois terços de estudantes do género feminino, tratando-se de uma população relativamente jovem, em que a maior parte dos estudantes oscila entre os 20 e os 24 anos.

No que se refere às origens sociais destes estudantes, destaca-se um capital escolar familiar elevado, sendo que mais de metade dos progenitores possui formação de nível superior, ainda que se verifique uma distribuição assimétrica pelos diferentes graus académicos. Quanto ao grupo profissional dos pais salienta-se a predominância de dois dos grupos mais qualificados, nomeadamente, os “especialistas das atividades intelectuais e científicas” e os “técnicos e profissões de nível intermédio”. É de referir que apenas 6,9% dos pais destes estudantes têm ou tiveram como profissão a medicina. Por conseguinte, esta população descende de famílias de setores de classe mais dotados de capitais económicos, culturais, escolares e sociais, salientando-se as classes “profissionais de técnicos e de enquadramento”, e “empresários, dirigentes e profissionais liberais”.

Consequentemente, todo o processo aqui descrito não permite a generalização a todos os estudantes de medicina das diferentes faculdades de medicina do país, nem aos restantes estudantes da mesma faculdade que se assemelham às características da amostra.

Nesta sequência, procede-se ao levantamento das principais conclusões que a presente investigação nos permitiu retirar, com o intuito de realizar a verificação das hipóteses teóricas de trabalho. Para estes estudantes a escolha pela Medicina é bem evidente, surgindo como a primeira opção de candidatura ao ensino superior de quase todos os inquiridos, tendo os restantes assinalado o curso de Ciências Farmacêuticas como primeira opção. Ao longo dos anos são notórias as dificuldades por que passam os estudantes que pretendem ingressar pelo curso de medicina, cuja nota de admissão é uma das mais elevadas do nosso país, e a procura tem-se revelado muito superior à oferta, gerando uma situação de crescente competição pelo acesso às vagas disponibilizadas. Assim, muitos só conseguem entrar depois de várias tentativas, acumulando créditos, efetuando melhorias de nota ou frequentando outros cursos superiores.

O ingresso no curso de medicina é um caminho atribulado, mas que se justifica quando o fim último é ajudar o outro, constituindo-se ainda, como resposta a uma vocação e a procura por um sentimento de realização pessoal. Estes são os motivos, elencados pelos estudantes de medicina, como os mais preponderantes na escolha pelo curso de Medicina. Em contrapartida, no momento da decisão os motivos de ordem extrínseca surgem em segundo plano, sendo o prestígio social da profissão e o reconhecimento social do conhecimento e da prática médica os fatores menos valorizados. Esta aparente despreocupação com a obtenção de recompensas externas de caráter social, em detrimento de elementos mais “nobres”, como a vocação, a realização pessoal e a ajuda ao outro, leva-nos a questionar se serão estes valores resultado de uma espécie de socialização antecipada. Neste sentido, Robert Merton define esta “socialização latente”, designada de socialização antecipatória, como o processo pelo qual o indivíduo aprende e interioriza, ao longo das suas vivências, os valores de grupos de referência, aos quais deseja pertencer (Dubar, 1997: 59). Importa salientar que todos os fatores que contribuem para a escolha de um curso, mais do que funcionarem isoladamente, interrelacionam-se, potenciando as motivações dos indivíduos (Serra, 2011).

No que respeita à formação médica na FMUP, os nossos estudantes salientam a conceção de um currículo “excessivamente teórico”, eficaz na transmissão de conhecimentos científicos e deficitário no desenvolvimento de competências práticas. Se por um lado, reconhecem a eficácia do ensino médico no desenvolvimento de importantes competências ao nível relacional, sobretudo para a relação médico-doente, para o trabalho

em equipa e para a capacidade de comunicação, por outro lado, os estudantes revelam uma certa insegurança no que concerne ao desenvolvimento e aquisição de saberes ditos técnicos ou instrumentais. No entanto, uma das lacunas nucleares da formação médica identificada pelos nossos estudantes diz respeito ao desenvolvimento de capacidades para a resolução de problemas éticos da prática clínica. Os crescentes avanços científicos e tecnológicos na saúde das últimas décadas têm levantado um conjunto de importantes questões éticas na prática da medicina, como os dilemas em torno da eutanásia, aborto, engenharia genética e experimentação humana. Neste sentido, tem-se verificado um interesse cada vez maior, por parte da comunidade médica, pelas questões da ética na prática da medicina, repercutindo-se inclusive nos currículos da formação médica.

Os momentos de socialização em contexto clínico são extremamente valorizados pelos estudantes no processo de construção da identidade enquanto futuros médicos, ao longo da formação em medicina. Assim, o contacto regular com os doentes e com a prática médica representam para os estudantes elementos imprescindíveis no desenvolvimento da sua autoimagem enquanto futuros profissionais, isto é, como o indivíduo se concebe enquanto médico. Contudo, verifica-se que mais de metade dos nossos estudantes consideram que o contacto com os pacientes e a prática clínica durante o curso são insuficientes. Deste modo, esta situação poderá contribuir para a construção de um sentimento identitário fraco e instável, de tal forma que no fim do último ano do curso é possível que o estudante ainda não se sinta médico – “Eu esperava que (...) no fim dos seis anos me sentisse médica, mas na realidade não, (...) nós sentimos que continuamos sem saber grande coisa (...) eu estava à espera de uma coisa relativamente prática, um fifty-fifty entre a teoria e a prática.” De acordo com Serra (2011), os contextos de prática clínica representam, do ponto de vista de quem aprende, as verdadeiras situações de aprendizagem, uma vez que implicam uma aplicação de saberes teóricos previamente adquiridos.

A identidade desenvolve-se na interação com os outros, assim sendo, o “eu” constrói uma imagem de si e define a sua singularidade através do “outro” e das relações que com ele estabelece. A dimensão relacional com os outros constitui-se assim, como fundamental para o desenvolvimento de um sentimento identitário nos nossos estudantes. Neste sentido, reconhecem os doentes como o principal grupo de referência no seu processo de socialização profissional, ainda que, no entanto, não definam o

relacionamento próximo com o doente como um dos aspetos mais importantes na atuação de um “bom médico”. O relacionamento com outros profissionais de saúde, e em particular, enquanto parte de uma equipa médica, representa para os estudantes outra das componentes relacionais fundamentais para a construção da sua identidade profissional. Neste processo do estudante de medicina se tornar e sentir médico, surgem também como importantes referências os outros estudantes, ainda que com menor importância comparativamente aos grupos anteriores. Deste modo, confirma-se a hipótese teórica de que *O contexto académico dos estudantes de medicina contribui para a produção da sua identidade profissional*, sendo que este compreende todos os contextos nos quais o estudante evolui ao longo do período de formação inicial, nos quais se integra o espaço físico escolar da faculdade e o próprio hospital. Quanto à hipótese *os modelos de atuação dos docentes da faculdade são considerados pelos estudantes como mais importantes para a sua identidade profissional do que os conhecimentos sobre medicina*, esta não foi corroborada pela nossa análise.

Do ponto de vista do processo de construção de representações sobre a profissão médica pelos estudantes de medicina, constatamos que a imagem que estes apresentam sobre o profissional médico à entrada no curso, transforma-se ao longo dos anos durante a formação na faculdade de medicina. A competência profissional, a capacidade de comunicação, a atualização dos conhecimentos científicos e a colaboração com outros profissionais de saúde são os atributos que reúnem uma maior importância na definição, por parte dos estudantes, da atuação de um “bom médico”. Em contrapartida, os aspetos relacionados com a melhoria da qualidade e do acesso aos cuidados de saúde, bem como o relacionamento próximo com os doentes são menos valorizados na prática profissional pelos futuros médicos. Tendo em conta os dois principais modelos de referência do setor da saúde, o modelo tecnicista dominante na medicina e o modelo relacional dominante na enfermagem (Tavares, 2008), podemos concluir que ao nível dos valores e das práticas profissionais os nossos estudantes assumem uma postura mista entre estes dois, existindo, no entanto, uma predominância de concepções técnico-científicas. Deste modo, o percurso académico na faculdade de medicina constitui-se como um momento significativo na (re)elaboração das perceções dos estudantes sobre o que é ser médico. Assim, verifica-se a hipótese teórica *As representações sociais sobre a profissão médica influenciam as representações que os estudantes de medicina têm sobre a sua futura profissão*.

O futuro do exercício da profissão médica é marcado pela incerteza de sustentabilidade do SNS. Atualmente, a principal fonte de financiamento das despesas de saúde públicas são os impostos pagos pelos cidadãos, no entanto, a tendência de crescimento das despesas em saúde é significativamente superior ao ritmo de criação de riqueza por pessoa. Deste modo, João Lobo Antunes (2012) afirma que se caminha inevitavelmente para a insustentabilidade do SNS. A par deste contexto de incerteza, têm sido inúmeras as referências ao subfinanciamento do SNS, repercutindo-se nos testemunhos sobre os baixos salários e a contratação deficitária dos profissionais de saúde, no âmbito do setor público. Este cenário de instabilidade e precarização que atinge também a profissão médica, é reconhecido e salientado pela maior parte dos estudantes de medicina. De acordo com um estudo de Eugénio Rosa (2019), o facto de o SNS não oferecer aos seus profissionais uma carreira e remuneração dignas, leva a que estes trabalhem em simultâneo no setor privado de saúde, como forma de obter um “complemento de remuneração”¹¹, ou então transitem a tempo inteiro para o setor privado de saúde que tem vindo a crescer de modo significativo nos últimos anos. Contudo, verificamos através da nossa amostra, tendo em conta as suas especificidades, que a totalidade dos nossos estudantes exclui um futuro enquanto profissionais exclusivos do setor privado de saúde. Neste sentido, no que diz respeito às expectativas de inserção profissional, a maior parte dos estudantes de medicina antevêem um trabalho em simultâneo no SNS e no setor privado de saúde. Ainda que em Portugal o futuro em medicina não se antevêja como muito promissor, os nossos estudantes não consideram a emigração como um projeto pessoal e profissional possível.

Adotando uma postura crítica e reflexiva, importa reconhecer algumas das dificuldades e possíveis enviesamentos ao longo do nosso processo de investigação. Assim, destacam-se algumas limitações empíricas. Neste sentido, apesar do carácter extensivo deste estudo, assente primordialmente na técnica quantitativa do inquérito por questionário, justificado pela necessidade de atingir um volume significativo de informação, seria importante articular com a técnica qualitativa da entrevista, no sentido de aprofundar alguns pontos tratados pelo inquérito, conferindo uma maior validade e profundidade aos resultados. Outra limitação relevante tem que ver com a dimensão da nossa amostra, que foi significativamente reduzida, dado o tempo relativamente curto de

¹¹ <https://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documentos/2019/23-2019-SNS-40ANOS.pdf>

trabalho de campo. Por fim, salienta-se a importância de uma análise de dados mais complexa com recurso a uma análise multivariável. Contudo, outros condicionamentos do foro mais pessoal como a gestão do tempo, a disponibilidade dos estudantes para colaborarem na nossa investigação e a falta de um mecanismo formal por parte da FMUP no apoio à realização de trabalhos académicos de outras instituições contribuíram em parte para alguns dos constrangimentos já enunciados.

Apesar das limitações do nosso estudo, consideramos ter alcançado os objetivos estabelecidos inicialmente, e por isso, contribuímos para uma melhor compreensão da construção da identidade profissional dos estudantes de medicina, ao longo do processo de socialização na FMUP. No entanto, estabelecemos como fundamental a realização de muitas outras investigações em torno da construção da identidade profissional, quer no âmbito académico, quer no contexto de trabalho, de forma a encontrar uma resposta mais completa. Como tal, importa lançar pistas para futuras investigações em torno desta problemática. Neste estudo concentramo-nos exclusivamente no contexto da faculdade de medicina enquanto instância socializadora responsável pelo desenvolvimento da identidade profissional, assim sendo, seria importante perceber o impacto identitário da entrada dos estudantes no mundo do trabalho. Tendo como base os depoimentos obtidos por entrevista, no âmbito do seu trabalho de investigação, Carapinheiro (1993) constata que as aprendizagens obtidas durante a formação na faculdade de medicina são mais tarde redefinidas nos contextos profissionais. Será que atualmente se verifica essa conflitualidade entre a socialização escolar e a socialização profissional?

Neste momento verifica-se uma nova tendência na composição de género dos estudantes de medicina, verificando-se uma elevada taxa de feminização (em 1991, dos 3362 estudantes matriculados no curso de medicina, 59,2% eram mulheres, em 2018 representavam 67,3% dos 12404 estudantes do curso de medicina)¹², o que pode gerar novas lógicas de socialização profissional que importa serem aprofundadas por futuras investigações. O género influencia a escolha da especialidade médica? Existe uma reprodução de estereótipos de género ao longo da formação médica? De que forma o contexto académico na faculdade de medicina contribui para desigualdades de género?

De facto, a emergência de uma nova medicina, caracterizada pelos significativos avanços científicos e tecnológicos, na qual se verifica uma crescente delegação das

¹² Fonte: Pordata.

competências médicas a novos grupos socioprofissionais da saúde, pondo em causa a própria dominância médica (Tavares, 2007), justifica a atenção por parte das ciências sociais na análise da profissão médica, e a sua integração numa possível nova divisão social do trabalho, com uma população cada vez mais informada. De que forma se alterou a dinâmica das relações profissionais no campo da saúde?

À luz das enormes transformações da medicina, torna-se extremamente importante o diálogo entre sociólogos e as entidades responsáveis pela educação médica e próprios médicos, uma vez que a emergência de uma “Nova Medicina exige um Novo Médico” (Antunes, 2012: 73). Embora o principal objetivo deste estudo se centre na compreensão da construção da identidade profissional dos estudantes de medicina, num contexto específico e particular – a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, torna-se pertinente elaborar algumas recomendações a serem equacionadas no futuro pelos diversos atores envolvidos na educação médica, ainda que cada instituição de ensino possua uma cultura própria.

No estudo clássico de 1957 sobre a educação médica, Merton estabeleceu como a principal função da escola médica transformar o estudante em médico, transmitindo, por um lado, todo o conhecimento e competências médicas e, por outro, permitindo que este adquira uma identidade profissional. Deste modo, a educação médica pretende que o estudante de medicina venha a “pensar, sentir e agir como um médico”. E este tem sido o papel do ensino médico ao longo dos tempos, assegurar que todos os indivíduos que entram na profissão médica são competentes e aderem aos padrões de conduta profissional estipulados.

Segundo Martins e Silva (2013) os modelos de atuação são considerados uma das ferramentas pedagógicas mais importantes no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes de medicina, assim um dos grandes desafios das faculdades de medicina é garantir que os futuros médicos estão expostos a excelentes modelos de atuação, isto é, com qualidades pessoais adequadas, competência profissional e que transmitam desempenhos adequados.

A progressiva introdução da inteligência artificial ao serviço da clínica levanta também alguns problemas éticos. Ainda que se reveja como um meio para facilitar e simplificar o trabalho do profissional no que se refere à utilização dos sistemas de informação no atendimento dos doentes, salienta-se a possível perda do foco humano da

prática médica, pondo em causa a própria relação médico-doente. Deste modo, chama-se a atenção das entidades responsáveis pela educação médica na preparação dos futuros médicos para uma nova medicina, destacando a importância da humanização dos cuidados de saúde e alertando para os perigos do “excesso tecnológico” na relação médico-doente.

Referências bibliográficas

Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho – Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa: Educa.

Almeida, J. F. & Pinto, J. M. (1990). Da teoria à investigação empírica. Problemas metodológicos gerais. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.). (4ª Ed.). *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 55-78). Porto: Edições Afrontamento.

Antunes, J. L. (2012). *A Nova Medicina*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Baernstein, A., Oelschlager, A. M., Amies, E., Chang, T. A. & Wenrich, M. (2009). Learning professionalism: Perspectives of preclinical medical students, *Academic Medicine*, 84 (5), 574-581.

Barr, J., Bull, R. & Rooney, K. (2015). Developing a patient focused professional identity: an exploratory investigation of medical students' encounters with patient partnership in learning, *Advances in Health Sciences Education*, 20, 325-338. DOI: 10.1007/s10459-014-9530-8

Baszanger, I. (1981). Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue française de sociologie*, 22 (2), 223-245.

Baszanger, I. (1983). La construction d'un monde professionnel: entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale. *Sociologie du Travail*, 3, 275-294.

Becker, H., Geer, B., Hughes, E. & Strauss, A. (1961), *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago: The University of Chicago Press.

Bleakley, A. & Bligh, J. (2008). Students learning from patients: let's get real in medical education. *Advances in Health Sciences Education*, 13, 89-107. doi: 0.1007/s10459-006-9028-0

Boruchovitch, E. & Neves, E. R. C. (2004). A motivação de alunos no contexto de progressão continuada. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (1), 77-85.

Branco, M. (2017, Julho 23). Precariedade chega à medicina com ofertas de 800 euros. *Ciência & Saúde*. Retrieved from <https://www.sabado.pt/ciencia---saude/detalhe/precariedade-chega-a-medicina-com-ofertas-de-800-euros>

Bryman, A. & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.

Bryman, A. (2012). *Social research methods*. (4a ed.). New York: Oxford University Press.

Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento.

Cavenagh P, Dewberry C & Jones P (2000). Becoming professional: When and how does it start? A comparative study of first-year medical and law students in the UK. *Medical Education*, 34, 897-902.

Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. London: Sage.

Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L. & Steinert, Y. (2015). A Schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Academic Medicine*, 90 (6), 718-725.

Cruz, M. T. J. O. & Felgueiras, M. L. (2013). Aproximações à cultura académica universitária na perspectiva coimbrã e sergipana (de 1950 à actualidade). *Excedra*, Temático, 30-39.

Darmon, M. (2016). *La socialisation*. (3a ed.). Paris: Armand Colin.

Draper, C. & Louw G. (2007). What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career. *Medical Teacher*, 29 (5), e100-e107. DOI: 10.1080/01421590701481359

Dubar, C. (1991). *A Socialização. A construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.

Dubar, C. (2006). *A crise das identidades. A interpretação de uma mutação*. Porto: Afrontamento.

Dubar, C. (2012). A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. *Cadernos de Pesquisa*, 42 (146), 351-367.

Dubar, C. & Tripier, P. (2015). *Sociologie des professions* (2ª ed.). Paris: Armand Colin.

FOA-RAIDES (2017). *Diplomados pela U.Porto de ciclos de estudos (cursos conferentes de grau) no ano letivo 2016-2017*.

FOA-RAIDES (2018). *Estudantes inscritos na U.Porto em ciclos de estudos (cursos conferentes de grau) no ano letivo 2017/2018*.

Freire, J. (org.) (2004). *Associações Profissionais em Portugal*. Oeiras: Celta.

Giddens, A. (2001). *Modernidade e identidade pessoal* (2ª ed.). Oeiras: Celta.

Goel, S., Angeli, F., Dhirar, N., Singla, N. & Ruwaard, D. (2018). What motivates medical students to select medical studies: a systematic literature review. *BMC Medical Education*, 18 (16), 1-10. DOI: 10.1186/s12909-018-1123-4

Goldie, J. (2012). The formation of professional identity in medical students: considerations for educators. *Medical Teacher*, 34 (9), 641-648. DOI: 10.3109/0142159X.2012.687476

Gonçalves, C. M. (2007). Análise sociológica das profissões – principais eixos de desenvolvimento. *Sociologia – Revista da Faculdade de Letras*, 17, 177-223.

Gouveia, D. (2018). *Os 26 cursos mais procurados na 1ª fase de 2018*. Uniarea. Retrieved from <https://uniarea.com/os-26-cursos-mais-procurados-na-1a-fase-de-2018/>

Hafferty F. W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407.

Hafferty, F. W. & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69 (11), 861-871.

Hall, S. (1998). *A identidade cultural na pós-modernidade*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: DP&A.

Henriques, H. M. G. (2011). *Formação, sociedade e identidade profissional dos enfermeiros: A Escola de Enfermagem de Castelo Branco/Dr. Lopes Dias (1948-1988)*. Tese de Doutorado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade de Coimbra, Portugal.

Hughes, E. C. (1952). The sociological study of work: An editorial forward. *The American Journal of sociology*, 57 (5), 423-426.

Jorge, N. S. (2002). *Lógicas da procura dos cursos de medicina*. Actas do IV Congresso Português de Sociologia. APS, Lisboa.

Jorge, N. S. (2007). *Médicos em projecto - Lógicas de escolha, motivações e estratégias dos estudantes de medicina perante o curso e a profissão*. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. APS, Lisboa.

Lemos, E. R. (2008). *Profissão de enfermeiro. A compreensão sociológica da identidade profissional*. Tese de Mestrado em Sociologia, FLUP, Porto, Portugal.

Lima, J. (2018, Março 16). Número de médicos sem especialidade pode chegar aos quatro mil em 2021. *JPN*. Retrieved from <https://jpn.up.pt/2018/03/16/numero-medicos-sem-especialidade-pode-chegar-aos-quatro-mil-2021/>

Machado, F. L., Costa, A. F., Mauritti, R., Martins, S. C., Casanova, J. L. & Almeida, J. F. (2003a). Classes sociais e estudantes universitários: origens, oportunidades e orientações. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 66, 45-80. Retrieved from <http://rccs.revues.org/1140>

Machado, M. C. S. (2003b). Feminização da medicina. *Análise Social*, XXXVIII (166), 127-137.

Magalhães-Alves, C., Barbosa, J., Ribeiro, L., & Ferreira, M. A. (2017). Licenciados no curso de medicina: motivações, socialização e reconhecimento académico. *Acta Médica Portuguesa*, 30 (4), 285-292. DOI:10.20344/amp.8400

Marques, P. V. (2018, Agosto 4). Emigração de médicos vai subir para níveis do tempo da crise. *Diário de Notícias*. Retrieved from <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/04-ago-2018/interior/emigracao-de-medicos-vai-subir-para-niveis-do-tempo-da-crise-9675145.html>

Martin, S., Arnold, R. & Parker, R. (1988). Gender and medical socialization. *Journal of Health and Social Behavior*, 333-343

Martins e Silva, J. (2002). Anotações sobre a história do ensino da Medicina em Lisboa, desde a criação da Universidade Portuguesa até 1911 – 1ª Parte. *RFML*, Série III, 7 (5), 237-249.

Martins e Silva, J. (2013). Educação Médica e Profissionalismo. *Acta Médica Portuguesa*, 26 (4), 420-427.

Mendes, J. M. O. (2002). O desafio das identidades. In B. S. Santos (Org.). *A globalização e as Ciências Sociais* (2ª Ed) (pp. 503-527). São Paulo: Cortez.

Merton, K., Reader, G. & Kendall, P. (1957). *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: University of Chicago Press.

Nunes, E. D. (2007). Merton e a Sociologia Médica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14 (1), 159-172.

Pereira, A. (2013). Motivação na Aprendizagem e no Ensino. In F. H. Veiga (Coord.). *Psicologia da Educação: Teoria, investigação e aplicação* (pp. 445-493). Lisboa: Climepsi Editores.

Pinho, T. M. M. (2011). *As expetativas e a satisfação dos estudantes do curso de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*. Tese de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Portugal.

Pinto, J. M. (1991). Considerações sobre a produção social de identidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 32, 217-231.

PORDATA (2019). [consultado a 15/09/2019] Retrieved from <https://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+no+ensino+superior+na+%C3%A1+rea+da+Sa%C3%BA+de+total++por+%C3%A1+rea+de+educa%C3%A7%C3%A3o+e+forma%C3%A7%C3%A3o+e+sexo-802>

Portal InfoCursos (2019) [consultado a 18/07/2019] Retrieved from <http://infocursos.mec.pt/>

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5^a Ed.). Lisboa: Gradiva.

Ragin, C. & Moroso, L. (2011). *Constructing Social Research: the unity and diversity of method*. (2a Ed.). United States of America: Sage.

Rego, S. (2005). *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. (2a ed.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Roberts, L. D. (2007). Opportunities and constraints of electronic research. In R. A. Reynolds, R. Woods & J. D. Baker (Eds). *Handbook of research on electronic surveys and measurements* (pp. 19-28). United States of America: Idea Group Reference.

Rodrigues, M. L. (1997). *Sociologia das profissões*. Oeiras: Celta.

Rodrigues, M. L. (2012). *Profissões. Lições e Ensaios*. Coimbra: Almedina.

Rosa, E. (2019). *SNS: Situação e problemas atuais e desafios futuros – 40 após a criação do SNS*. [consultado a 7/09/2019] Retrived from <https://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documentos/2019/23-2019-SNS-40ANOS.pdf>

Santos, B. S. (1993). Modernidade, identidade e a cultura de fronteira. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 38, 11-39.

Santos, C. (2005). A construção social do conceito de identidade profissional. *Interações*, 8, 123-144.

Santos, C. C. (2011). *Profissões e identidades profissionais*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. DOI: <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0237-0>

Serra, M. J. N. (2011). *Aprender a ser enfermeiro – A construção identitária profissional por estudantes de enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal.

Tavares, D. (2007). A influência da formação escolar na produção da identidade profissional dos técnicos de cardiopneumologia. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. APS, Lisboa.

Tavares, D. (2008). Identidade, socialização e processo de profissionalização - contributos de um estudo sobre técnicos de cardiopneumologia. *Sísifio. Revista em Ciências da Educação*, 6, 35-44.

Tavares, D. (2016). *Introdução à sociologia da saúde*. Coimbra: Almedina.

Taveira-Gomes, I., Mota-Cardoso, R. & Figueiredo-Braga, M. (2016). Communication skills in medical students – An exploratory study before and after clerkships. *Porto Biomedical Journal*, 1(5), 173-180. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.002>

Trindade, L. M. D. F. & Vieira, M. J. (2009). Curso de medicina: motivações e expectativas dos estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (4), 542-554.

Underman, K. & Hirshfield, L. E. (2016). Detached concern?: Emotional socialization in twenty-first century. *Social Science & Medicine*, 160, 94-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.027>

Wilson, I., Cowin, L. S., Johnson, M. & Young, H. (2013). Professional identity in medical students: pedagogical challenges to medical education. *Teaching and Learning in Medicine*, 25 (4), 369-373. DOI: 10.1080/10401334.2013.827968

Vagan, A. (2009). Medical students' perceptions of identity in communication skills training: A qualitative study. *Medical Education*, 43, 254-259.

Vala, J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.). *Psicologia social* (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Veziat, N. (2016). *Sociologie des groupes professionnels*. Paris: Armand Colin.

Anexos

Anexo 1 – Guião de Entrevista Exploratória

TEMA	OBJETIVOS	TÓPICOS	TEMAS A DESENVOLVER
Motivações	Identificar as motivações do inquirido para a escolha do curso.	Motivações para a escolha do curso e da profissão médica em particular	O que o motivou a escolher o curso de medicina, e em particular a profissão médica? Quem o influenciou nessa escolha? Tem familiares na medicina? Expetativas em relação ao curso?
Percurso académico na FMUP	Identificar os motivos para a escolha do curso de medicina na FMUP. Entender o papel do contexto académico na construção da identidade profissional. Compreender que tipo de relações se estabelecem intra comunidade académica.	Motivos para a escolha do MMED-FMUP Contexto académico Relações intra comunidade académica	Que fatores influenciaram a escolha do MMED-FMUP? Que dimensões deveriam ser mais aprofundadas ao longo da formação? Qual é a sua opinião sobre a importância da prática clínica durante os anos de formação na faculdade? Como é a relação com os docentes? E com os colegas?
Representações sobre a futura profissão	Compreender as representações dos entrevistados sobre a profissão médica. Perceber a influência do percurso académico nas representações dos entrevistados sobre a profissão médica.	Representações sobre a profissão médica	Para si o que significa ser médico? Que imagem social existe relativamente aos médicos? O que é ser um bom médico? A faculdade de medicina alterou a sua perceção sobre o que é ser médico?
Expetativas	Identificar as expetativas dos entrevistados em relação à futura prática médica.	Expetativas sobre o exercício da profissão médica	Quais são as tuas expetativas em relação à atividade médica e à profissão médica? Que especialidade pretende escolher? Que empregabilidade, quando o curso terminar?

Anexo 2 – Modelo do Inquérito por questionário

Construção da Identidade Profissional dos Estudantes de Medicina

No âmbito da dissertação de mestrado em Sociologia na Faculdade de Letras da Universidade do Porto, o presente inquérito visa analisar a construção da identidade profissional pelos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). O inquérito é anónimo e todos os dados fornecidos serão utilizados para fins académicos. Ao preencher o mesmo está a dar o seu consentimento em como aceita participar neste estudo, permitindo a utilização dos dados que de forma voluntária fornece.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Sílvia Santos

Caraterização sociodemográfica do inquirido

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Relativamente à sua situação académica refira:

3.1. Em que ano letivo ingressou no Mestrado Integrado em Medicina na FMUP?

3.2. Ano curricular em que se encontra: _____

3.3. A Medicina foi a primeira opção na candidatura ao ensino superior?

Sim Não

Se não, qual: _____

3.4. A FMUP foi a primeira opção no que se refere às faculdades de medicina?

Sim Não

Se não, qual: _____

3.5. Local de residência atual (Indique freguesia e concelho, ex: Paranhos, Porto):

3.6.Local de residência anterior à ingressão na FMUP (Indique freguesia e concelho, ex: Paranhos, Porto): _____

4. Dados sobre o seu agregado familiar

4.1. Habilitações dos pais:

	Pai	Mãe
Não sabe ler nem escrever		
Sabe ler e escrever sem grau de ensino		
Ensino Básico – 1º Ciclo (ensino primário ou 4ª classe)		
Ensino Básico – 2º Ciclo (ensino preparatório/equivalente)		
Ensino Básico – 3º Ciclo (9º ano/equivalente)		
Ensino Secundário (12º ano/equivalente)		
Bacharelato		
Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		

4.2.Condição perante o trabalho (responder mesmo que algum dos indivíduos já tenha falecido, tendo por base a última condição exercida):

	Pai	Mãe
Empregado a tempo inteiro		
Empregado a tempo parcial		
Ocupa-se exclusivamente das tarefas do lar		
Desempregado		
Reformado		
Incapacitado perante o trabalho		
Outra situação. Qual? _____		

4.3. Profissão dos pais:

	Pai	Mãe
Profissões das forças armadas		
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas		
Técnicos e profissões de nível intermédio		
Pessoal administrativo		
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores		
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta		
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies		
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem		
Trabalhadores não qualificados		

4.4. Situação profissional dos pais (responder mesmo que algum dos indivíduos já tenha falecido, tendo por base a última situação exercida):

	Pai	Mãe
Trabalhador por conta própria com trabalhadores		
Trabalhador por conta própria sem trabalhadores		
Trabalhador por conta de outrem		
Trabalhador independente (recibo verde)		
Trabalhador em empresa familiar renumerado		
Trabalhador em empresa familiar não renumerado		
Outra situação. Qual? _____		

4.5. Tem familiares que já exerceram ou estão a exercer medicina?

Sim Não

4.5.1. Quem?

Pai

Mãe

Irmão/ã

Avô/Avó

Outro. Quem? _____

Motivações para o curso de Medicina

5. O que o motivou a escolher o curso de medicina? (Assinale em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações.)

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Vocação para a medicina.					
Ajudar o outro.					
Baixos níveis de desemprego da profissão.					
Garantia de estabilidade financeira.					
Profissão de prestígio social.					
Profissão pessoalmente desafiante.					
Nível elevado de conhecimento científico.					
Influência da família.					
Reconhecimento social do conhecimento e da prática médica.					
Influência dos filmes e séries em torno da medicina.					
Percurso académico.					

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)

6. Quais os fatores que influenciaram a sua escolha do curso de medicina da FMUP? (Pode selecionar mais do que uma resposta.)

- Localização _____
- Nota de admissão _____
- Prestígio/Reputação da instituição _____
- Programa Curricular _____
- Método de ensino-aprendizagem _____
- Método de avaliação _____
- Ambiente académico (praxes; festas; atividades; ...) _____
- Faculdade instalada no Hospital de São João _____
- Outra: _____

7. Em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações tendo em conta o seu percurso académico no curso de medicina da FMUP.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
O curso é extremamente teórico.					
As avaliações de conhecimentos deviam ser mais aplicadas à realidade clínica.					
A FMUP prepara bem os estudantes para a nova prova nacional.					
O programa curricular promove, essencialmente, o ensino-aprendizagem de conteúdos cognitivos.					
Aspetos como a empatia com o outro, a compaixão e a integridade não são possíveis de se aprender durante a formação médica.					
O início da prática clínica no 4º ano é tardio.					
No geral, verifica-se uma deficiente preparação pedagógica dos médicos com responsabilidades docentes.					
O contacto com os pacientes e a prática clínica são insuficientes.					

8. Em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações relativamente às relações dentro da comunidade académica.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
A relação professor-aluno é de proximidade e cooperação.					
O ambiente entre estudantes é de entreajuda.					
Existe uma hierarquia entre os estudantes dos anos clínicos e os dos anos básicos.					
A praxe académica representa um meio de integração.					
A bata branca é um símbolo de respeito e poder.					

Alguns professores não são bons exemplos, em termos humanos, para os futuros médicos.					
---	--	--	--	--	--

9. Refira em que medida a formação médica na FMUP tem contribuído para a aquisição dos seguintes aspetos.

	Nada eficaz	Pouco eficaz	Muito eficaz	Extremamente eficaz
Conhecimentos científicos				
Competências práticas				
Raciocínio clínico				
Capacidade de comunicação				
Capacidade crítica e reflexiva				
Resolução de problemas éticos da prática clínica				
Competências para a relação médico-doente				
Capacidade de trabalho em equipa				
Valores profissionais				

10. Para cada um dos aspetos refira o grau de importância na construção da identidade profissional enquanto futuros/as médicos/as.

	Sem importância	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante
Partilha de experiências entre professor e aluno					
Domínio dos conhecimentos médicos					
Contato com a prática médica					
Cerimónia da Bata Branca					
Integração de uma equipa médica					
Contato regular com os doentes					

Partilha de experiências com outros estudantes de medicina					
--	--	--	--	--	--

Representações da profissão

11. Indique o grau de importância de cada um dos seguintes atributos para definir a atuação de um “bom médico”.

	Sem importância	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extramente importante
Competência profissional					
Capacidade de comunicação					
Atualização dos conhecimentos científicos					
Relacionamento próximo com os doentes					
Colaboração na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde					
Empenhamento na melhoria do acesso aos cuidados de saúde					
Colaboração com outros profissionais de saúde					

12. O percurso académico na FMUP alterou a sua perceção sobre o que é ser médico?

Sim Não

13. Em algum momento pensou desistir do seu curso?

Sim Não

14. Se escolhesse agora o seu futuro profissional, voltaria a escolher Medicina?

Sim Não

15. A medicina representa atualmente uma profissão de prestígio?

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

Perspetivas sobre o futuro

16. Quais são as suas expectativas face ao exercício da profissão de médico?

	Sim	Não
Encontrar emprego imediatamente após a conclusão do curso		
Trabalhar unicamente no SNS, mas progredir na carreira profissional.		
Trabalhar unicamente no SNS, mas progredir na carreira profissional.		
Trabalhar unicamente no setor privado de saúde.		
Trabalhar em simultâneo no SNS e no setor privado de saúde.		
Trabalhar como médico indiferenciado.		
Emigrar.		

17. Em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações tendo em conta a empregabilidade da profissão.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
A medicina é uma profissão com emprego garantido.					
A profissão médica está sujeita à precariedade laboral.					
As condições de trabalho do setor privado de saúde são mais justas comparativamente ao SNS.					

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 3 - Eficácia da formação médica no desenvolvimento de competências profissionais segundo o ano curricular a frequentar pelos estudantes (%)

		Ano curricular		
		3º ano	4º ano	6º ano
Conhecimentos científicos	Nada eficaz	-		-
	Pouco eficaz	4,8	5,9	-
	Muito eficaz	52,4	55,9	59,4
	Extremamente eficaz	42,9	38,2	40,6
Total		100,0	100,0	100,0
Competências práticas	Nada eficaz	4,8	5,9	-
	Pouco eficaz	33,3	47,1	46,9
	Muito eficaz	57,1	35,3	53,1
	Extremamente eficaz	4,8	11,8	-
Total		100,0	100,0	100,0
Raciocínio clínico	Nada eficaz	4,8	-	-
	Pouco eficaz	28,6	23,5	53,1
	Muito eficaz	61,9	58,8	46,9
	Extremamente eficaz	4,8	17,6	-
Total		100,0	100,0	100,0
Capacidade de comunicação	Nada eficaz	4,8	2,9	3,1
	Pouco eficaz	33,3	20,6	34,4
	Muito eficaz	42,9	50,0	56,3
	Extremamente eficaz	19,0	26,5	6,3
Total		100,0	100,0	100,0
Capacidade crítica e reflexiva	Nada eficaz	4,8	8,8	-
	Pouco eficaz	19,0	35,3	40,6
	Muito eficaz	71,4	47,1	50,0
	Extremamente eficaz	4,8	8,8	9,4
Total		100,0	100,0	100,0
Resolução de problemas éticos da prática clínica	Nada eficaz	14,3	8,8	3,1
	Pouco eficaz	42,9	38,2	71,9
	Muito eficaz	42,9	41,2	25,0
	Extremamente eficaz	-	11,8	-
Total		100,0	100,0	100,0
Competências para a relação médico-doente	Nada eficaz	-	2,9	-
	Pouco eficaz	28,6	8,8	25,0
	Muito eficaz	57,1	67,6	59,4
	Extremamente eficaz	14,3	20,6	15,6
Total		100,0	100,0	100,0
Capacidade de trabalho em equipa	Nada eficaz	-	8,8	-
	Pouco eficaz	38,1	26,5	12,5
	Muito eficaz	52,4	44,1	65,6
	Extremamente eficaz	9,5	20,6	21,9
Total		100,0	100,0	100,0
Valores profissionais	Nada eficaz	-	2,9	-
	Pouco eficaz	28,6	14,7	15,6
	Muito eficaz	52,4	50,0	68,8
	Extremamente eficaz	19,0	32,4	15,6
Total		100,0	100,0	100,0

Anexo 4 – Grau de importância dos momentos do percurso académico para a construção da identidade profissional segundo o género e o ano curricular (%)

		Género		Ano curricular		
		Feminino	Masculino	3ºano	4ºano	6ºano
Partilha de experiências entre professor e aluno	Pouco importante	-	2,9	-	2,9	-
	Importante	23,1	17,1	38,1	17,6	12,5
	Muito importante	42,3	37,1	23,8	38,2	53,1
	Extremamente importante	34,6	42,9	38,1	41,2	34,4
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Domínio dos conhecimentos médicos	Importante	21,2	11,4	19,0	8,8	25,0
	Muito importante	34,6	37,1	38,1	32,4	37,5
	Extremamente importante	44,2	51,4	42,9	58,8	37,5
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Contacto com a prática médica	Importante	7,7	5,7	4,8	2,9	12,5
	Muito importante	21,2	25,7	28,6	14,7	28,1
	Extremamente importante	71,2	68,6	66,7	82,4	59,4
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cerimónia da Bata Branca	Sem importância	19,2	37,1	14,3	23,5	37,5
	Pouco importante	36,5	45,7	38,1	41,2	40,6
	Importante	28,8	14,3	42,9	17,6	15,6
	Muito importante	7,7	2,9	-	14,7	-
	Extremamente importante	7,7	-	4,8	2,9	6,3
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Integração de uma equipa médica	Importante	9,6	17,1	19,0	11,8	9,4
	Muito importante	32,7	34,3	38,1	32,4	31,3
	Extremamente importante	57,7	48,6	42,9	55,9	59,4
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Contacto regular com os doentes	Importante	5,8	11,4	9,5	8,8	6,3
	Muito importante	19,2	25,7	23,8	14,7	28,1
	Extremamente importante	75,0	62,9	66,7	76,5	65,6
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Partilha de experiência com outros estudantes de medicina	Sem importância	-	2,9	-	2,9	-
	Pouco importante	-	-	-	-	-
	Importante	23,1	34,3	19,0	35,3	25,0
	Muito importante	28,8	22,9	23,8	26,5	28,1
	Extremamente importante	48,1	40,0	57,1	35,3	46,9
Total		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Anexo 5 – Correlação entre o grau de importância dos momentos do percurso académico para a construção da identidade profissional com o género e o ano curricular

		Género	Ano curricular
Partilha de experiências entre professor e aluno	Coeficiente de correlação	0,070	0,080
	Significância	0,519	0,460
	N	87	87
Domínio dos conhecimentos médicos	Coeficiente de correlação	0,103	-0,094
	Significância	0,345	0,389
	N	87	87
Contacto com a prática médica	Coeficiente de correlação	-0,019	-0,114
	Significância	0,860	0,291
	N	87	87
Cerimónia da Bata Branca	Coeficiente de correlação	-0,299**	-0,227*
	Significância	0,005	0,035
	N	87	87
Integração de uma equipa médica	Coeficiente de correlação	-0,108	0,131
	Significância	0,318	0,227
	N	87	87
Contacto regular com os doentes	Coeficiente de correlação	-0,136	-0,018
	Significância	0,209	0,869
	N	87	87
Partilha de experiência com outros estudantes de medicina	Coeficiente de correlação	-0,129	-0,039
	Significância	0,234	0,722
	N	87	87

** Spearman's Rho – significância a 0,01

*Spearman's Rho – significância a 0,05

Anexo 6 – Grau de importância dos atributos para a definição da atuação de um “bom-médico” segundo o género (%)

		Género	
		Feminino	Masculino
Competência profissional	Importante	1,9	5,7
	Muito importante	23,1	31,4
	Extremamente importante	75,0	62,9
	Total	100,0	100,0
Capacidade de comunicação	Importante	3,8	8,6
	Muito importante	17,3	40,0
	Extremamente importante	78,8	51,4
	Total	100,0	100,0
Atualização dos conhecimentos científicos	Importante	5,8	2,9
	Muito importante	28,8	37,1
	Extremamente importante	65,4	60,0
	Total	100,0	100,0
Relacionamento próximo com os doentes	Pouco importante	-	8,6
	Importante	9,6	20,0
	Muito importante	38,5	31,4
	Extremamente importante	51,9	40,0
	Total	100,0	100,0
Colaboração da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde	Importante	15,4	20,0
	Muito importante	36,5	45,7
	Extremamente importante	48,1	34,3
	Total	100,0	100,0
Empenho na melhoria do acesso aos cuidados de saúde	Pouco importante	-	5,7
	Importante	17,3	34,3
	Muito importante	34,6	22,9
	Extremamente importante	48,1	37,1
	Total	100,0	100,0
Colaboração com outros profissionais de saúde	Importante	13,5	8,6
	Muito importante	19,2	28,6
	Extremamente importante	67,3	62,9
	Total	100,0	100,0

Anexo 7 – Correlação entre a Importância dos atributos para a atuação de um “bom-médico” com o Género

		Género
Competência profissional	Coeficiente de correlação	-0,137
	Significância	0,206
	N	87
Capacidade de comunicação	Coeficiente de correlação	-0,284*
	Significância	0,008
	N	87
Atualização dos conhecimentos científicos	Coeficiente de correlação	-0,041
	Significância	0,707
	N	87
Relacionamento próximo com os doentes	Coeficiente de correlação	-0,191
	Significância	0,076
	N	87
Colaboração na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde	Coeficiente de correlação	-0,129
	Significância	0,232
	N	87
Empenhamento na melhoria do acesso aos cuidados de saúde	Coeficiente de correlação	-0,198
	Significância	0,066
	N	87
Colaboração com outros profissionais de saúde	Coeficiente de correlação	-0,023
	Significância	0,834
	N	87

*Spearman's Rho – significância a 0,05