

**OS ESTUDANTES DE MEDICINA: EXPECTATIVAS NA
ESCOLHA DA ESPECIALIDADE**

Ana Sofia Mendes

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Gestão de Recursos Humanos

Orientador(a):

Prof. Doutor Henrique Duarte, Prof. Auxiliar, ISCTE-IUL, Departamento de Ciências de
Gestão

Setembro 2010

“A vida é breve, a arte longa, a ocasião fugaz, vacilante a experiência e o juízo difícil.”

Hipócrates

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada. A todos eles deixo aqui o meu sincero agradecimento.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos meus pais Rogério e Ilda Mendes, pois sem o apoio deles nunca conseguiria frequentar o Mestrado em Gestão de Recursos Humanos.

Em segundo lugar, ao meu orientador, Professor Doutor Henrique Duarte, pela forma como orientou o meu trabalho e por ter sempre acreditado em mim e nas minhas capacidades de concretização desta investigação. Agradeço-lhe imenso pelas palavras encorajadoras, por vezes em momentos de frustração, pela sua paciência e disponibilidade demonstrada.

Deixo também uma palavra de agradecimento e apreço às minhas colegas de grupo que me acompanharam no Mestrado, pelo facto de me terem recebido de forma tão calorosa e com tanto companheirismo.

Ao Hugo Dias, por me ter acompanhado e incentivado na minha caminhada pessoal e académica nos últimos cinco anos e pela sua preciosa ajuda na concretização do questionário *on-line*.

Finalmente, gostaria de deixar um agradecimento muito especial à minha colega de infância, Ana Filipa Correia, estudante de Medicina, pois sem ela este trabalho teria sem dúvida sido mais difícil. A sua ajuda foi fulcral para a minha investigação, pois sempre com a sua simpatia e prontidão em cooperar tornou sem dúvida esta pesquisa mais interessante pela sua contribuição.

ÍNDICE

RESUMO	5
ABSTRACT	6
SUMÁRIO EXECUTIVO	7
1. INTRODUÇÃO	10
2. CARREIRA	12
2.1. CONCEITO DE CARREIRA	12
2.2. PLANEAMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CARREIRA	15
2.3. EXPECTATIVAS DA CARREIRA MÉDICA.....	16
2.3.1. <i>Factores de Influência</i>	22
2.4. PERCURSO ACADÉMICO DO ESTUDANTE DE MEDICINA.....	27
2.5. CARREIRA MÉDICA EM PORTUGAL	29
3. ESCOLHA DA CARREIRA DE MEDICINA	33
3.1. MOTIVAÇÃO	33
3.2. AUTO-EFICÁCIA	35
4. MODELO DE ANÁLISE	38
4.1. AMOSTRA	38
4.2. VARIÁVEIS.....	39
4.2.1. <i>Escolha da Especialidade</i>	39
4.2.2. <i>Expectativas da Carreira Médica</i>	40
4.2.3. <i>Força da motivação</i>	41
4.2.4. <i>Auto-eficácia escolar</i>	41
4.3. ANÁLISE DE DADOS.....	42
4.4. RESULTADOS	43
5. DISCUSSÃO	48
6. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	53
7. BIBLIOGRAFIA	63

RESUMO

Este estudo explora a análise das expectativas que podem influenciar os estudantes de Medicina na importante decisão da escolha da especialidade, registando as diferenças ao nível do momento inicial e final da graduação (dois ciclos de estudo), bem como ao nível do género face a especialidades específicas e respectivas expectativas futuras das mesmas. Para proceder à recolha de dados foi aplicado um questionário que resultou na composição de uma amostra de 285 estudantes inscritos em seis instituições do ensino superior público de Medicina.

Os resultados da presente investigação mostram que, embora o género masculino continue a prevalecer na preferência pela escolha de especialidades cirúrgicas como carreira, o género feminino tende cada vez mais a interessar-se pela Cirurgia, ainda que continue a eleger as especialidades de Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia e a revelar uma maior orientação biossocial em contraste com o género masculino durante o percurso académico. O estudo conclui também que a escolha da especialidade generalista de Medicina Geral e Familiar está associada a expectativas sociais, mais concretamente ao nível de orientação biossocial em detrimento das especialidades cirúrgicas, em que a componente social não é tão valorizada. Quanto aos resultados da investigação face aos diferentes momentos da graduação analisados, os estudantes de Medicina pertencentes ao segundo ciclo de estudos mostraram valorizar mais as expectativas instrumentais como factor preponderante e motivador para a decisão sobre a escolha da especialidade em relação aos colegas do primeiro ciclo de estudos.

Palavras-chave: Expectativas; Especialidade; Carreira Médica; Escolha

ABSTRACT

This study explores the analysis of the expectations that may influence medical students in the important decision of choosing a specialty, noting the differences at the beginning and at the end of the course (two cycles of studies), as well as the differences of gender in specific specialties and their expectations for the future. To collect the data a questionnaire was used that with a sample of 285 medical students from six institutions of public higher education.

The results of this investigation show that although male continue to prevail in their preference for surgical specialties for a career, females show an increasing interest in surgery. Despite this increasing interest females still continue to select the specialties of Pediatrics and Gynecology Obstetrics and reveal a larger biosocial orientation in contrast to the male during the academic path. The study also concludes that the choice of specialty of general practice is associated with social expectations, in particular the level of biosocial orientation as opposed to surgical specialties, where the social component is not as valued. As for the results of research of the different moments of graduation analyzed, medical students in the second cycle showed that instrumental expectations are a greater key factor and motivator for the decision on the choice of specialty, in relation to the students in the first cycle of studies.

Keywords: Expectations; Specialty; Medical Career; Choose

SUMÁRIO EXECUTIVO

Ter conhecimento do que os estudantes pensam do seu futuro profissional na Medicina durante a sua graduação pode contribuir para o conhecimento das expectativas profissionais dos alunos. Isto é, a realidade de futuros médicos e as respectivas concepções do que percebem e esperam das suas carreiras, pode ter efeitos, na forma como os alunos apreendem a sua formação académica, bem como nas opiniões dos mesmos, no que se relaciona com as características requeridas para o papel de médico, como a personalidade, competências e aptidões.

A temática da decisão na carreira dos estudantes de Medicina refere quais as duas grandes dificuldades, com que estes estudantes se deparam, nomeadamente, a decisão que envolve a escolha geral de se tornarem médicos, e em seguida, já quando ingressaram na graduação médica, a decisão na escolha de que tipo de Medicina praticar (Elam, 1994). A escolha de uma especialidade caracteriza-se por um processo dinâmico onde os estudantes tentam ajustar de forma otimizada os seus valores; as suas necessidades; capacidades; as expectativas e necessidades dos outros e por fim as características das opções de carreira que acreditam adaptar-se a si próprios (Murdoch et al, 2001).

Nesta perspectiva é realizado um estudo que tem como objecto os estudantes de Medicina, tendo como finalidade avaliar no momento da graduação em que se encontram, o tipo de expectativas face à carreira médica. De forma mais específica pretende-se demonstrar a interferência de determinados factores comportamentais no processo de desenvolvimento da carreira ao mesmo tempo registando diferenças ao nível do sexo e momento de graduação académica face a especialidades médicas específicas e respectivas expectativas face às mesmas. Por último, pretende-se ter conhecimento de que forma a força motivacional dos estudantes no que se relaciona com o ingresso no Mundo da Medicina terá alguma implicação na respectiva auto-eficácia académica dos alunos.

De acordo com um dos nossos resultados, os estudantes de Medicina do género masculino mostraram a sua evidência em termos de preferência apenas pela especialidade de Cirurgia Geral face ao género feminino, uma vez que no que se relaciona com as Cirurgias Especializadas a diferença entre género não obteve diferenças peremptórias. Com efeito, este resultado, com o que tem sido exposto na

literatura (Machado, 2003), de certo modo, corrobora uma tendência ainda masculina para as especialidades cirúrgicas (Baker, 1996; Janbu, 2000; Jonasson, 2002, in Machado, 2003). Outra hipótese que avaliámos permitiu ainda verificar que o género feminino, de facto continua a revelar preferência pelas especialidades de Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia face ao género masculino.

Actualmente, a noção de que existe diferenças de género ao nível das capacidades para determinadas especialidades está inevitavelmente a modificar-se, pois cada vez mais o êxito é visto com algo independente do género, mas sim resultado de um continuado e eficaz desempenho (Baker, 1998, in Machado, 2003). Portanto, com todos os factores de impedimento a serem progressivamente ultrapassados, a escolha de Cirurgia, ou qualquer outra especialidade dependerá única e exclusivamente dos interesses pessoais.

Segundo o estudo em análise foi também possível confirmar que a escolha da especialidade generalista de Medicina Geral e Familiar está associada a expectativas sociais, mais concretamente ao nível da orientação biossocial em detrimento das especialidades cirúrgicas, em que não é valorizada a componente social. Mais precisamente, os alunos revelaram avaliar a especialidade de Medicina Geral e Familiar com características próprias, valorizando factores importantes e inerentes a este ramo médico, tais como, o tratamento e acompanhamento do paciente durante a sua vida, bem como do respectivo agregado familiar. Outra das conclusões do presente estudo diz respeito ao facto de serem os estudantes de Medicina (analisados em dois diferentes momentos de graduação) pertencentes aos últimos anos do curso de Medicina (4º, 5º e 6º ano curriculares) que apresentam ser mais instrumentais, ou seja, que tendem a dar uma maior importância a questões relacionadas com o estilo de vida que a especialidade pode proporcionar. Isto leva-nos a supor que as expectativas instrumentais tornem-se um factor mais valorizado com o avanço da formação médica por parte dos alunos, nomeadamente por questões como o número de horas de trabalho semanal; tempo disponível para outros interesses (actividades de lazer/interesses) ou número de chamadas nocturnas, pois os estudantes do segundo ciclo de estudos já contactam directamente com o ambiente hospitalar.

Os nossos resultados corroboraram ainda estudos anteriores (McManus et al., 2006) de que as mulheres revelam uma maior orientação biossocial em contraste com os homens durante o percurso académico. De facto confirma-se que as estudantes do género feminino valorizam e esperam da escolha da especialidade um foco no princípio

da importância do desenvolvimento de relacionamentos de longo prazo com os pacientes, bem como no acompanhamento dos mesmos nas suas vidas e da respectiva família, ao mesmo tempo tendo em atenção as necessidades sociais e psicológicas dos pacientes.

A nossa última análise permitiu também revelar que a força das crenças motivacionais dos estudantes, nomeadamente o factor sacrifício pessoal realizado ao nível da vida familiar e social produz um impacto directo na satisfação com o estudo, isto é, na auto-eficácia académica. Acreditamos que tal facto possa ser resultado da força da motivação que leva o aluno a fazer sacrifícios pessoais na sua vida, dedicando a mesma à futura profissão, e reconhecendo que esse mesmo sacrifício valerá totalmente a pena pela Medicina.

O estudo chama também à atenção para a necessidade de um papel mais interventivo, por parte das escolas de graduação médica no conhecimento das respectivas aspirações de carreira e escolhas; no aconselhamento aos estudantes e na avaliação das percepções dos estudantes de Medicina face à escolha da especialidade, durante os diferentes ciclos de estudo, através da monitorização de uma escala de atitude, que permitiria investigar a evolução das mudanças de opinião dos estudantes, assim como ao nível de indicadores do próprio impacto curricular e experiências académicas.

Por fim, importa referir que este estudo dá uma contribuição para o conhecimento do que alguns futuros médicos Portugueses esperam da sua carreira na Medicina, dando uma perspectiva de um longo processo decisório que é a escolha da especialidade, em que envolve alternativas de confirmação, eliminação ou mesmo inserção de uma especialidade de preferência, sendo que este processo respeita a uma incorporação de compatibilidade pessoal com respeito a domínios, atributos, diferentes actividades e desafios mediante as opções de carreira dos respectivos futuros profissionais de saúde.

1. INTRODUÇÃO

Ao perguntarmos a um estudante de Medicina, o porquê do seu objectivo em ser médico, pode parecer uma pergunta *cliché*, mas continua a ser bastante utilizada e geralmente, a resposta é dada na mesma ordem, ou seja, as respostas comuns prendem-se com o fundamento do “gosto em ajudar pessoas” (McManus et al., 2006). Contudo, como qualquer outro facto, que pode ser impulsionado por diversos motivos, por de trás deste objectivo humanitário, podem estar outros propósitos, uma vez que o comportamento humano é caracterizado pela sobredeterminação (Freud & Breuer, 1991 in McManus et al., 2006). Isto é, de facto a Medicina tem o máximo pressuposto de ajudar pessoas, todavia, o estudante ao candidatar-se também está ele próprio a ajudar-se a garantir o seu futuro, em termos de poder; prestígio; realização pessoal; sucesso; estatuto; financeiramente, ou outras expectativas. Será muito provável que se questionar a um estudante, o mesmo admita que pelo menos alguns destes factores foram preponderantes e influenciadores quando ingressou na carreira médica (McManus et al., 2006).

Ter conhecimento do que os estudantes pensam do seu futuro profissional na Medicina durante a sua graduação pode contribuir para o conhecimento das expectativas profissionais dos alunos. Isto é, a realidade de futuros médicos e as respectivas concepções do que percebem e esperam das suas carreiras, pode ter efeitos, na forma como os alunos apreendem a sua formação académica, bem como nas opiniões dos mesmos, no que se relaciona com as características requeridas para o papel de médico, como a personalidade, competências e aptidões.

Nesta perspectiva é realizado um estudo que tem como objecto os estudantes de Medicina, tendo como finalidade avaliar no momento da graduação em que se encontram, o tipo de expectativas face à carreira médica. De forma mais específica pretende-se demonstrar a interferência de determinados factores comportamentais no processo de desenvolvimento da carreira ao mesmo tempo registando diferenças ao nível do sexo e momento de graduação académica face a especialidades médicas específicas e respectivas expectativas face às mesmas. Por último, pretende-se ter conhecimento de que forma a força motivacional dos estudantes no que se relaciona com o ingresso no Mundo da Medicina terá alguma implicação na respectiva auto-eficácia académica dos alunos.

Depois da decisão de ingressar em Medicina, o aluno tem uma decisão bastante importante a tomar, nomeadamente por que especialidade médica deve ingressar depois de terminar a sua graduação. Esta decisão pode realizar-se em diversos momentos durante a graduação, ou seja, poderá ser no início, durante ou mesmo apenas na finalização da graduação.

Subsistem diversas realidades de pensamento, isto é, embora em alguns casos os alunos comecem a sua graduação com uma ideia pré-definida de qual a área de prática da Medicina que pretendem, contudo, a maioria dos estudantes sofre diversas alterações durante a carreira académica derivado da prática médica com que vão detendo contacto.

Portanto, o planeamento da carreira pode, assim, tornar-se numa componente fulcral para o processo de desenvolvimento do estudante de Medicina, uma vez que o processo de exploração e de tomada de decisão pode ser complexo, para o aluno.

De facto, as expectativas que influenciam as decisões dos estudantes de Medicina, no que se relaciona com as suas carreiras podem envolver questões do tipo de personalidade; factores pessoais; interesses vocacionais; rendimentos; valores; questões de estilo de vida, entre outros. Isto é, a decisão da carreira pode variar conforme os diferentes interesses e respectiva capacidade, de cada estudante, durante os vários anos de graduação, ao contactar com diferentes campos da Medicina.

2. CARREIRA

2.1. Conceito de carreira

O conceito de percorrer uma carreira, em termos históricos é relativamente recente, mais concretamente, com 100 anos, sendo que pode assumir diversos significados na literatura, isto é, não existe um consenso na definição do mesmo. Arthur e colegas (Arthur et al., 1989, in Baruch, 2004) afirmam mesmo que a definição do conceito de carreira não pertence a nenhuma de oito pontos de vista teóricos (antropologia, economia, ciências políticas, história, geografia, psicologia, psicologia social ou sociologia).

De facto, não existe uma única interpretação e definição para o conceito de carreira, contudo este ficou mais alargado desde que lhe foram incluídos o conceito de tempo e vida, abarcando assim actividades pré-profissionais e pós-profissionais, bem como outros papéis da vida social e respectivos contextos (Patton & McMahon, 2006). Este alargamento reflectiu-se na definição de carreira, tal como a desenvolvida pela *National Career Development Association*, em que é visualizada como “(...) *Time extended working out of a purposeful life pattern through work undertaken by the person*”. Esta definição é uma das mais utilizadas na temática das carreiras, dado conter ideias importantes, com repercussões práticas, para o planeamento das mesmas (Reardon, 2006). Outra definição será a proposta por Super (1976, in Patton & McMahon, 2006) de que a carreira é como uma sequência das principais posições ocupadas pelo indivíduo em toda a sua vida ao nível pré-profissional, profissional e pós-profissional, incluindo e correspondendo assim a funções relacionadas com o trabalho, como a de estudante; funcionário e pensionista, em conjunto com papéis complementares, como vocacionais, familiares e civis. Ainda enfatizando a centralidade dos factores do trabalho e tempo temos a definição bastante concisa de que a carreira é “a sequência de experiências profissionais que o indivíduo tem ao longo da sua vida” (Arthur, Hall & Lawrence, 1989, in Patton & McMahon, 2006). Na perspectiva de Duane Brown a definição de Sears (1982, in Brown, 2007) traduz-se como bastante completa, baseando-se na ideia de que uma carreira é um conjunto de ocupações ou profissões, que podem ser pagas ou não, em que um indivíduo apreende durante a sua vida.

Numa perspectiva holística de estilo de vida, a enunciação de carreira prende-se na ideia de que todos os papéis (trabalho, família, comunidade, lazer) que o indivíduo

adopta na sua vida estão inter-relacionados (Super, 1976; Herr & Cramer's, 1990, in Brown, 2007). Contudo, esta última ideia não é geralmente aceite, como tal revelam-se algumas teorias contrastantes, como é o exemplo do autor McDaniels (1989, in Brown, 2007), o qual restringe os papéis da carreira do indivíduo, a apenas dois, mas como inseparáveis, nomeadamente o trabalho e o lazer, em que este último pode proporcionar oportunidades de desenvolvimento de competências e da respectiva carreira, através de cinco dimensões do lazer, designadamente a criatividade, a física, intelectual, social, voluntariado, ou uma combinação dos mesmos.

Embora existam algumas diferenças entre as várias definições existentes na literatura, em geral, a carreira é visualizada como um processo dinâmico e evolutivo pelo qual o indivíduo se desenvolve tanto a nível profissional, como a nível pessoal, estabelecendo os seus objectivos e metas individuais, ou seja, as aspirações para a sua carreira. No final dos anos 60 realizaram-se diversos estudos que comprovaram o facto das aspirações de carreira poderem prever as aspirações para o futuro e respectivos interesses e escolhas (Cooley, 1967; Holland & Lutz, 1967; Holland & Whitney, 1968, in Brown & Lent, 2005). Na verdade, as aspirações de carreira pode ser uma variável fulcral para a compreensão do conceito e comportamentos que o próprio indivíduo detém face à sua carreira; as suas percepções das oportunidades disponíveis, bem como ao nível da realização de futuras escolhas educativas (Brown & Lent, 2005).

Actualmente, a maioria dos investigadores concorda que as aspirações educacionais e profissionais dos jovens são dois preditores bastante úteis de eventuais escolhas futuras na idade adulta (Mau & Bikos, 2000, in Brown & Lent, 2005). As aspirações de carreira podem prever o que um indivíduo pretende para a sua carreira, contudo não determina a sua eventual realização (Gottfredson & Becker, 1981, in Brown & Lent, 2005), ou seja, as aspirações iniciais podem prever aspirações futuras, e eventualmente as escolhas profissionais, mas tratam-se apenas de possíveis reflexos que o indivíduo detém até ao momento, de possíveis percepções ou experiências passadas.

Portanto, as aspirações transmitem-nos a atracção ou preferência relativamente a particulares opções de carreira, mas também podem não ser precisas do que realmente o indivíduo espera atingir no futuro. De facto, a literatura permite distinguir entre as aspirações idealizadas e as expectativas realísticas de carreira, pois as primeiras são vistas como metas desejadas para a carreira, mas em circunstância ideais, reflectindo assim o grau de preferência e atractividade por uma particular opção, sendo que as

expectativas realísticas de carreira reflectem a probabilidade percebida pelo indivíduo de realmente ser aceite numa opção, em particular (Brown & Lent, 2005).

Entre 1999 e 2000 foi aplicado um inquérito aos 310 alunos do 3º e 4º ano da Faculdade de Medicina de Lisboa que no que diz respeito a aspirações e objectivos futuros, demonstraram elevados interesses na dedicação à investigação e em trabalhar em organizações humanitárias, contudo a maioria gostaria de exercer actividade médica simultaneamente no sector público e privado (Lopes, Branco e Brandão, 1999 in Machado, 2003).

As aspirações de carreira são caracterizadas por serem de natureza multidimensional, bem como são bastante influenciadas por complexos constructos que os indivíduos detêm da sociedade. Sendo assim, subsistem quatro dimensões, que de certo modo têm repercussões nas aspirações de carreira, nomeadamente: a) as ambições pessoais para a autonomia e recompensa financeira; b) a natureza das tarefas de trabalho envolvidas; c) de que forma o trabalho lida com pessoas; d) a percepção de uma profissão como sendo do sexo masculino ou feminino. Para além dos factores anteriores, existem ainda alguns factores externos cruciais na influência das expectativas profissionais, designadamente a compreensão do grau educativo ou de formação profissional, bem como dos requisitos de nível de entrada (Johnson, 1995 in Brown & Lent, 2005).

Para alguns autores, o género é um elemento bastante poderoso, persistente e com bastante influência sobre as aspirações e desenvolvimento profissional (Gottfredson, L., 1981, 1996; Hall, 1994, in Brown & Lent, 2005). Contudo, tanto os estereótipos do papel do factor género como o seu efeito na escolha profissional estão bastante inseridos na sociedade (Sellers et al., 1999, in Brown & Lent, 2005). Alguns estudos efectuados demonstram uma maior facilidade, por parte das jovens na expressão das aspirações profissionais face aos seus pares do género masculino. Estes últimos por sua vez são mais propensos a aspirar profissões de prestígio moderado, ao invés do género feminino que prefere ocupações profissionais de baixo ou elevado prestígio (Apostal & Bilden, 1991; Betz & Fitzgerald, 1987; Davey & Stoppard, 1993; Dunne et al., 1981; Farris et al., 1985; G. D. Gottfredson & Holland, 1975; Haller & Virkler, 1993; Jenkins, 1989; Rojewski, 1996; Rojewski & Yang, 1997, in Brown & Lent, 2005). Apesar de terem aspirações mais elevadas, as mulheres tendem a restringir bastante cedo o seu conjunto de potenciais ocupações profissionais, assim como têm uma maior propensão, ao longo do tempo, para o ajustamento, embora tendencialmente

decrecente das suas expectativas educativas e ocupacionais (Hanson, 1994; Wahl & Blackhurst, 2000, in Brown & Lent, 2005). De facto, para explicar as diferenças entre o género masculino e feminino têm sido colocadas algumas possibilidades, tal como o facto de as mulheres manterem uma orientação mais flexível no seu papel na família e na carreira, em comparação com os homens (Davey & Stoppard, 1993, in Brown & Lent, 2005). Outro autor afirma mesmo que o auto-conceito e os estereótipos que existem em certas profissões podem contribuir para a explicação das diferenças de género nas expectativas e aspirações profissionais (Gottfredson L., 1996, in Brown & Lent, 2005).

2.2. Planeamento e Desenvolvimento da Carreira

Segundo uma recente investigação que envolveu estudantes de Medicina em iniciação e finalização da graduação, foram revelados alguns problemas por parte destes alunos, ao nível da tomada de decisão durante a carreira e escolhas de formação (Jackson et al., 2003, in Watmough et al., 2009). Sendo assim, o planeamento da carreira pode ser determinante para o processo de desenvolvimento do estudante, sendo muitos os factores apontados como preponderantes para o processo de decisão, nomeadamente “(...) tipos de personalidade, factores pessoais, a influência de professores e mentores, rendimentos e considerações de práticas irregulares, horas de trabalho e questões de estilos de vida. (...)” (Zink et. al. 2007).

Um aluno, para tomar a sua decisão tem de ter noção das suas capacidades, interesses e respectivos valores, de forma a avaliar os pontos fortes e fracos das suas escolhas. De acordo, com a teoria de carreira sócio-cognitiva (SCCT), a qual teve origem na teoria geral sócio-cognitiva, de Bandura (Bandura, 1986, in Rogers, 2009), destaca o facto de que no processo de desenvolvimento da carreira podem constar variáveis, ao nível, pessoal, contextual, e comportamental, que por sua vez se reflectem no desenvolvimento dos interesses do sujeito na sua carreira, assim como, nas suas capacidades, objectivos e por fim, na sua escolha. O autor Rogers e colegas (Rogers, et al., 2009) afirmam que este modelo descrito anteriormente pode ser relacionado, com o caso dos estudantes de Medicina, dando um exemplo de dois alunos, do género feminino e masculino, que ingressam na área, com os mesmos valores e os mesmos objectivos, nomeadamente o de se tornarem cirurgiões e trabalharem num grande hospital. Todavia, durante a formação os seus planos de carreira começam a divergir,

uma vez que começam a aperceber-se melhor das suas respectivas competências e características pessoais.

No caso do estudante de género masculino, este verifica que tem confiança nas suas aptidões manuais, contudo nota um crescente gosto pela relação médico-paciente, como tal, decide ingressar na Medicina Geral e Familiar.

Quanto à estudante do género feminino, começa a aperceber-se, que embora tenha um grande interesse pela Cirurgia, dificilmente no seu futuro conseguirá conciliar a vontade de constituir família com a carreira como cirurgiã e assim decide ingressar na especialidade de anesthesiologia, num hospital local, de maneira a conseguir harmonizar o trabalho, com a vida familiar (Rogers et al., 2009). Este exemplo permite ilustrar as três variáveis básicas que constituem os comportamentos do desenvolvimento da carreira, e portanto do modelo teórico da carreira sócio-cognitiva, particularmente, a auto-eficácia (capacidade de executar acções); expectativas de resultados (consequências esperadas da acção) e objectivos (propósitos em atingir uma determinada actividade).

Cada aluno apresenta diferentes interesses, e consequentemente diferentes formas de considerar as respectivas carreiras. Segundo um estudo já realizado, os estudantes de Medicina, depois de terem acesso a diversos campos tendem a tomar a sua decisão de carreira, no terceiro ou quarto ano da graduação (Kassebaum & Zenas, 1995, in Zink et al., 2007). Contudo, como já foi referido, esta decisão, pode mais tarde vir a ser alterada, isto é, pode suceder que os alunos possam optar por uma escolha errada no início de carreira, conforme o que nos mostra alguns estudos, de que 10% a 25% de médicos decidiram mudar o seu internato da especialidade (Holden & Levi, 1978; Tardiff et al., 1986; Goldacre & Lambert 2000; Jarecky et al., 1991, in Zink et al., 2007).

2.3. Expectativas da Carreira Médica

Tomar uma decisão no que se relaciona com a carreira pode ser uma tarefa importante, mas também difícil para os jovens (Gottfredson, 1981). Na fase da escolaridade primária, as crianças tendem a relacionar os seus interesses e capacidades com as diversas profissões existentes. Contudo, este processo continua durante a vida do indivíduo na fase da adolescência (Savickas, 1997) e adulta. Existem alguns estudos que demonstram a dificuldade com que muitos jovens se deparam com a indecisão antes de escolher uma carreira (Fouad 1994; Tinsley, 1992, in Creed et al., 2006), derivado

das inúmeras oportunidades existentes e por vezes da ausência de compreensão das respectivas necessidades, valores e objectivos dos alunos. Portanto, a decisão de escolher e enveredar por uma carreira tem um carácter de relatividade, isto é, pode ser realizada na juventude; quando os indivíduos têm uma idade mais avançada, ou até alguns nunca conseguem realmente definir uma escolha para a sua carreira.

A temática da decisão na carreira dos estudantes de Medicina refere quais as duas grandes dificuldades, com que estes estudantes se deparam, nomeadamente, a decisão que envolve a escolha geral de se tornarem médicos, e em seguida, já quando ingressaram na graduação médica, a decisão na escolha de que tipo de Medicina praticar (Elam, 1994). A escolha de uma especialidade caracteriza-se por um processo dinâmico onde os estudantes tentam ajustar de forma otimizada os seus valores; as suas necessidades; capacidades; as expectativas e necessidades dos outros e por fim as características das opções de carreira que acreditam adaptar-se a si próprios (Murdoch et al., 2001).

A Medicina oferece uma grande variedade de carreiras médicas (especialidades), que variam bastante, isto é, podem diferenciar-se desde o “tipo de pacientes e os tipos de problemas clínicos (...), onde o trabalho ocorre (hospital ou comunidade), no órgão ou tecido envolvido, no envolvimento do paciente (consciente ou anestesiado) (...) e no tempo em que ocorre a interacção entre o médico e o paciente (McManus et al., 2006). Segundo o mesmo autor, este tipo de características individuais que cada especialidade possui, pode explicar parte das preferências dos estudantes, uma vez que é pretendido determinadas competências e aptidões (Rogers et al., 2009), o que dificulta os estudantes de Medicina na decisão da especialidade. Contudo, é importante sublinhar que em qualquer especialidade, a carreira pode enveredar por diferentes abordagens de trabalho e naturalmente permitir diferentes graus de motivações e ainda de recompensas.

Portanto, como foi referido anteriormente, a escolha de eleger uma especialidade, por parte dos estudantes de Medicina pode tornar-se numa complicada tarefa. Assim, esta temática tem sido alvo de algumas investigações que apontam como factores explicativos: querer ajudar ou trabalhar com pessoas (Allen I., 1988, in McManus et al., 2006); razões científicas ligadas à profissão (Bland CJ., et al., 1995, in Murdoch et al., 2001); interesses académicos (Murdoch et al., 2001); oportunidades relacionadas com a investigação ou ensino (Kassler WJ. et al., 1991, in Murdoch, 2001); prestígio (Nieuwhof et al., 2005); rendimentos (Bland CJ. 1995, in Murdoch et

al., 2001); condições demográficas (Cuca, 1980, in Elam, 1994); traços de personalidade (Funkenstein, 1978, in Elam, 1994); ambiente da escola de Medicina (Glasser, et al., 1982, in Elam, 1994); ambientes de trabalho das especialidades médicas (Tardiff, et al., 1986, in Elam, 1994) e estilos de vida (Schwartz, et al., 1990, in Elam, 1994). Antes de o estudante escolher determinada especialidade, passa por um processo de exploração, tomada de decisão, e por fim, a esperada escolha.

De facto, dentro de um grupo de estudantes é difícil encontrar interesses comuns, sendo que o mesmo se passa com os alunos de Medicina, em que cada um tem os seus próprios interesses e motivações profissionais para a sua carreira.

De acordo com um estudo (McManus et al., 2006) poder-se-á dizer que existem quatro dimensões fulcrais para a explicação das razões em que os indivíduos se diferenciam nas suas expectativas e interesses perante a Medicina como carreira, nomeadamente, a questão de “ajudar pessoas” (cuidado, compaixão, suporte e serviço prestado mediante os problemas dos indivíduos); “ser respeitado” (aconselhamento dos pacientes, bem pago, ter o reconhecimento da comunidade científica), “ser indispensável” (componentes como controle, poder e tecnicamente *expert*) e “ser um cientista” (elementos relacionados com investigação). Cada um destes factores dependerá, em seguida, de questões como a personalidade, estilos e estratégias de aprendizagem, factores demográficos, entre outros.

Em geral, os alunos de Medicina apresentam percepções positivas da futura carreira académica e futura profissão, tendo a ideia de que esta carreira lhes dará um estatuto quase de “nobreza” (Dall’alba, 1998). Esta afirmação, segundo a autora pode ser justificada por duas razões possíveis e apontadas pelos estudantes. A primeira explicação prende-se com o facto de os médicos estarem circundados pela vida e morte, em que na sua profissão ajudam a trazer indivíduos ao Mundo, participam na partida de outros, podem aliviar a dor ou até por vezes prever a morte. A outra explicação relaciona-se com a questão dos médicos possuírem conhecimento e capacidade para poder mudar a vida de uma pessoa, isto é, têm muitas vezes o poder de salvar vidas. Estas duas razões podem explicar a referência à palavra “nobreza”, o que também pode, segundo a autora, justificar a própria escolha da especialidade médica. Isto é, dentro das várias especialidades existem as denominadas “nobres”, como a Neurologia e a Cardiologia, uma vez que envolvem dois dos órgãos mais importantes à vida humana.

Para os estudantes, a escolha da carreira médica é condicionada por variáveis complexas e inter-relacionadas incluindo aspectos pessoais, profissionais, académicos e ideológicos. De acordo com alguns estudos os alunos tanto quando iniciam ou durante a graduação podem revelar altas ou baixas preferências por algumas carreiras médicas (Khader et al., 2008). Alguns afirmam mesmo que a preferência de carreira que os alunos demonstram quando iniciam a sua graduação médica pode ser um preditor significativo da eventual escolha final da carreira (Wright et al., 2004).

Nas últimas décadas, a proporção de estudantes nos cursos universitários tem aumentado de uma forma bastante expressiva e universal, principalmente ao nível do género feminino, e em particular no caso da graduação em Medicina. Segundo a *Association of American Medical Colleges*, nos anos 60, 90% das candidaturas a Medicina eram do género masculino, contudo nos anos 70 e 80 verificou-se um decréscimo das mesmas, bem como um aumento gradual das candidaturas do género feminino (Reed e Buddeberg-Fischer, 2001; Relman, 1989 in Machado, 2003). Na maioria dos países a percentagem de mulheres no curso de Medicina é de 55% (McDonough, Horgan, Codd e Casey, 2000, in Machado, 2003), e em Portugal é de 69% (Lopes, Branco e Brandão, in Machado, 2003). Esta visível “feminização” das faculdades não estará propriamente relacionada com mudanças ao nível da natureza da mulher, contudo, ao longo do tempo houve um encorajamento, por parte das mulheres para progredir, em que as próprias barreiras existentes foram desaparecendo (Eisenberg, 1999, in Machado, 2003).

Quanto às especialidades em concreto, segundo um estudo efectuado a alunos do segundo, quarto e sexto ano de graduação, a especialidade eleita preferencialmente pelo género masculino foi a Cirurgia, seguido da Medicina Interna e Ortopedia. No que diz respeito ao género feminino as preferências ao nível de especialidade terá sido a Ginecologia/Obstetrícia seguida da Pediatria e Cirurgia. Os estudantes do género masculino expressaram o seu interesse em Cirurgia num total de 52% em comparação com 15% do sexo oposto (Khader et al., 2008). Esta diferença de números ao nível do ingresso em especialidades cirúrgicas pode ser explicada por questões de falta de modelos sociais e profissionais (Neumayer et al., 2002, in Franco & Santos, 2010), em que é inculcida a ideia de “maior força” e “resistência física” e de uma carreira mais lenta e desmotivadora (Baxter, et al., 1996, in Machado, 2003).

Segundo a literatura comprovada em estudos, não existe uma resposta única que permita explicar o complexo tema do reduzido número de mulheres que ingressam na

carreira de Cirurgia. Park e colegas (2005, in Franco & Santos, 2010) aplicaram um questionário a indivíduos do sexo feminino já graduados e a exercer Cirurgia Geral, bem como a estudantes do mesmo sexo do último ano de graduação. As respectivas conclusões revelaram que o interesse das mulheres pela Cirurgia não se diferencia do demonstrado pelo sexo oposto, pois ambos querem e apreendem da mesma forma a especialidade, contudo, o que por vezes pode suceder será uma análise mais ponderada pelas mulheres face à escolha pela Cirurgia Geral (Jesus L., 2008, in Franco & Santos, 2010), uma vez que existe uma tentativa na procura de uma especialidade que permita uma conciliação entre uma actividade profissional gratificante com a respectiva vida pessoal (ex. casamento; maternidade). Derivado desta dificuldade de conciliação, certos autores focam o caso de as internas de Cirurgia optarem por serem mães mais tarde e voltar ao trabalho seis semanas após o parto, não usufruindo da licença, pelo receio de não prejudicarem o internato, uma vez que perdem oportunidades ao nível de progressão na carreira e obtenção de um lugar nos quadros (Neumayer et al., 1994 in Machado, 2003).

As mulheres que escolhem as especialidades cirúrgicas tendem a fazê-lo precocemente durante o curso, bem como existe uma tendência para serem filhas de médicos ou cirurgiões (Biermann, 1998; Edwards, et al., 1997, in Machado, 2003). Segundo a autora Joan Cassell (2000, in Gilbert et al., 2009), a Cirurgia em geral é descrita como uma especialidade “marcial, invasiva, estereotipada como masculina” e os respectivos praticantes da mesma como “(...) temperamentais, com potencial de comando, competitivos, apreciadores de desafios e voltados à acção (...)”. Assim sendo, será expectável que:

Hipótese 1: O género masculino registe um maior interesse por especialidades cirúrgicas face ao género feminino.

Num estudo efectuado na Universidade de Toronto (Baxter, et al., 1996 in Machado 2003), aos estudantes de Medicina do 4ºano, os factores mais valorizados, pelas alunas na escolha da especialidade prendem-se com as condições de internato; facilidade de licença parental e a possibilidade de trabalho em *part-time* e os menos considerados respeitam ao ganho potencial da especialidade e o prestígio da mesma. Os futuros médicos do género masculino dão préstimo a factores como desafio técnico;

prestígio e potenciais ganhos da especialidade e desvalorizam a possibilidade de trabalho em *part-time* e as questões da licença parental.

A influência dos factores relacionados com o estilo de vida nas carreiras médicas pode ser um factor crítico e motivador de alterações, tanto na prestação de cuidados para os médicos já em prática como um desafio social importante na escolha da especialidade. Esta temática está substancialmente focada pela literatura, sendo que no geral é salientado a dificuldade que a carreira médica implica na coordenação da vida familiar com a vida profissional, identificando este como um factor preponderante na escolha da carreira (Schnuth et al., 2003).

Os estudos apontam alguns factores relevantes que contribuem para o controlo dos estilos de vida e preponderantes na decisão das escolhas de especialidade, nomeadamente o número de horas semanal; o tempo disponível para outros interesses pessoais ou a percepção do número de “chamadas” nocturnas (Gaspar, 2006). Segundo a mesma autora os factores anteriores afectam o género feminino na opção pela especialidade, levando por exemplo à respectiva preferência pela especialidade de Medicina Geral e Familiar. Esta afirmação está realmente corroborada nos resultados estatísticos registados pela Ordem dos Médicos (2007)¹ (Anexo 9 - Tabela 10), uma vez que do total de profissionais de saúde da especialidade de Medicina Geral e Familiar, 2858 são do género feminino em contraste com 2140 do género oposto.

Estudos anteriores demonstraram outra tendência ao nível da diferença de género, nomeadamente no que diz respeito à especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, uma vez que comprovou-se uma propensão das mulheres com valores de 31% em contraste com 1% dos homens (Khader et al., 2008). Este resultado é corroborado por outros estudos (Buddeberg-Fischer et al., 2006; Lambert E. & Holmboe E., 2005 in Fukuda & Harada, 2010), cujos apresentam que as especialidades geralmente preferidas pelas mulheres será de facto a Pediatria e a Ginecologia/Obstetrícia. Como possíveis factores explicativos são novamente apontados na literatura o poder de controlo do estilo de vida e o equilíbrio entre a actividade profissional e a vida pessoal (Gjerberg E., 2002, in Fukuda & Harada, 2010). Assim sendo, será expectável que:

Hipótese 2: O género feminino registe um maior interesse pelas especialidades de Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria face ao género masculino.

¹ https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=stats_medicos&type=1&ano=2007

2.3.1. Factores de Influência

De acordo com um estudo publicado sobre factores associados com a escolha de uma especialidade como carreira profissional médica (Gaspar, 2006), a dimensão do interesse humanístico (72%) regista a maior preponderância como principal característica pessoal associada à escolha de uma especialidade, seguido dos factores da motivação (62-68%) e da auto-satisfação relacionada com expectativas profissionais (52-68%).

Outra pesquisa acerca da temática da escolha da especialidade, de um total de alunos em diferentes momentos da graduação, classificaram como primordial o factor “conteúdo intelectual da especialidade”(84%) seguido da dimensão “competências individuais” (64%). Outros factores também preponderantes serão a “reputação da especialidade”(59%); “rendimentos antecipados” (58%) e por último o “foco no atendimento de urgência” (55%). Os factores que revelaram uma menor influência na escolha da carreira terão sido a “interacção entre médico-paciente” ou os “conselhos de docentes ou amigos” (Khader et al., 2008).

Outros autores afirmam que os factores com uma maior preponderância, para as decisões, na escolha da especialidade quando comparados entre grupos de especialidades (especialidades generalistas; especialidades cirúrgicas, etc.) podem diferenciar-se entre as mesmas, ou seja, é dado como exemplo justificativo os valores mais elevados na importância do factor do “contacto com o paciente”, para futuros generalistas, ao invés dos valores manifestados pelos graduados de outras especialidades, tal como as cirúrgicas face à componente humanística (Kassebaum & Szenas, 1994). Isto é, por exemplo a especialidade generalista de Medicina Geral e Familiar tem uma certa particularidade inerente, uma vez que o médico deve saber lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

De acordo com a definição da WONCA EUROPA (2002)² cuja se trata de uma Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar, o médico de família tem uma responsabilidade profissional para com a respectiva comunidade, ou seja, “(...) exercem o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos, quer directamente, quer através

² <http://www.woncaeurope.org>

dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida, auxiliando ainda os pacientes, sempre que necessário, no acesso àqueles serviços (...). Para descobrir a verdadeira natureza do problema de saúde do paciente e traduzir o mesmo num diagnóstico correcto é fulcral que exista um intercâmbio de informações verbais, tanto por parte do médico como do paciente (Hall, Roter, & Katz, 1988 in Bensing J., 1995), ou seja, a comunicação entre o médico e o seu paciente torna-se uma ferramenta fulcral para o sucesso do encontro entre os dois intervenientes. Por vezes sucede que quando um paciente se desloca ao seu médico de família com um problema de saúde, este não poderá ser totalmente compreendido com base num modelo biomédico (Bensing, 1991; Cassell, 1991; Pendleton & Bochner, 1983; White, 1988, in Bensing J., 1995), isto é, os factores psicológicos e sociais também podem estar a influenciar o indivíduo na sua doença (Maes, et al., 1988; White, 1988, in Bensing J., 1995). Portanto, o modelo biomédico deve transformar-se num “modelo biopsicossocial”, a fim de fornecer todos os cuidados necessários ao paciente. Este “modelo biopsicossocial” compreende as teorias biológicas sobre a etiologia dos problemas de saúde, bem como as teorias psicológicas acerca da saúde e respectivos cuidados de saúde primários (Engel, 1977, in Bensing J., 1995). Como tal, esperamos que:

Hipótese 3: A escolha da especialidade de Medicina Geral e Familiar associa-se de forma positiva a expectativas biossociais enquanto que as especialidades cirúrgicas associam-se negativamente à dimensão humanística.

Para alguns autores é importante considerar as percepções do que é a Medicina para os respectivos estudantes, bem como quais as suas expectativas futuras como médicos, porque primeiramente a forma como os alunos caracterizam a Medicina pode influenciar na forma como apreendem (Dall’alba, 1998, in Draper C. & Louw G., 2007), e em segundo lugar porque as suas percepções e expectativas contribuem para que continuamente existam mudanças na imagem mental que os alunos detêm do que as suas carreiras implicarão, e conseqüentemente um respectivo impacto sobre as expectativas no que diz respeito à formação para a carreira pretendida. Assim, essa imagem que o aluno tem, ao longo da sua carreira académica pode internalizar-se levando o aluno a ter noção dos seus traços de personalidade; das suas competências e

capacidades, bem como dos requisitos que ele vê como fulcrais para desempenhar o papel de médico (Draper C. & Louw G., 2007).

Segundo alguns estudos existentes, os estudantes de Medicina tendem a diferenciar as suas percepções e expectativas face à especialidade consoante o momento em que se encontram na graduação. Isto é, os alunos que estão no início da mesma apresentam maioritariamente percepções e expectativas da especialidade de carácter social da futura carreira, tais como a importância da questão da comunicação e uma orientação sócio-emocional dos pacientes (Nieuwhof, 2005). Ao passo que os estudantes que se encontram a terminar a graduação médica concentram as suas opiniões em temas relacionados com as expectativas técnicas da especialidade, tais como, o problema de saúde que encontram no paciente; o conteúdo e qualidade da especialidade em si e no ajustamento da especialidade à própria percepção da respectiva personalidade e capacidades do graduado (Kassebaum & Szenas, 1994). Para os mesmos autores a influência destes factores está intrinsecamente ligado com a formação que recebem quando efectuam os respectivos ensinamentos nos locais de prática médica.

Posto isto, será expectável que existam diferenças entre os estudantes de Medicina em diferentes momentos da graduação, onde os alunos que estão a iniciar a mesma evidenciam uma valorização das expectativas sociais na influência da escolha de carreira face aos alunos em fim de graduação que revelam como factor primordial as expectativas técnicas inerentes à especialidade.

Hipótese 4: As expectativas biossociais são particularmente maiores no início de graduação enquanto que no fim da mesma são sobretudo as expectativas técnicas.

Poder-se-á dizer que cada estudante tem a sua opinião sobre o grau de importância que cada factor teve na sua escolha da carreira de Medicina, ou seja, tudo dependerá da estrutura de valores que cada aluno possui e espera para a sua futura carreira. Segundo a literatura, os valores do trabalho são considerados como papel significativo no processo de tomada de decisão dos estudantes (Judge & Bretz, 1992; Ravlin & Meglino, 1987, in Duffy & Sedlacek, 2007), tendo também um papel fulcral na satisfação laboral (Knoop, 1994, in Duffy & Sedlacek, 2007). Isto é, os valores do trabalho permitem conhecer os interesses e capacidades do indivíduo, mais concretamente, os seus elementos vocacionais, que podem ser considerados de valores,

se corresponderem com um trabalho, que tenha os resultados esperados do indivíduo (Elizur & Sagie, 1999, in Duffy & Sedlacek, 2007).

Na literatura relacionada com a presente investigação, as diferenças entre o género masculino e feminino estão constantemente representadas desde o início ao final da graduação médica. Estas diferenças, segundo alguns autores não se trata apenas de diferentes respostas nos questionários preenchidos, mas sim resultado de um processo de socialização de género e de desenvolvimento psicológico (Deben-Mager M., 1992, in Batenburg V., 1997). Tanto os homens como as mulheres passam por um processo distinto de socialização que consiste na incorporação permanente de normas e valores sócio-culturais característicos do grupo social onde estão inseridos (família; escola; emprego, etc.) de forma a estabelecer relações sociais que os permitem saber como devem agir e interagir quotidianamente. Portanto, as diferenças de respostas entre os homens e as mulheres não são geradas em si pelo factor género, mas pelas desiguais incorporações pelo que passam no processo de socialização de género, que por sua vez influenciará e terá consequências nas escolhas e respectivos resultados de vida dos homens e mulheres, nomeadamente a nível profissional (Betz & Hackett, 1997).

Se analisarmos num plano individual, a mulher parece desenvolver precocemente um maior potencial psicológico para o envolvimento pessoal e empatia nos relacionamentos, o que pode explicar as diferentes atitudes da mulher face ao homem durante a graduação médica e na respectiva opção de carreira (Deben-Mager M., 1992, in Batenburg V., 1997).

Segundo um caso de estudo, a questão das diferenças dos valores do trabalho, em relação à variável género revela que os homens manifestam uma maior disposição para valores extrínsecos de trabalho, isto é, objectivos de obtenção de riqueza e prestígio (Duffy & Sedlacek, 2007:150; Wierenga et al., 2003; Greenhalgh et al., 2004, in Wilson 2009). Ao passo que no caso das mulheres, os valores de trabalho classificam-se como sociais, estando focadas nas premissas de trabalhar com pessoas e ajudá-las, e que embora com valores levemente superiores, mostram-se com motivações mais fortes para prosseguir Medicina, manifestando uma maior necessidade de dedicação de tempo extra (McHarg et al., 2007, in Wilson 2009).

O género masculino tende a valorizar mais o factor salarial, ou mesmo o facto de terem empregos disponíveis, em que pode ser explicado, por questões de pressão social, de acertar a sua estabilidade, ao nível financeiro e na respectiva carreira (Abu-Saad & Isralowitz, 1997, in Duffy & Sedlacek, 2007). O homem pretende mostrar um lado de si

como sendo indispensável e científico, revelando valores mais baixos, no que diz respeito à premissa “de ajudar as pessoas” (MacManus et al., 2006), face ao género feminino, que manifestam mais facilmente o seu lado social, conforme na literatura, ao revelar o seu desejo de trabalhar, ajudando pessoas, o que de certa forma corrobora a realidade das mulheres tendencialmente ocuparem os cargos com componente social (Betz, 2005, in Duffy & Sedlacek, 2007).

As atitudes face aos pacientes podem ser descritas por duas dimensões (De Monchy C., in Batenburg V., 1997), nomeadamente a “centrada na Medicina” (*doctor-centred*) ou a “centrada no paciente” (*patient-centred*). Na primeira situação (*doctor-centred*), existe uma valorização do diagnóstico e cura de fenómenos patológicos, ao passo que a segunda situação (*patient-centred*) é baseada numa relação de orientação-cooperação (Szasz, T., & Hollender M., 1975, in Batenburg V., 1997). Esta última relação, particularmente centrada no paciente pode favorecer a compreensão do problema de saúde do paciente, uma vez que é feita uma abordagem de participação dos dois intervenientes. As atitudes no que diz respeito à doença podem também ser expostas pelas dimensões biomédica e psicossocial (Stewart M., & Roter D., 1989, in Batenburg V., 1997).

Na orientação biomédica é dada uma maior atenção aos factores biomédicos detectáveis que podem estar a ser causadores da doença, em que esta é encarada como um objectivo e um fenómeno somático. Quanto à segunda dimensão, nomeadamente, a orientação psicossocial, tal como o seu nome indica toma em consideração os factores psicossociais promotores da saúde e doença no indivíduo, visualizando assim a doença numa perspectiva mais subjectiva e ampla. Em diversos estudos sobre as atitudes face aos pacientes e à doença, concluíram que os estudantes do género masculino mostram uma maior orientação “centrada na Medicina” (*doctor-centred*) e biomédica face às suas colegas do género feminino (De Monchy C. et al., 1988, in Batenburg V., 1997) que revelaram expectativas elevadas tanto na orientação “centrada no paciente” (*patient-centred*) como na psicossocial, isto é, no contexto social perante a doença existindo uma valorização dos factores psicossociais inerentes à mesma. Assim, podemos inferir que:

Hipótese 5: Existem diferenças nas expectativas sociais na escolha da carreira entre homens e mulheres, onde estas terão níveis superiores aos seus pares masculinos.

2.4. Percurso Académico do estudante de Medicina

No caso específico do percurso académico dos estudantes universitários de Medicina, nomeadamente em Portugal e como exemplo particular a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, foi estabelecido o Mestrado Integrado em Medicina, com um total de 360 créditos e com a duração de 12 semestres curriculares de trabalho, incorporando dois ciclos de formação complementares.

No plano de estudos actual, ao longo dos seis anos de curso, os alunos dispõem de um total de 6004 horas de formação teórica e prática (denominadas horas de contacto), contudo em complementaridade com 4076 horas de trabalho autónomo, dando um total de 10 080 horas de trabalho indispensáveis para o aluno concluir o respectivo Mestrado Integrado³. O primeiro ciclo de estudos confere o grau de Licenciado em Ciências Básicas da Saúde, tendo a duração de três anos de curso, correspondendo ao 1.º, 2.º e 3.º anos curriculares. Primeiramente, inicia-se por um ciclo básico que visa o estudo do indivíduo normal (primeiro e segundo ano lectivo do curso), seguido de um ciclo pré-clínico (terceiro ano lectivo), que se evidencia no estudo das transformações e correspondentes causas das patologias, no homem.

O segundo ciclo de estudos tem novamente a duração de três anos e diz respeito ao 4.º, 5.º e 6.º anos curriculares. No quarto e quinto ano lectivo segue-se o ciclo clínico que é instruído em disciplinas, mas sob o método de um sistema rotativo de estágios práticos, isto é, os alunos (...) são integrados nas equipas de trabalho hospitalares e de Medicina Geral e Familiar, acompanhando os docentes nas diferentes actividades (consultas, enfermarias, bloco operatório, urgência, etc.)⁴.

Finalmente, no 6ºano, o aluno realiza um estágio profissionalizante num sistema de rotação por diversas áreas clínicas, em que é orientado para áreas médico-cirúrgicas, incidindo em grande parte nos aspectos da terapêutica e do diagnóstico diferencial.

O aluno para terminar com sucesso o Mestrado Integrado em Medicina tem obrigatoriamente de realizar uma prova pública que visa avaliar o estágio profissionalizante, em que é examinado o respectivo relatório final do mesmo, que por sua vez integra o conjunto dos relatórios dos estágios parcelares (rotação por diversas áreas clínicas), bem como uma reflexão crítica final.

³ *Diário da República, II série – N.º93 – 14 de Maio de 2009*

⁴ *Diário da República, 2ªsérie – N.º93 – 14 de Maio de 2009*

Cada estágio parcelar é avaliado continuamente (discussão e avaliação de actividades de carácter prático) tendo em conta aspectos como a assiduidade; a relação estabelecida entre o médico e o paciente; conhecimentos demonstrados, entre outros. Portanto, o relatório parcelar permite analisar os progressos desenvolvidos pelos estudantes nas diversas áreas clínicas em que participaram, sendo que o júri para a avaliação deste relatório é necessariamente constituído pelo orientador do estágio (Regente) ou representante, bem como do Tutor/Assistente do aluno, uma vez que, embora o estudante já seja considerado de médico, ainda não tem autonomia para praticar Medicina, tendo de estar sob “tutela”.

Dando um exemplo cronologicamente real, um estudante se conseguir terminar com sucesso o seu acto público de defesa do relatório de estágio no mês de Julho de 2010 espera até ao final do mesmo ano, para realizar a Prova Nacional de Seriação. Este exame é uma prova de âmbito nacional, organizada pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP., o qual propõe-se a ordenar os seus candidatos de ingresso nos Internatos Médicos, para a escolha da área profissional de especialização. A nota permitirá aos alunos serem seriados, para mais tarde, posteriormente ao Internato Médico elegerem a respectiva especialidade.

Em Janeiro de 2011, inicia-se o denominado “Ano Comum” (Internato Geral)⁵, que consiste num treino pós-graduado de formação geral (abrange todos os ramos de diferenciação profissional), em que são efectuadas rotações por diversas especialidades (ex: Medicina Interna, Pediatria Geral, etc.), durante 12 meses. No ano seguinte, portanto, em Janeiro de 2012 inicia-se o Internato Complementar, ou seja, o primeiro ano da especialidade que o médico interno optou para o decorrer da sua carreira, cuja duração pode variar consoante a respectiva especialidade. Segundo os decretos-lei disponibilizados *on-line* no *site* da Administração Central do Sistema de Saúde, como caso exemplar a área profissional médica de Cirurgia Geral, a respectiva duração do programa de formação do Internato Complementar é de 72 meses sendo que é constituído por cinco estágios obrigatórios de Cirurgia Geral e quatro estágios opcionais⁶. Será após dois anos de internato, isto é, em Janeiro de 2013 que o médico adquire autonomia para poder praticar Medicina.

⁵ *Diário da República, I série B – N°302 – 28 de Dezembro de 2004*

⁶ *Diário da República, I série B – N°158 – 11 de Julho de 2003*

Quanto à possibilidade de um médico mudar de especialidade ou de local onde está a tirar a sua formação pós-graduada só o poderá fazer uma única vez, sendo que tem algumas desvantagens a acarretar. O médico ingressa pela primeira vez na especialidade concorrendo ao concurso A, contudo se pretender alterar ou requerer deslocar-se para outro local, para além de ter de repetir o exame de especialidade também terá de se cingir às vagas disponíveis no concurso B, o qual tem menos vagas disponíveis, em termos de quantidade e de variedade de especialidade.

Pode suceder que o médico, na segunda fase do concurso opte por não ficar colocado e prefira esperar pela repetição do exame no ano seguinte. No que diz respeito à pretensão na mudança de especialidade durante a respectiva realização, este facto só pode suceder até meio da duração do internato da especialidade.

A escolha da especialidade pode acarretar alguma pressão ao aluno, uma vez pode ter consequências duradouras para a vida do futuro médico (Leong & Geisler-Brenstein, 1991 in Rogers, 2009). Portanto, um indivíduo pode atingir com sucesso ou não a escolha da sua carreira, em que pode ser de uma forma intencional, ou mesmo de forma planeada, contudo os objectivos pretendidos podem não ser atingidos. Todavia, o importante é que o indivíduo tenha uma aprendizagem contínua, não só durante a sua vida académica, mas também no que diz respeito à sua vida profissional (Baruch, 2004).

2.5. Carreira Médica em Portugal

Para ser possível argumentar sobre o tema das Carreiras Médicas em contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) é fulcral fazer referência ao Serviço Nacional de Saúde Português (SNS), uma vez que se trata de um organismo criado no ano de 1979, com o principal objectivo de assegurar o direito à saúde a todos os cidadãos. O SNS tem como intenção legislativa o objectivo de desenvolver os seus profissionais, nomeadamente os médicos, e para tal estabelece alguns requisitos de habilitação profissional, de percurso de progressão profissional e de diferenciação ao nível técnico-científico. Para além do interesse do SNS, em qualificar os médicos, estes últimos também dão importância ao progresso das suas carreiras, “(...) um requisito e um estímulo para um percurso de diferenciação profissional, marcado por etapas exigentes, com avaliação inter-pares e reconhecimento institucional.”

Na actual legislatura, estabeleceu-se uma reestruturação da Administração Pública de “(...) novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, prevendo, em particular, a revisão dos

regimes dos corpos ou carreiras especiais”. É a partir desta concepção que surge a criação de uma carreira especial para a Medicina, isto é, a carreira médica dada à “(...) natureza da prestação de cuidados médicos, pela sua especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, não permite a sua absorção em carreira geral (...)”. Assim, o artigo 41.º da Lei n.º 12-A/2008, de 12 de Fevereiro, nomeadamente na alínea c) do n.º1 do artigo 198.º da Constituição é decretada a carreira médica, como especial da Administração Pública.

Segundo o contrato de trabalho em funções públicas (CTFP), o SNS pretende com o novo regime da carreira dos médicos, elaborar um exemplo referencial no que diz respeito à conduta e certificação de qualidade da prestação de serviços de saúde do modelo de gestão de recursos humanos, livremente da “natureza jurídica” dos serviços e instituições de saúde. Através da formulação de uma carreira especial, o SNS afiança que os seus médicos irão possuir um percurso de carreira comum, no que se relaciona com a respectiva progressão profissional e diferenciação técnico-científica, ou seja, há uma conversão da carreira, para que esta passe a ser única, ainda que dividida por áreas de exercício profissional (Medicina Geral e Familiar, saúde pública, Medicina legal e Medicina do trabalho), mas apoiando-se em deveres funcionais comuns à comunidade médica, como é o caso da prestação de cuidados de saúde, a investigação ou a formação profissional.

O SNS, ao criar uma carreira-modelo, irá contribuir para a mobilidade interinstitucional, não prejudicando a “natureza jurídica”, isto é, o intuito será criar uma carreira transversal e independente, no que se relaciona com o tipo de autonomia do regime jurídico da gestão hospitalar, nomeadamente do sector empresarial do Estado (EPE), ou das parcerias público-privadas (PPP).

Quanto à qualificação médica, em termos do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º177/2009 de 4 de Agosto de 2009, “(...) tem por base a obtenção das capacidades e conhecimentos técnicos adquiridos ao longo da formação profissional dos médicos na carreira especial médica e compreende os seguintes graus: a) Especialista; b) Consultor (...) estrutura-se em graus, enquanto títulos de habilitação profissional atribuídos pelo Ministério da Saúde e reconhecidos pela Ordem dos Médicos em função da obtenção de níveis de competência diferenciados e sujeitos a procedimento concursal.

No que diz respeito, aos requisitos para a obtenção do grau de especialista, este adquire-se após o termo do internato da especialidade, com o respectivo sucesso. Em relação ao segundo grau, nomeadamente o de consultor, a sua aquisição é cumprida, por

via concursal e pelo cumprimento de requisitos, tais como, uma avaliação curricular ou o exercício efectivo durante cinco anos de funções com o grau de especialista. A carreira especial médica constitui-se por áreas de exercício profissional, designadamente Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública, Medicina Legal e Medicina do Trabalho e adopta uma estrutura pluricategorial, mais concretamente, organiza-se em três categorias, nomeadamente, a de assistente, seguido da posição de assistente graduado, e por fim a última categoria, a de assistente graduado sénior.

Ao médico, na prática do exercício das suas funções, de uma correspondente integração na carreira médica é-lhe incumbido o cumprimento e a adopção, de um determinado perfil profissional, isto é, existe a partilha pela comunidade médica, de um código de conduta comportamental. Logo, nos termos do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de Agosto, intitula-se médico, este que integra um respectivo regime na carreira médica e respeita as respectivas acções, das suas funções. Assim, deve assumir-se como “(...) profissional legalmente habilitado ao exercício da Medicina, capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde, e apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a protecção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde.”⁷

Em Portugal, em Janeiro de 2001, segundo o registado na Ordem dos Médicos (Anexo 9 - Tabela 10), estariam inscritos 34 460, dos quais 15 117 (43%) corresponde ao sexo feminino e 19 343 (57%) ao sexo masculino. Contudo, esta percentagem altera-se para uma predominância do sexo feminino, no que diz respeito ao grupo etário inferior a 45 anos (Machado, 2003).

Para o exercício da Medicina é necessário um conjunto de normas, que constituem a prática da profissão. Como tal, para que a prática da Medicina em Portugal seja protegida, subsiste a entidade da Ordem dos Médicos, que promove, certifica a qualidade, autonomia e regulamentação da actividade profissional médica. Portanto, trata-se de um órgão representativo da classe profissional dos médicos, que legitima o reconhecimento dos mesmos, no que se relaciona com a respectiva aptidão da prática clínica, assim como a formação e avaliação, de forma continuada. Todos os médicos aptos a exercer Medicina têm obrigatoriamente de estar registados na Ordem dos Médicos, uma vez que se trata da única entidade possível que reconhece ao médico as

⁷ Decreto-lei n.º177/2009 de 4 de Agosto de 2009. Diário da República, N.º 149 - I Série

habilitações técnico-profissionais necessárias para praticar a sua especialidade ou subespecialidade médica, as quais estão reguladas por colégios.

Os colégios têm como grande objectivo promover e valorizar o conhecimento e a prática de cada área específica da Medicina, através da verificação dos planos curriculares de cada especialidade e subespecialidade, assegurando a qualidade e competências mínimas da respectiva formação e serviços realizados, com vista a garantir os padrões mais elevados de segurança para a saúde pública. Um médico, em Portugal, tem à sua disposição quarenta e sete colégios de especialidade, tais como, a de Cardiologia, Neurologia ou Ortopedia e oito subespecialidades de Medicina, tais como, a de Nefrologia Pediátrica ou de Neonatologia.

Para orientar a prática da Medicina, bem como os correspondentes comportamentos relacionais a estabelecer, no desenvolvimento da actividade de prestação de serviços de saúde, surge o Código Deontológico. Este código poder-se-á dizer que respeita a um conjunto de normas, por escrito, que visa regimentar, o que a Ordem dos Médicos pretende garantir com a qualidade dos seus cuidados de saúde. Embora tenha a sua auto-regulação, contextua-se na legislação da sociedade em questão, dividindo-se em dois tipos de normas, nomeadamente as regras indispensáveis e gerais de ética, e por sua vez o tipo de normas contingentes. É importante referir que o Código Deontológico acompanha e adapta-se à evolução da realidade, não adoptando uma forma imutável, uma vez que podem ocorrer factos científicos que obriguem a uma avaliação ética e consideração dessa mesma ocorrência no regulamento. Contudo, os cumprimentos dos conteúdos éticos universais do Código Deontológico estão dependentes da reflexão moral, ética e científica do médico.

3. ESCOLHA DA CARREIRA DE MEDICINA

3.1. Motivação

O conceito motivação diz respeito à explicação da razão comportamental do indivíduo, em determinadas acções, num dado período de tempo (Weiner, 1992, in Wilson, 2009), podendo também transformar-se como alicerce nas respectivas actividades, permitindo a concretização dos objectivos (Pintrich & Schunk, 2002, in Wilson, 2009). Portanto, a motivação poderá entender-se como as forças que movem o indivíduo a agir, que por sua vez pode variar na sua intensidade. Actualmente têm surgido algumas investigações que comprovam o facto de que muitas vezes a realização escolar de um aluno não está propriamente apenas directamente ligado com o seu quociente de inteligência, mas sim em grande parte às especificidades motivacionais do próprio aluno (Sternberg, 2005).

Para alguns autores (Nieuwhof, et al., 2004) existe uma carência de distinção entre a qualidade da motivação, isto é, a razão dominante para ingressar na carreira em Medicina, e a denominada força da motivação, que está intrinsecamente ligada ao tempo e energia que os indivíduos despendem na respectiva aprendizagem.

Portanto, a força da motivação de cada aluno, está dependente da energia que cada aluno investe ou sacrifica para alcançar as suas próprias necessidades, logo o estudante de Medicina tem de adaptar-se e saber gerir o balanço das suas necessidades. Mesmo no caso dos estudantes que iniciam a sua formação médica, embora não tenham ainda uma imagem realista das necessidades e sacrifícios em que devem investir, utilizam as suas percepções para os aconselhar de todas as decisões a tomar no início da carreira médica. (Nieuwhof et al., 2004).

Segundo a literatura, as motivações dos estudantes, tendencialmente podem ser suportadas pelas respectivas personalidades, bem como pelas diversas formas de aprendizagem (McManus et al., 2006, in Wilson, 2009), as quais podem ser interpretadas como superficiais (medo de ter pouco êxito); profundas (interesse intrínseco) e por último, estratégicas (necessidade de ser bem sucedido) (Newble & Entwistle, 1986, in Wilson, 2009).

Embora os alunos possam demonstrar diferentes formas de obter a aprendizagem, pode suceder que se registem diferentes resultados, mas positivos, no que se relaciona com as correlações nos padrões de motivação internos e externos, isto é, ambas as fontes de motivação (personalidade e formas de aprendizagem) podem

revelar inter-relações (Sobral, 2004, in Wilson, 2009). O facto de um indivíduo se sentir motivado para a sua realização, de uma forma independente está positivamente ligado com a respectiva realização académica, sistemas de auto-regulação, estratégias de aprendizagem, (Arnold & Feighny, 1995; Sobral, 2004, in Wilson, 2009) ou estrutura de objectivos estabelecidos. São alguns elementos da vida de um estudante que realmente podem influenciar e afectar a motivação do mesmo, bem com o seu envolvimento e realização pessoal. Ao tentar criar sistemas de ajuda para o desenvolvimento destes elementos, nos alunos, o intuito será estimular que estes desenvolvam as suas motivações e estratégias de aprendizagem, de uma forma autónoma e eficaz para atingirem os objectivos de realização para as suas carreiras.

A Teoria social cognitiva (SCCT) (Bandura, 1986) permite explicar o comportamento através de um dinamismo recíproco em tríade entre factores pessoais, comportamentais e por último contextuais. Apesar de existir reciprocidade na interacção entre os três factores e o indivíduo, cada factor tem a sua própria intensidade e tempo de influência. A partir desta teoria foi possível fornecer a base para o desenvolvimento de um modelo de auto-regulação da aprendizagem, fulcral à motivação no contexto educacional, uma vez que compreende a interacção de uma tríade de factores que facultam ao estudante uma oportunidade de controlar a sua aprendizagem. Portanto, os alunos passam por um processo construtivo e dinâmico de auto-regulação da aprendizagem, em que planeiam e determinam as respectivas metas dos seus planos de aprendizagem, bem como regulam os seus comportamentos, cognição e motivação (Pintrich, 1999). Contudo, cada acção é dirigida e delimitada pelos correspondentes objectivos e contexto de cada aluno (Zimmerman, 2000 in Mousoulides & Philippou, 2005).

De acordo com o quadro teórico de Pintrich e De Groot (1990) a temática da motivação dos alunos abarca as já referidas anteriormente, três componentes motivacionais, designadamente a pessoal, comportamental e contextual, sendo que estas podem ser correspondidas a três respectivas dimensões de aprendizagem auto-regulada, nomeadamente: uma *componente de expectativa*, que respeita às crenças dos estudantes sobre o correspondente sucesso na concretização de uma tarefa; uma *componente de valor*, que concerne a avaliação dos alunos da importância da tarefa para os mesmos, e por último uma *componente afectiva*, que compreende as reacções emocionais dos estudantes à respectiva tarefa. Segundo os meus autores (Pintrich e De Groot, 1990), a auto-regulação está positivamente correlacionada com a concretização dos objectivos,

em que alunos com elevada auto-regulação revelam-se muito mais motivados para a organização de estratégias de auto-monitorização (variadas técnicas de organizar o material de estudo) face aos alunos com baixa auto-regulação. Além disso, também comprovou-se uma correlação positiva entre as crenças motivacionais e a aprendizagem auto-regulada, em que a componente afectiva estaria relacionada com o desempenho académico.

Assim, a auto-regulação respeita à capacidade que o aluno tem para planear e estabelecer as suas actividades, controlando o progresso dos mesmos, ao mesmo tempo que regula as respectivas actividades cognitivas e comportamentos (Pintrich et al., 1993 in Mousoulides & Philippou, 2005).

O conceito de motivação é geralmente discutido em termos de motivação extrínseca e intrínseca, que embora com significados diferentes, tornam-se complementares e coexistem, isto é, um aluno tem o objectivo de ter um bom desempenho académico, como forma de atingir as suas metas pessoais (motivação intrínseca) para a sua carreira, em que pretende ser recompensado com louvor externo pelas suas notas elevadas (motivação extrínseca). Contudo, para isto suceder e ter continuidade a longo prazo, com as recompensas desejadas, têm de estar presentes os elementos extrínsecos e intrínsecos da motivação, uma vez que não depende só de uma das partes (Williams, 1999).

3.2. Auto-eficácia

Um tipo de crença motivacional fulcral para representar a confiança dos estudantes nas suas capacidades cognitivas e de aprendizagem na concretização de uma tarefa será a auto-eficácia (Mousoulides & Philippou, 2005), uma vez que se trata de um dos elementos necessários que permite estimular a mudança da motivação extrínseca, para a intrínseca. A auto-eficácia refere-se à expectativa de que é realizável, através do esforço pessoal, o domínio de uma situação específica, bem como alcançar o resultado pretendido (Bandura, 1997), remetendo para as especificidades de cada contexto, situação e respectiva tarefa. A partir desta teoria é possível conceptualizar uma noção mais específica, nomeadamente a de auto-eficácia académica (Schunk, 1991), cujo poder-se-á definir por um conjunto de expectativas e crenças que o aluno tem das suas capacidades, de forma a realizar as suas actividades e tarefas, alcançando resultados no âmbito da realização escolar.

Através da auto-eficácia, poder-se-á transformar a intensidade ou a própria orientação da motivação do aluno. Isto é, o aluno pode aprender a praticar uma tarefa, até adquirir uma competência, permitindo que se sinta motivado, satisfeito e estimulando-o a ganhar prática e confiança para alcançar novas tarefas, bem como adquirir novas competências. No caso concreto dos estudantes de Medicina, estes são naturalmente motivados para tornarem-se médicos, em que as respectivas motivações surgem por necessidades de auto-estima, de auto-actualização ou de conhecimento e compreensão (Nieuwhof, et al., 2004).

Embora a auto-eficácia possa mediar a relação entre o conhecimento e a acção, não será apenas suficiente para assegurar o pleno sucesso do desempenho. Isto é, um indivíduo deve possuir os incentivos e as competências requisitadas para determinada tarefa (Nieuwhof, et al., 2004).

De acordo com uma pesquisa registou-se um forte relacionamento entre as crenças motivacionais e a utilização das já referidas anteriormente estratégias de auto-regulação, mais precisamente, em termos de auto-eficácia (Pintrich & Garcia, 1991 in Mousoulides & Philippou, 2005). Isto é, os resultados revelaram correlações positivas entre a auto-eficácia e a aprendizagem auto-regulada, em que os alunos que se sentiam mais confiantes, em relação a uma determinada tarefa ou curso mostraram utilizar todo o tipo de estratégias cognitivas e metacognitivas de aprendizagem para atingir o sucesso na prossecução da respectiva tarefa. Isto é, os alunos auto-regulados caracterizam-se como aprendizes activos, independentes e gestores do seu processo de aprendizagem, assim como a própria motivação é flexível e eficaz. Para isso o aluno estabelece metas para si próprio, controlando os seus esforços, de forma a atingir as mesmas, ao mesmo tempo que monitoriza a sua motivação, tendo em conta as exigências de cada tarefa. Para além deste facto a auto-eficácia também registou uma relação forte e positiva com o desempenho académico (Pintrich & De Groot, 1990 in Mousoulides & Philippou, 2005). Desta forma, esperamos:

Hipótese 6: Existe uma relação positiva entre a força das crenças motivacionais que levam ao ingresso em Medicina e os níveis de auto-eficácia académica, sendo que, quando mais elevado o nível de motivação, maior a auto-eficácia académica do estudante.

Recapitulando, no presente estudo iremos testar: a) a influência das expectativas na escolha da especialidade; b) se a socialização de género provoca diferenças entre homens e mulheres nas expectativas e respectiva escolha de determinadas especialidades; c) se o momento em que se encontram os estudantes de Medicina na sua graduação (dois ciclos de estudo) influencia as expectativas face à especialidade; d) a influência da força da motivação face à Medicina na auto-eficácia académica.

4. MODELO DE ANÁLISE

4.1. Amostra

A amostra do presente estudo foi recolhida de alunos inscritos em seis instituições do ensino superior público de Medicina, nomeadamente: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (37%); Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (29%); Universidade da Beira Interior (19%); Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho (7%), Faculdade de Medicina de Lisboa (7%) e por último a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (0,4%).

Para proceder à recolha de dados foi enviado por correio electrónico um texto explicativo do estudo em questão a diversas associações de estudantes das faculdades, em que as mesmas enviaram para os respectivos *e-mails* pessoais dos estudantes o *link* referente ao *site* (elaborado em exclusivo para este estudo), onde o questionário (Anexo 10) estava disponível *on-line*. Este último, inicialmente seria aplicado apenas a estudantes que se encontravam inscritos no segundo, quinto e sexto ano, com o objectivo de contrastar opiniões em diferentes momentos da graduação, contudo como houve alguma aderência de respostas dos restantes anos de graduação, decidiu-se incluir os mesmos: 1ºano (2%); 2ºano (26%); 3ºano (1%); 4ºano (2%); 5º ano (31%) e 6ºano (38%). Como já foi referido anteriormente acerca do percurso académico do estudante, o Mestrado Integrado em Medicina incorpora dois ciclos de estudos. Daí que, tomou-se a decisão de seguir o modelo da estrutura curricular, incorporando os dados do 1º, 2º e 3º anos como o primeiro ciclo e os do 4º, 5º e 6ºanos no segundo ciclo de formação, de maneira a comparar estes dois momentos da graduação médica.

A amostra foi composta por 285 estudantes universitários, sendo que 210 do sexo feminino (74%) e 75 do sexo masculino (26%). Quanto às idades, estas ficaram compreendidas entre os 18 e os 29 anos de idade (média=23).

Quanto aos níveis de habilitações dos pais dos estudantes, primeiramente a mãe, distribui-se da seguinte forma: Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento (8%); Licenciatura (42%); Bacharelato (4%); 12ºano (15%); 11ºano (7%); 9ºano (8%); ciclo preparatório de 6 anos (6%); ensino primário (8%); ensino primário por completar (1%). No caso concreto do pai, os valores são os seguintes: Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento (6%); Licenciatura (38%); Bacharelato (3%);

12ºano (18%); 11ºano (7%); 9ºano (11%); ciclo preparatório de 6 anos (7%); ensino primário (10%); ensino primário por completar (0,4%).

No que diz respeito às respectivas profissões dos pais dos alunos de Medicina em análise, e em primeiro lugar a mãe poder-se-á dividir da seguinte forma: Quadro Superior (18%); Pessoal dos Serviços e Vendedores (7%); Pessoal Administrativo e Similares (13%); Técnicos e profissionais de nível intermédio (9%); Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (34%); Operários, artificies e trabalhadores similares (6%); Agricultores e Trabalhadores qualificados da Agricultura (1%); Trabalhadores não qualificados (10%); Operadores de Instalações de Máquinas e Trabalhadores de Montagem (0,4%). No caso específico da profissão do pai, os resultados revelaram-se os seguintes: Quadro Superior (21%); Pessoal dos Serviços e Vendedores (11%); Pessoal Administrativo e Similares (10%); Técnicos e profissionais de nível intermédio (14%); Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (28%); Operários, artificies e trabalhadores similares (9%); Agricultores e Trabalhadores qualificados da Agricultura (3%); Trabalhadores não qualificados (5%); Operadores de Instalações de Máquinas e Trabalhadores de Montagem (0,4%).

4.2. Variáveis

4.2.1. Escolha da Especialidade

A variável da escolha da especialidade caracteriza-se como variável dependente neste estudo, sendo que foi medida através de uma adaptação do questionário “*The Medical Situations Questionnaire*” (McManus et al., 2006). Esta foi executada, com vista a avaliar o grau de atractividade da intenção de ingressar nas diferentes carreiras médicas existentes, por parte dos alunos (Anexo 1 – Tabela 1).

A versão original consiste numa escala de 21 itens, com uma escala contínua de respostas tipo *Likert*, de um (Intenção definida de não ingressar) a cinco (Intenção definida de ingressar). Esta escala permite demonstrar a respectiva atracção ou decisão face às diversas especialidades médicas. Contudo, esta mesma escala foi traduzida de Inglês para Português, tendo-se também verificado a necessidade de alteração do conteúdo, uma vez que a escala tinha de ser adaptada às especialidades médicas do contexto da Medicina em Portugal. Isto é, ao traduzir a escala, confirmou-se que existiam especialidades que não constam nos colégios de especialidades portuguesas. Além disso, houve a necessidade de ter conta os dados (referentes a 2008) consultados

no Instituto Nacional de Estatística, acerca do número de especialistas, por local de residência, em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e Madeira. Assim, associou-se a especialidade de Estomatologia, por não constar na escala utilizada no questionário. Logo, a escala do presente estudo, depois das adaptações utilizou uma escala de 22 itens.

4.2.2. Expectativas da Carreira Médica

De forma a analisar a influência das expectativas da carreira médica face à escolha de uma especialidade foram utilizadas duas escalas.

Primeiramente, foi medida através de uma versão traduzida da “*Social Cognitive Career Theory Instruments to Measure Choice of Medical Specialty and Practice Location*” (Rogers et al., 2009). Esta escala tem como base a carreira sócio-cognitiva, para o desenvolvimento de um instrumento que permita avaliar as expectativas profissionais, de forma a prever a escolha da carreira médica.

No estudo em análise utilizou-se uma escala com 8 itens seleccionados que estimam concretamente as expectativas profissionais (e.g. “Forneça satisfação no trabalho”; “Permita atingir o sucesso profissional que pretende”) e outros 4 itens que correspondem às expectativas de estilo de vida que os alunos detêm face ao futuro da especialidade pela qual se interessam (e.g. “Permita ter o estilo de vida desejado”; “Permita a realização de actividades de lazer/interesses que são do seu agrado”).

Para complementar a análise das expectativas profissionais e de estilo de vida face à especialidade, da escala anterior, tomou-se a decisão de incluir outra escala (Murdoch et al., 2001) que permitisse medir as expectativas valorativas do estudante em relação à futura carreira numa especialidade (e. g. “Permita acompanhar os pacientes apenas por um curto prazo”, Permita executar um amplo espectro de trabalho”). Logo, para esse efeito, foram utilizados e traduzidos apenas 5 itens do instrumento “*Evaluating the Psychometric Properties of a Scale to Measure Medical Students’ Career-related Values*”.

As respostas do total de 17 itens de ambas as escalas foram analisadas numa escala de cinco pontos, onde os valores mais elevados na classificação aproximam-se do valor 5 (1-discordo totalmente, 5-concordo totalmente).

A análise factorial revelou (Anexo 2 – Tabela 2) três factores: orientação biossocial (e.g. “Permita acompanhar os pacientes durante as suas vidas”; Permita tratar e acompanhar famílias”); expectativas instrumentais (e.g. “Permita ter o estilo de vida

desejado”; “Compatível com os seus interesses pessoais”) e orientação biocientífica (e.g. “Intelectualmente estimulante”; “Permita executar um amplo espectro de trabalho”). Verificou-se uma relação razoável entre os factores (Keiser-Meyer-Olkin =,78) e a consistência interna de cada factor apresentou valores razoáveis de fiabilidade (α de Cronbach do factor “orientação biosocial”=,77; α de Cronbach do factor “expectativas instrumentais”=,74; α de Cronbach do factor “orientação biocientífica”=,51).

4.2.3. Força da motivação

A variável força da motivação tem como intuito medir até que ponto os estudantes de Medicina se sentem fortemente motivados com a sua escolha da carreira médica. Isto é, pretende avaliar a intensidade da motivação, verificando a força e energia que os estudantes dispõem na opção pela Medicina.

A versão original e validada consiste numa escala de 16 itens (Nieuwhof et al., 2004), contudo no presente estudo utilizou-se apenas 12 itens seleccionados do modelo dos respectivos autores.

As respectivas respostas foram avaliadas a partir de uma escala de Likert de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente).

Através da análise factorial exploratória (Anexo 3 – Tabela 3) resultaram três dimensões: “sacrifício pessoal” (e.g. “Eu gostaria de me tornar médico mesmo se isso significar dar prioridade ao meu trabalho face à minha família); “condicionantes externas” (e.g. “Eu não teria optado por Medicina se isso me tivesse causado dívidas financeiras”) e “possibilidade de realização” (e.g. “Eu pararia de estudar Medicina se estivesse 95% certo que nunca poderia tornar-me um especialista da minha escolha”). Ainda foi possível avaliar que existe uma razoável adequabilidade entre as variáveis (Keiser-Meyer-Olkin=,77), contudo não se revelou uma consistência interna razoável em todos os factores (α de Cronbach do factor “sacrifício pessoal”=,76; α de Cronbach do factor “condicionantes externas”=,50; α de Cronbach do factor “possibilidade de realização”=,47).

4.2.4. Auto-eficácia escolar

Para analisar a auto-eficácia escolar foi novamente utilizada a escala do instrumento “*The Medical Situations Questionnaire*” (McManus et al., 2006). Este foi concebido para medir o grau de capacidade motivacional do aluno para a aprendizagem

e realização das suas actividades e tarefas no âmbito escolar (e.g. “Enquanto estudo, penso diversas vezes em situações reais em que os conteúdos de estudo me seriam úteis”; “Por vezes, estudar dá-me um sentimento de profunda satisfação pessoal”).

Esta escala é composta por 18 itens, em que os participantes responderam a cada item utilizando para o efeito uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, onde o um representa “discordo totalmente” e o cinco “concordo totalmente”.

Da análise factorial resultaram (Anexo 4 – Tabela 4) três factores: organização do estudo (e.g. “Tento fazer todos os meus trabalhos escolares o mais rapidamente possível logo após estes terem sido definidos”; “Mantenho-me bem organizado nas minhas notas, para a maioria dos assuntos”); satisfação com o estudo (e.g. “Geralmente, quanto mais trabalho mais me torno incrivelmente absorvido no que faço”; “Por vezes, estudar dá-me um sentimento de profunda satisfação pessoal”) e realização pessoal (e.g. “Para mim receber notas altas é como uma espécie de competição e jogo para ganhar”; “Eu vejo-me sobretudo como uma pessoa ambiciosa e que quer chegar ao topo, independentemente do que faça”).

Existe uma adequação razoável entre as variáveis (Keiser-Meyer-Olkin =,72), e no que se relaciona com a fiabilidade dos factores esta é também razoável (α de Cronbach do factor “organização do estudo”=,64; α de Cronbach do factor “satisfação com o estudo”=,58; α de Cronbach do “factor realização pessoal”=,61).

4.3. Análise de dados

Na tabela 10 (Anexo 9) estão representados os resultados das médias, desvio-padrões e as correlações entre as variáveis do estudo em análise. É possível verificar que existiu uma associação razoável entre as variáveis dependentes e independentes.

Os dados foram analisados a partir da utilização do *software* SPSS (versão 17), sendo que as hipóteses foram examinadas e testadas através do método estatístico *T-test* para comparação de médias da variável dependente escolha da especialidade em relação ao sexo e diferente momento de ciclo de estudos da graduação em Medicina. O segundo método utilizado foi o coeficiente de correlação, em que em primeiro lugar teve como intuito verificar uma possível relação entre as diferentes expectativas e as especialidades médicas, face ao género e novamente aos dois momentos em que os alunos se encontram na graduação. Por último, este método também permitiu conhecer o efeito correlativo entre os níveis da força motivacional e os valores das crenças das

capacidades cognitivas e de aprendizagem do estudante, isto é, da auto-eficácia acadêmica.

4.4. Resultados

Na nossa primeira hipótese, os resultados verificados apresentaram que o interesse demonstrado pela especialidade cirúrgica geral em relação à variável género (Anexo 5 – Tabela 5) regista alguma significância ($t = -1,710$, $p = ,08$). Para tal utilizou-se o método *T-test* de diferença de médias. Mais concretamente, no caso do interesse pela especialidade de Cirurgia Geral, a média dos estudantes do sexo masculino é superior (2,61) à média demonstrada pelos estudantes do sexo feminino (2,39). Já no que diz respeito à especialidade Cirúrgica Especializada face à variável sexo, a diferença entre as médias não são significativas ($t = -1,108$, $p = ,269$). Embora não se confirme que a escolha de especialidades cirúrgicas especializadas assumam-se de uma forma significativa e maioritariamente realizada pelo sexo masculino, é possível afirmar que a média dos homens revela-se relativamente superior (2,57) face à média evidenciada pelas estudantes do sexo feminino (2,42). Assim, estes resultados permitem corroborar e confirmar a primeira hipótese, isto é, que os estudantes do género masculino tendem a ter uma maior intenção de ingressar em especialidade cirúrgicas, mas apenas na Cirurgia Geral.

Embora a primeira hipótese esteja confirmada, procurámos saber, quais as diferenças entre as médias (através do método *T-test*), no que diz respeito à atractividade de exercer determinadas especialidades face aos dois diferentes ciclos de estudo do curso de Medicina (Anexo 6 – tabela 6). As especialidades que se destacam para o primeiro ciclo de estudos são as cirúrgicas, isto é, em termos de Cirurgia Geral a diferença entre as médias foi bastante significativa ($t = 4,01$, $p = ,000$), onde os estudantes iniciantes registaram médias bastante superiores (2,80) à dos seus colegas do segundo ciclo de estudos (2,30). O mesmo se passou em relação às Cirurgias Especializadas, com os alunos até ao terceiro ano de curso a revelarem novamente resultados superiores (2,85) face aos estudantes em finalização de graduação (2,30). Para além das especialidades cirúrgicas, os alunos do primeiro ciclo mostraram também o seu elevado interesse na especialidade de Cardiologia (2,77) e Neurologia (2,77).

Quanto ao segundo ciclo de estudos, as preferências que se distinguem para a eleição da especialidade será a de Pediatria (2,68), seguido da Cardiologia (2,63); Medicina Geral e Familiar (2,58) e por último Ginecologia/Obstetrícia (2,56).

Quanto à segunda hipótese (Anexo 5 – tabela 5), os resultados apurados constataram que as diferenças entre as médias do interesse revelado pela especialidade de Ginecologia/Obstetrícia em relação ao gênero dos estudantes são significativas ($t=3,792$, $p=,000$). Através do método de análise *T- test*, verificou-se que os estudantes do sexo feminino apresentam uma maior preferência pela especialidade de Ginecologia/Obstetrícia (2,60) face aos alunos do sexo masculino (2,09). A situação é bastante semelhante com a opção pela especialidade de Pediatria, isto é, a diferença de médias entre o interesse em ingressar pela mesma e a variável sexo é novamente significativa ($t=3,424$, $p=,001$). Os resultados permitem demonstrar que a média da preferência pela especialidade de Pediatria no sexo feminino é muito superior (2,79) à média dos estudantes do sexo masculino (2,37). Confirma-se assim a hipótese que as mulheres registam uma maior prevalência pelas especialidades de Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria em relação aos alunos do sexo oposto.

Na presente investigação em análise, as preferências de especialidades registadas pelas mulheres são as seguintes: Pediatria (2,79); Cardiologia (2,68); Ginecologia/Obstetrícia (2,60) e Medicina Geral e Familiar (2,50). As preferências de especialidades destacadas pelos homens designam-se as seguintes: Cardiologia (2,64); Cirurgia Geral (2,61); Cirurgia Especializada (2,57) e Neurologia (2,45).

No nosso estudo, colocámos apenas uma pequena lista de especialidades médicas, contudo se fosse o caso, os alunos tinham a opção de colocar manualmente a especialidade que pretendem ou que estão mais atraídos em ingressar. Dessas mesmas respostas, extraíram-se as seguintes, por ordem de maior preferência: Medicina Interna; Gastrenterologia; Endocrinologia-Nutrição; Pneumologia; Reumatologia; Doenças Infecciosas; Patologia Clínica; Medicina Física e de Reabilitação; Genética Médica; Imuno-Alergologia; Nefrologia; Neuro-Cirurgia; Pedopsiquiatria; Psiquiatria da Infância e da Adolescência; Cardiologia Pediátrica; Emergência Médica; Medicina Desportiva; Hematologia Clínica; Medicina da Reprodução e Toxicologia.

A terceira hipótese teve como objectivo estimar o grau de relacionamento linear entre a especialidade de Medicina Geral e Familiar e as respectivas expectativas sociais dos estudantes, uma vez que se trata de uma especialidade bastante particular, no que se relaciona com a componente social que acarreta (Anexo 8 – tabela 9). O método utilizado como ferramenta de análise terá sido o coeficiente correlacional, que por sua vez assinalou uma forte correlação ($r=,210$, $p=,000$). Deste modo, os estudantes que

revelam uma maior propensão para a especialidade generalista de Medicina Geral e Familiar, evidenciam uma elevada preocupação com a orientação biosocial (expectativas sociais) inerente à especialidade em questão.

No que diz respeito aos alunos que demonstram uma preferência pela especialidade cirúrgica geral, os resultados mostram uma correlação nula ($r = -,035$, $p = ,558$), assim como os alunos interessados no ingresso por diversas especialidades cirúrgicas (e.g. “Cirurgia Cardiotóraca”) cujos revelam um coeficiente de correlação negativa perfeita ($r = -,113$, $p = ,058$). Assim, confirma-se a hipótese que os estudantes que revelam interesse no ingresso pela especialidade generalista de Medicina Geral e Familiar, evidenciam uma maior valorização das expectativas sociais, visto tratar-se de uma área da Medicina em que é importante e fulcral o contacto próximo e a longo prazo com o paciente, em relação aos alunos que pretendem desenvolver uma carreira relacionada com Cirurgia geral ou especializada.

A análise da quarta hipótese revelou que os alunos do segundo ciclo de estudos não se diferenciam significativamente pela valorização das expectativas técnicas, isto é, pelo factor de orientação biocientífica face à especialidade ($t = -,097$, $p = ,923$). Através de um método *T-test* (Anexo 7- tabela 7) foi possível averiguar que os alunos principiantes revelaram valores igualitários (4,48) aos seus colegas que estão mais próximos do final do curso de Medicina que revelam praticamente os mesmos valores (4,49). Sendo assim, não se confirma que os estudantes em finalização de curso privilegiam a orientação biocientífica que a escolha da especialidade acarreta. Quanto à segunda questão da quarta hipótese, de que os alunos em início de graduação mostram uma maior propensão para as questões sociais, isto é, para o factor biossocial na avaliação da escolha da especialidade, os nossos resultados, novamente através do método *T-test* (diferença de médias), registaram não existir significância nas médias ($t = -,600$, $p = ,549$). De facto, não se confirma de que os alunos em início de graduação (3,68) tenham uma superior preocupação aos seus colegas do segundo ciclo de estudos (3,75), inclusive é de focar precisamente que os alunos mais próximos da finalização, em termos de médias, embora não seja significativo mostram uma superior valorização da questão biossocial para o futuro da escolha das suas carreiras. Deste modo, não se confirma a quarta hipótese.

Contudo, foi ainda efectuado mais uma avaliação, de forma a avaliar se os alunos em diferentes circunstâncias na graduação também mostrariam diferenças quanto

às questões instrumentais intrínsecas à especialidade. Verificamos através do método *T-test*, que as diferenças entre as médias do factor expectativas instrumentais na escolha de uma carreira, em relação aos dois diferentes momentos de graduação analisados revelam-se evidentemente significativas ($t = -3,688$, $p = ,000$). Mostram os resultados que a média das expectativas instrumentais dos alunos que estão mais próximos de finalizar a graduação é muito superior (4,43) face aos estudantes em início de graduação (4,16). Portanto, os resultados das diferenças entre as médias do nosso estudo demonstraram que os estudantes dos dois momentos da graduação médica apenas se podem distinguir através do factor expectativas instrumentais, pois apenas este foi significativo ($t = -3,68$, $p = ,000$).

No que diz respeito à análise da hipótese 5, os resultados assinalam a diferença significativa entre as médias do factor orientação biossocial como parte integrante na expectativa da escolha de uma carreira médica em relação à variável género ($t = 2,17$, $p = ,031$). Pelo método estatístico *T-test* (Anexo 7 - tabela 8) ficou confirmada a hipótese, que as estudantes do sexo feminino (3,79) revelam uma maior propensão para a componente social na expectativa da especialidade em contraste com o sexo masculino (3,56). Embora a hipótese esteja confirmada, decidiu-se testar através do mesmo método estatístico (*T-test*) a diferença entre as médias dos factores orientação biocientífica ($t = 1,17$, $p = ,243$) e expectativas instrumentais ($t = ,330$, $p = ,741$) face ao sexo (Anexo 7 - Tabela 8). Ainda que os resultados não sejam significativos importa sublinhar que registaram-se valores bastante próximos. Ao nível da orientação biocientífica as mulheres revelaram valores relativamente superiores (4,51) em relação aos homens (4,44). Quanto às expectativas instrumentais, novamente o sexo feminino revelou valorizar este factor, embora com valores significativamente superiores (4,36) face ao género oposto (4,33).

A última hipótese teve como objectivo estimar a medida da relação entre a força da motivação e os níveis de auto-eficácia académica (Anexo 8 -Tabela 9). Através dos resultados analisados novamente utilizando a ferramenta de análise correlacional foi exequível constatar a correlação que se distinguiu como a mais forte sendo esta entre o factor sacrifício pessoal e a dimensão satisfação com o estudo ($r = ,379$, $p = ,000$). O factor condicionantes externas ainda revelou uma relação significativa com a dimensão da satisfação com o estudo ($r = ,314$, $p = ,000$). Para além das fortes correlações

anteriores, foi possível apurar outro valor positivo e significativo de correlação entre factores motivacionais e de auto-eficácia académica, nomeadamente o do sacrifício pessoal em relação à dimensão da possibilidade de realização pessoal ($r = ,211$, $p = ,000$). Desta forma, confirma-se a hipótese que quanto maior o nível da força motivadora, maior será o nível de auto-eficácia académica revelado pelo estudante.

Para concluir, seria interessante focar o facto do factor orientação biocientífica ter revelado uma correlação razoável com os níveis de auto-eficácia académica, nomeadamente com a dimensão organização do estudo ($r = ,230$, $p = ,000$), bem como com a própria satisfação do próprio ($r = ,215$, $p = ,000$).

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objectivo principal a análise das expectativas que podem influenciar os estudantes na importante decisão da escolha da especialidade (expectativas futuras), bem como a influência da força da motivação nos processos de auto-eficácia académica durante a respectiva graduação.

Mais concretamente procurou-se demonstrar o seguinte:

1. Tendo como apoio a Teoria de carreira sócio-cognitiva (SCCT), tentar compreender a influência de determinados factores comportamentais no processo de desenvolvimento da carreira;
2. Registrar diferenças ao nível do género e momento inicial ou final de graduação face a especialidades específicas e respectivas expectativas futuras das mesmas.
3. Compreender de que forma a força da motivação dos estudantes face ao curso de Medicina influencia a auto-eficácia académica.

Ao longo deste trabalho pretendemos analisar de forma exploratória que género de expectativas de carreira os estudantes de Medicina detêm. Como referência utilizou-se o modelo da Teoria Social Cognitiva de Bandura (1986). Segundo esta teoria, no processo de desenvolvimento da carreira do indivíduo, poderão constar variáveis ao nível pessoal, contextual e comportamental. Estas dimensões podem reflectir-se na forma como os indivíduos pensam e decidem sobre a carreira, bem como nas suas capacidades e objectivos. Uma das variáveis básicas que constitui o comportamento do desenvolvimento da carreira do indivíduo é o que este espera como resultado da sua acção, portanto as suas expectativas de resultados, o que na presente investigação é representado pela escolha da especialidade.

No nosso estudo procurou-se saber se o género apresentava alguma influência na escolha das especialidades cirúrgicas (*hipótese 1*), bem como nas especialidades de Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria (*hipótese 2*). Nesta linha, podemos concluir que os estudantes do sexo masculino obtiveram valores de médias superiores aos seus pares femininos, em ambas as especialidades cirúrgicas, contudo, apenas foi significativo na especialidade de Cirurgia Geral.

Segundo a literatura (Khader et al., 2008), os estudantes do sexo masculino, expressaram o seu interesse em Cirurgia num total de 52% em comparação com 15% do sexo oposto, portanto registou-se uma grande diferença entre os sexos. Os nossos

resultados não mostraram o mesmo cenário, isto é, embora os estudantes masculinos tenham obtido valores médios superiores aos seus pares femininos, em ambas as especialidades cirúrgicas, apenas existiu alguma discrepância nas diferenças ao nível do sexo na especialidade de Cirurgia Geral. Assim, de certa forma, os nossos resultados são consistentes com estudos anteriores (Khader et al, 2008), em que se confirma que o sexo masculino continua a prevalecer no interesse pelo ingresso por especialidades cirúrgicas, contudo com valores menos divergentes que os referidos no estudo da literatura consultada (*hipótese 1*).

Ainda acerca da temática das especialidades cirúrgicas foi possível apurar resultados bastante elevados e discrepantes entre os dois ciclos de estudos. Isto é, os valores mostraram que os alunos do Mestrado Integrado em Medicina, em particular os do primeiro ciclo de estudos (compreende os 1º.; 2º. e 3ºanos curriculares), detêm valores bastante superiores face aos do segundo ciclo no que diz respeito às preferências para as especialidades cirúrgicas, o que pode ser intrigante, uma vez que só a partir do 4ºano é que existe uma integração dos alunos em equipas de trabalho hospitalares.

No caso das especialidades de Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria ficou bastante evidente que a variável género continua a ser discrepante nestas especialidades, onde as mulheres revelaram valores bastante superiores aos homens. Novamente, os resultados confirmam de certo modo o que foi referido ao nível da literatura apoiada, isto é, de acordo com a mesma, o sexo feminino assegurava como eleição a especialidade de Ginecologia/Obstetrícia por 31% em contraste com apenas 1% do masculino. (Khader et al, 2008). Segundo os mesmos autores, o sexo feminino registava as suas preferências, por ordem decrescente, pela especialidade de Ginecologia/Obstetrícia seguida da Pediatria e Cirurgia. Contudo, de acordo com os nossos resultados as estudantes do sexo feminino optam pela Pediatria como primeira opção, seguido da Cardiologia e só então segue-se a Ginecologia/Obstetrícia.

Ao longo das hipóteses seguintes, designadamente a terceira, quarta e quinta hipótese foi introduzida a questão das expectativas de resultados, em que procuramos saber que tipo de comportamento o indivíduo já desenvolveu face à sua carreira. Isto é, no momento em que se encontra que tipo de resultados ou expectativas detém das suas preferências da futura carreira.

Assim, no nosso estudo tivemos como intuito relacionar se a especialidade de Medicina Geral e Familiar registaria valores elevados no que diz respeito às orientações sociais dos estudantes (*hipótese 3*), visto tratar-se de uma especialidade particular, na

medida em que é fulcral o estabelecimento de uma relação a longo prazo, através de uma comunicação efectiva entre o médico e o paciente. Os resultados apurados vão totalmente de encontro com a investigação de Kassebaum & Szenas (1994). Os estudantes mostraram associar positivamente a Medicina Geral e Familiar com a orientação social, o que corrobora perfeitamente o esperado. Para os mesmos autores, os factores que podem influenciar nas expectativas e decisões dos estudantes na respectiva escolha, quando comparados entre grupos de especialidades (especialidades generalistas; especialidades cirúrgicas, etc.) podem diferenciar-se entre as mesmas, isto é, os alunos com interesses na área generalista, registam valores mais elevados na importância de factores relacionados com o contacto entre médico-paciente face a estudantes que tenham uma maior preferência por determinadas especialidades, tal como as cirúrgicas (Kassebaum & Szenas, 1994).

Para além do objectivo anterior, e uma vez que a literatura focou a diferença da importância da componente social face a especialidades generalistas e cirúrgicas (Kassebaum & Szenas, 1994) surgiu o interesse de contrastar e comprovar novamente os valores de orientação social face aos alunos que pretendem ingressar na Cirurgia geral ou Especializada, ou seja, à partida trata-se de especialidades que essencialmente têm como principal objectivo um processo terapêutico momentâneo ao paciente. Deste modo, a importância do desenvolvimento de uma relação entre o médico e o paciente e a respectiva família deste não será um requisito importante, na maior parte dos casos. Os nossos resultados comprovaram o facto anterior, isto é, tanto a especialidade de Cirurgia Geral como a de Cirurgias Especializadas (Cirurgiacardiotóraca; Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica Reco. e Est.; NeuroCirurgia) registaram valores negativos com a componente biossocial, o que corrobora o que foi validado em estudos anteriores (Kassebaum & Szenas, 1994).

Como já foi referido algumas vezes, o Mestrado Integrado em Medicina está dividido em dois ciclos de estudos. Verificamos que os alunos dos dois momentos da graduação analisados apenas se diferenciam face à questão instrumental (“rendimento”; “estilo de vida”) na valorização da escolha da especialidade. Isto é, são os alunos que estão mais próximos da finalização da graduação, portanto os pertencentes ao segundo ciclo que demonstram expectativas mais instrumentais face à especialidade ou especialidades com que estão mais interessados em ingressar (*hipótese 4*), em contraste com os colegas de início de graduação. Os resultados do nosso estudo vão no sentido contrário ao da literatura consultada (Kassebaum & Szenas, 1994) de que os estudantes

mais próximos do término da graduação concentram as suas opiniões em questões ligadas às expectativas biocientíficas (e.g. “especialidade intelectualmente estimulante”), pois ambos os ciclos de estudos estão equiparados em termos de valorização da questão dita “técnica”. O cenário é equiparável à dimensão biossocial, pois não se confirma que a componente social seja mais considerada pelos estudantes em início de graduação.

A última questão relativa às expectativas de resultados que resta analisar será corroborar o tema da diferença entre género face às expectativas da especialidade. Os resultados evidenciaram o assegurado em estudos anteriores de que de facto o sexo feminino revela um lado mais social, tendo em conta na escolha da especialidade uma orientação biossocial claramente superior ao sexo oposto. Como já tem sido dito ao longo do trabalho, de um modo geral na literatura, subsistem desigualdades de género no que diz respeito aos valores do trabalho, em que o sexo masculino tem uma maior predisposição para valores extrínsecos de trabalho, ou seja, para uma orientação mais instrumental face ao sexo oposto. Ao passo que as mulheres tendem a estar mais focadas nos valores de trabalho sociais e em premissas relacionadas com a solidariedade social. Contudo, para complementar procurámos desenvolver um pouco estas diferenças. No que diz respeito às expectativas instrumentais, de facto, os nossos resultados não revelaram grandes diferenças em relação à variável género, ou seja, não se confirmou o dito em estudos anteriores, de que homens seriam mais atraídos pelas expectativas de carácter instrumental (Abu-Saad & Isralowitz, 1997, in Duffy & Sedlacek, 2007). O mesmo cenário repetiu-se com a orientação biocientífica, a não registar valores significativos entre o género.

O presente estudo veio assim tentar confirmar até que ponto os alunos de Medicina mostram-se fortemente motivados com a opção pela carreira médica e se esse facto terá implicações directas na convicção do indivíduo das suas próprias capacidades para a consecução das suas tarefas académicas. Os respectivos resultados determinaram que onde se registou uma maior relação terá sido entre a capacidade de sacrifício pessoal do estudante face à satisfação com o estudo, isto é, o facto de o indivíduo ter a necessidade de sacrificar a sua vida familiar e social tem uma relação directa com o gosto ou energia que coloca no seu estudo. Por vezes não é suficiente que o estudante detenha o factor interno da auto-eficácia, pois esta crença como já foi referido pode

mediar o conhecimento e a acção, contudo não será suficiente para que o desempenho académico do aluno esteja assegurado, uma vez que este também necessita de incentivos. Logo, comprova-se ao nível da literatura (Nieuwhof, et al., 2004), que se o aluno sente que está a sacrificar-se pessoalmente, ao nível da sua vida familiar e social isto poderá ter repercussões na sua satisfação com o estudo.

Por outro lado, outro resultado que pode ser considerado semelhante ao anterior e que se destacou mediante a relação entre os factores motivacionais e a auto-eficácia terá sido a dimensão motivacional das condicionantes externas ao indivíduo face à satisfação com o estudo. Isto é, determinadas condições como razões financeiras, ou necessidade de ir estudar para o estrangeiro, podem ser consideradas de factores contextuais externos ao indivíduo, em que como já foi dito pode servir de incentivo ou não, influenciando assim de forma positiva ou negativa, na formação e desenvolvimento da auto-eficácia (Bandura, 1986). Neste caso, ficou evidente que o factor contextual das condicionantes externas tem repercussões na forma como o estudante visualiza o seu desempenho académico, mais concretamente na satisfação do seu estudo.

Por último, com uma menor preponderância que as relações anteriores, mas ainda assim importante, destaca-se a dimensão da motivação ao nível do sacrifício pessoal na realização do estudante. Deste modo, podemos supor que de facto os estudantes mostraram confirmar que a intensidade motivacional que investem nos seus objectivos, nomeadamente a força e energia que entregam para a realização do mesmo, neste preciso caso à Medicina, pode repercutir-se positivamente com a respectiva realização académica (Arnold & Feighny, 1995; Sobral, 2004, in Wilson, 2009), uma vez que esta caracteriza-se como um elemento fulcral da vida de um estudante que como podemos ver através dos resultados, pode realmente influenciar e perturbar a motivação do mesmo, ao nível da sua realização pessoal.

6. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

A escolha de uma especialidade resulta de uma avaliação, por parte dos alunos, dos respectivos atributos e potencial da mesma. Esta apreciação pode depender e incluir questões relacionadas como os resultados profissionais; estilos de vida; desafio intelectual; capacidades clínicas; orientação tecnológica, entre outros. Contudo, essencialmente a preferência por uma especialidade tende a dar resposta às características pessoais do estudante de Medicina. Isto é, os estudantes optam com base nas suas necessidades e consoante as características específicas da especialidade que estão a considerar, mais concretamente, nas percepções pré-existentes baseadas na imagem que o estudante percepcionou e interpretou sobre determinada especialidade ao longo da sua vida pessoal e académica (Gaspar, 2006).

De acordo com um dos nossos resultados, os estudantes de Medicina do género masculino mostraram a sua evidência em termos de preferência apenas pela especialidade de Cirurgia Geral face ao género feminino, uma vez que no que se relaciona com as Cirurgias Especializadas a diferença entre género não obteve diferenças peremptórias. Com efeito, este resultado (hipótese confirmada) e o que tem sido exposto na literatura (Machado, 2003), de certo modo, corrobora uma tendência ainda masculina para as especialidades cirúrgicas (Baker, 1996; Janbu, 2000; Jonasson, 2002, in Machado, 2003).

Segundo os dados estatísticos mais recentes no portal oficial da Ordem dos Médicos, no que diz respeito à distribuição de médicos inscritos por especialidade, no ano de 2007⁸ (Anexo 9 -Tabela 10), verifica-se, globalmente o predomínio masculino nas especialidades cirúrgicas. Ao nível da especialidade de Cirurgia Geral, o grupo etário inferior a 35 anos regista 74 médicos inscritos do género masculino a contrastar com 63 do sexo oposto, o que confirma os valores do nosso estudo, no qual também se regista uma preferência dos homens por esta especialidade. Todavia, quando visualizamos os valores de médicos inscritos nos grupos etários entre os 36 e mais de 65 anos é possível verificar uma enorme discrepância de género com o sexo masculino a registar 1135 profissionais face a apenas 252 do sexo feminino.

No nosso estudo, no caso das especialidades Cirúrgicas Especializadas, embora prevaleça o sexo masculino, a diferença entre género não se revelou de forma

⁸ https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=stats_medicos&type=1&ano=2007

significativa. Porém, segundo os valores revelados novamente pela Ordem dos Médicos (2007), o grupo etário com idade inferior a 35 anos revela valores diferenciados entre género, com 40 médicos inscritos do sexo masculino em contraste com 31 profissionais do sexo feminino. Mas quando observados os valores dos grupos etários seguintes (36 a mais de 65 anos), é visível que os homens tendem a ingressar em superioridade por especialidades Cirúrgicas Especializadas, com 530 inscrições em oposto a apenas 112 mulheres. Neste sentido, concentrando-nos nos valores referentes ao grupo etário com menos de 35 anos, ou seja, no grupo graduado há menos tempo, e comparando com o nosso estudo é possível verificar que embora o sexo masculino revele níveis superiores ao sexo oposto nas especialidades cirúrgicas, acreditamos que a situação possa estar a mudar, podendo ser consequência de mudanças nas novas gerações. Estas, na conjuntura actual, tendem cada vez mais a registar menores diferenças através do desenvolvimento e alterações dos papéis sociais do homem e da mulher, ou seja, manifesta-se um nível superior de visibilidade da igualdade e do papel da mulher no mercado de trabalho, um exemplo disso, como já foi dito, será o aumento de mulheres no curso de Medicina ou mesmo em determinadas especialidades médicas. Poder-se-á dizer que os factores externos estão a desaparecer, existindo uma maior prática de grupo, mudanças ao nível da educação e uma consequente alteração de estereótipos.

Actualmente, a noção de que existe diferenças de género ao nível das capacidades para determinadas especialidades está inevitavelmente a modificar-se, pois cada vez mais o êxito é visto com algo independente do género, mas sim resultado de um continuado e eficaz desempenho (Baker, 1998, in Machado, 2003). Portanto, com todos os factores de impedimento a serem progressivamente ultrapassados, a escolha de Cirurgia, ou qualquer outra especialidade dependerá única e exclusivamente dos interesses pessoais.

A nossa investigação permitiu também verificar que o sexo feminino, de facto continua a revelar preferência pelas especialidades de Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria face ao género masculino. A literatura aponta alguns potenciais factores explicativos deste fenómeno, nomeadamente o poder de controlo do estilo de vida e o equilíbrio entre a actividade profissional e a vida pessoal (Gjerberg E., 2002, in Fukuda & Harada, 2010). Contudo, podemos também crer que tal situação poder-se-á explicar, primeiramente pelo facto das mulheres tenderem a revelar resultados mais elevados que os homens em testes de capacidade verbal, designadamente ao nível da fluência

(Neisseret al., 1996 in Brown & Lent, 2005), e em segundo lugar, por razões facilmente identificáveis por senso comum, isto é, que o género feminino propende a demonstrar publicamente, de uma forma mais clara, a sua personalidade sensível e afectuosidade, assim como aparenta ter uma maior facilidade na construção de relacionamentos com os pacientes, o que nas duas especialidades (Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria) em análise são características que podem influenciar na preferência das mesmas.

Comparando novamente os nossos resultados aos registados pela Ordem dos Médicos (2007), o grupo etário dos médicos inscritos com menos de 35 anos regista valores que corroboram que o sexo feminino tende a preferir a especialidade de Ginecologia/Obstetrícia com 19 profissionais face a apenas 8 do sexo masculino, sendo que nos grupos etários seguintes (36 a mais de 65 anos) o cenário é semelhante com 815 médicas inscritas em contraste com 606 profissionais do género masculino. No caso da especialidade de Pediatria o panorama é idêntico ao da especialidade anterior, isto é, mantém-se a superioridade das inscrições do género feminino em que este regista 51 profissionais de saúde face a apenas 8 médicos do sexo masculino (inferior a 35 anos). A situação permanece a mesma na distribuição de médicos inscritos com idades entre os 36 e superiores a 65 anos de idade, em que as mulheres mantêm a sua preeminência em termos de valores com 862 inscrições face a 565 dos médicos do género masculino.

Segundo o estudo em análise foi também possível confirmar que a escolha da especialidade generalista de Medicina Geral e Familiar está associada a expectativas sociais, mais concretamente ao nível da orientação biossocial em detrimento das especialidades cirúrgicas, em que não é valorizada a componente social. Mais precisamente, os alunos revelaram avaliar a especialidade de Medicina Geral e Familiar com características próprias, valorizando factores importantes e inerentes a este ramo médico, tais como, o tratamento e acompanhamento do paciente durante a sua vida, bem como do respectivo agregado familiar. São diversos os estudos que referem a preocupação do humanismo no médico, bem como na importância desta questão valorativa na decisão da escolha de uma especialidade, principalmente no caso específico da Medicina Geral e Familiar. Ao preferirem esta especialidade com características particulares, os estudantes de Medicina pretendem algo diferente para a sua carreira, isto é, trata-se de um trabalho bastante diferenciado do hospitalar, em que existe uma maior proximidade com o paciente, em que muitas vezes estão inerentes problemas do foro social e comunitário. Segundo a literatura (Gaspar, 2006) regista-se

um declínio no ingresso da Medicina Geral e Familiar, derivado da forte influência do poder da tecnologia, bem como pelos actuais desafios e exigências de uma sociedade em constante mudança. Sendo assim, regista-se uma maior atracção pelas sub-especialidades hospitalares, uma vez que proporcionam um maior prestígio, em termos de cultura médica (orientadas para os procedimentos técnicos), e por serem mais atractivas em termos remuneratórios, repercutindo-se desta forma nas escolhas profissionais dos jovens médicos da actualidade.

Foi ainda possível apurar nesta investigação que os estudantes de Medicina analisados em dois diferentes momentos de graduação apenas se distinguiram claramente na valorização e influência das questões instrumentais face à escolha da especialidade. Isto é, de facto os nossos resultados revelaram que são os estudantes que frequentam os últimos anos do curso de Medicina (4º, 5º e 6º ano curriculares) que apresentam ser mais instrumentais, ou seja, que tendem a dar uma maior importância a questões relacionadas com o estilo de vida que a especialidade pode proporcionar. Isto leva-nos a supor que as expectativas instrumentais tornem-se um factor mais valorizado com o avanço da formação médica por parte dos alunos, nomeadamente por questões como o número de horas de trabalho semanal; tempo disponível para outros interesses (actividades de lazer/interesses) ou número de chamadas nocturnas, pois os estudantes do segundo ciclo de estudos já contactam directamente com o ambiente hospitalar.

O factor do estilo de vida pode ser um factor preponderante e motivador para a decisão sobre a escolha da especialidade (Gaspar, 2006). Para além disso, acreditamos que o facto dos alunos que estão mais próximos do final da graduação valorizarem mais as questões instrumentais face aos seus colegas em início de graduação médica possa estar intrinsecamente ligado com a formação que recebem quando efectuam a sua residência nos locais de prática médica (Kassebaum & Szenas, 1994). A escola médica tem um papel relevante e fulcral na influência da opinião do estudante na escolha, confirmação ou mesmo substituição da preferência inicial do aluno por determinada especialidade. Este efeito da escola médica nos estudantes pode ser representado em aspectos como os próprios cenários dos ensinamentos clínicos; na forma como as disciplinas se estruturam; na forma adequada como os alunos são supervisionados pelos tutores; no currículo; nos recursos humanos, entre outros factores (Wanderley & Sobral 2009).

Como já tem sido referido anteriormente ao longo deste estudo, as mulheres tendem em alguns aspectos a diferenciar-se dos homens, logo partiu-se novamente desta premissa, isto é, houve o interesse de analisar se de facto o género feminino tende a revelar valores sociais de trabalho superiores face ao sexo oposto. Os nossos resultados corroboram estudos anteriores (McManus et al., 2006) de que as mulheres revelam uma maior orientação biossocial em contraste com os homens durante o percurso académico. De facto confirma-se que as estudantes do género feminino valorizam e esperam da escolha da especialidade um foco no princípio da importância do desenvolvimento de relacionamentos de longo prazo com os pacientes, bem como no acompanhamento dos mesmos nas suas vidas e da respectiva família, ao mesmo tempo tendo em atenção as necessidades sociais e psicológicas dos pacientes.

Conforme ficou provado os estudantes revelaram que a força das crenças motivacionais, nomeadamente o sacrifício pessoal ao nível da sua vida familiar e social produzia um impacto directo na satisfação com o estudo, isto é, na auto-eficácia académica. Acreditamos que tal facto possa ser resultado da força da motivação que leva o aluno a fazer sacrifícios pessoais na sua vida, dedicando a mesma à futura profissão, e reconhecendo que esse mesmo sacrifício valerá totalmente a pena pela Medicina. É esta dedicação e prioridade à formação médica que permitirá que o aluno se envolva totalmente nas actividades de aprendizagem, confiando nos seus conhecimentos, capacidades e talento como ferramentas que lhe podem permitir exercer domínio sobre um conteúdo, adquirir novos conhecimentos ou mesmo progredir nas suas competências no contexto académico. Assim, o aluno sentir-se-á motivado, mesmo sabendo que isso poderá ter implicações na sua vida familiar e social, planeando a sua estratégia de acção em que o esforço estará presente desde o início e ao longo de todo o processo, com persistência perante as adversidades levando a um resultado, a satisfação do seu estudo.

Embora os estudantes de Medicina possam ter diversas expectativas face à especialidade que pretendem, os valores pessoais e sociais do aluno são as características que mais fortemente influenciam a escolha de uma especialidade, uma vez que se tratam de metas individuais que variam consoante a importância pessoal, constituindo-se como princípios que guiam a vida do indivíduo, contribuindo assim, para uma respectiva satisfação profissional (Gaspar, 2006).

Actualmente, quando nos dirigimos a qualquer local de prática médica podemos constatar que no geral (não especificando especialidades) podemos encontrar tanto médicos do género masculino como do feminino, contudo, esse panorama nem sempre assim o foi, ou seja, apesar de as mulheres nos dias de hoje terem conquistado a sua clara posição na Medicina existe uma longa história de discriminação bastante desfavorável à mulher. Logo poder-se-á dizer que tem sido um longo caminho para que a mulher tenha o lugar que tem hoje na profissão médica. Isto é, a Medicina, assim como a carreira militar ou mesmo a eclesiástica, sempre foram consideradas actividades próprias do género masculino, uma vez que se tratava de uma profissão desapropriada à mulher, por razões de ordem moral. Durante séculos, as únicas funções da mulher na Medicina era como enfermeira no cuidado dos pacientes, nomeadamente as irmãs de caridade, ou então como parteiras (Rezende, 2002). A função de parteira era considerado um trabalho “sujo” e desvalorizador para o homem (Fidell, 1980 in Bowman et al. 2002). Um exemplo bastante antigo mas clarificador do difícil percurso da mulher na Medicina remonta ao ano de 1421, quando uma petição foi apresentada pelo Rei Henry V, com o objectivo de evitar as mulheres de exercer Medicina (Heins, 1979 in Bowman et al. 2002). As mulheres conquistaram o direito de frequentar as universidades, no final do século XIX, sendo que a primeira mulher a receber formalmente a graduação médica, em Portugal foi Elisa Augusta da Conceição de Andrade (Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa), no ano de 1889.

Depois da anterior contextualização do difícil percurso da aceitação da mulher na Medicina pensamos ser importante sublinhar uma notícia intrigante que surgiu na imprensa, em Junho de 2004, com declarações do presidente do conselho directivo do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Universidade do Porto), de que o modelo de ingresso nos cursos de Medicina teria de ser alterado ou teriam de ser criadas quotas para os homens nas faculdades. Esta situação teve origem no facto de haver uma preocupação com o crescente número de mulheres a entrar no curso de Medicina, mais concretamente segundo números fornecidos pelo Ministério da Ciência e do Ensino Superior existiriam mais 1500 mulheres face aos homens a estudar Medicina em Portugal, o que foi visto com apreensão em alguns sectores da classe médica e no meio académico. Esta ideia parece ter sido também aceite pelo então director da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), que mencionou numa notícia publicada no dia 2 de Junho de 2004, ao Jornalismo Porto Net (JPN - Jornal Digital da Licenciatura em Ciências da Comunicação da Universidade do Porto) não se tratar de uma forma de

travar acesso de mais mulheres à profissão médica, mas de uma questão de equilibrar a presença de homens e mulheres na graduação, sendo que na FMUP, em 2004, sessenta por cento dos estudantes eram mulheres.

Creemos que o facto de existir uma preocupação com a defesa de quotas para homens no acesso ao curso de Medicina pode estar relacionado com a também apreensão de um aumento do número de mulheres na profissão, muito provavelmente em certas especialidades. De acordo com a notícia publicada a 2 de Junho de 2004, no Jornalismo Porto Net, intitulada de “quotas para homens em Medicina: necessidade ou discriminação?” foi mencionado que o que está a suceder é um equilíbrio entre género que no passado não existiria. De acordo com o mesmo jornal *on-line*, os dados do Instituto Nacional de Estatística registaram, no ano de 2001, uma representação das mulheres na Medicina nos valores dos 45 por cento, contrastando com os apenas 15 por cento no ano de 1969.

O também então bastonário da Ordem dos Médicos, em declarações ao jornal público, a 2 de Junho de 2004, explica o facto de as mulheres estarem em maioria por razões de uma maior sensatez e conseqüentemente uma maior aplicação nos estudos, contudo prevê alguns problemas ao nível do futuro, pois embora persistam áreas da Medicina pouco escolhidas pelas mulheres (como por exemplo a Urologia ou a Ortopedia) não quererá dizer que o género feminino seja maioritário na grande maioria dos colégios de especialidades médicas. Outra das opiniões a focar pelo mesmo dirigente (bastonário da Ordem dos Médicos em Junho de 2004) seria de que os homens teriam formas diferentes de trabalhar, o que é perfeitamente compreensível, o que é bastante curioso será a questão da apreciação de que a “a maternidade afasta as mulheres do serviço e tira-lhes alguma da capacidade de doação à profissão”. Esta apreciação faz-nos pensar e recuar um pouco atrás quando a situação de número de profissionais do género masculino seria superior ao do género feminino e a questão das quotas não se levantaria, portanto este assunto bastante controverso da existência de quotas na Medicina faz-nos questionar se a mulher mesmo tendo as mesmas condições de acesso ao sexo oposto, ainda não terá um caminho a percorrer para que seja vista de uma forma igualitária ao homem e que o exercício da profissão médica seja entendido, tal como acontece noutras áreas ocupacionais, de uma questão de empenhamento.

Todavia, é preciso focar que embora persista uma superioridade do género feminino nas faculdades de Medicina, isso não quererá dizer que se reflecta na

probabilidade de exercer determinada especialidade ou de atingir um cargo de director de serviço (McDonough, Horgan, Codd e Casey, 2000 in Machado, 2003). A mesma autora, refere o caso de um Hospital da Grande Lisboa, nomeadamente o Fernando Fonseca, que do total de 355 médicos, 52% seriam mulheres, contudo dos 34 directores de serviço, 83% seriam do género masculino (Machado, 2003).

Uma ideia proposta por alguns dirigentes académicos e que cremos ter algum fundamento diz respeito ao modelo genérico de entrada em Medicina. Isto é, segundo algumas opiniões o modelo deve ser repensado, em que embora a média seja constituída por alguma transparência, não será um método completo para a verificação se no futuro o aluno será um “bom médico”.

A educação médica como já foi referido tem um papel fundamental e essencial para a determinação do perfil do futuro médico, e tal como em outras áreas, de facto abarca um conjunto de capacidades e atitudes que num todo concretiza a preparação integral do estudante para a prática profissional médica. Portanto, acreditamos que no caso específico do estudante de Medicina deve ser tida em conta a atitude esperada do estudante, como por exemplo na relação médico-paciente. Sendo assim, devem ser analisados métodos que não travem a entrada de estudantes com base no seu género, mas sim dar relevância a métodos complementares de análise dos critérios psicológicos, comportamentais e de relacionamento pessoal, como por exemplo a entrevista. Seria importante a valorização do futuro de um profissional de saúde que esteja preparado para a possibilidade de se confrontar com a integração de problemas de dimensão biológica, psicológica, social e ambiental, onde o papel da escola médica é bastante importante na passagem dessa mesma noção.

Esta presente investigação também pretende focar para a questão do planeamento da carreira, pois trata-se de uma componente crucial para o processo de desenvolvimento dos estudantes de Medicina e como já tem sido dito ao longo do nosso estudo, são muitos os factores (personalidade; variáveis de estilo de vida, etc.) que podem influenciar no processo de exploração e decisão de carreira que tem inerente uma certa complexidade. Logo, reconhecemos que seria relevante que desde o início da graduação médica até ao final da mesma os alunos comecem a desenvolver a sua gestão de carreira e capacidades de planeamento. Como tal, cremos que seria bastante interessante um papel mais interventivo, por parte das escolas de graduação médica no conhecimento das respectivas aspirações de carreira e escolhas, assim como no aconselhamento aos estudantes. Isto é, baseamo-nos no exemplo do programa *Careers in Medicine* (CIM),

um dos muitos projectos de apoio aos alunos realizado pela *Association of American Medical Colleges*, que se trata de um programa de planeamento de carreira estabelecido em teorias e modelos de desenvolvimento (Zink et al., 2007), concebido para auxiliar os estudantes de Medicina na escolha de uma especialidade, bem como na selecção e requerimento de entrada num programa de internato. Este programa tem assim como objectivo ajudar e “trabalhar” com os alunos mais hesitantes na escolha de uma carreira, num processo de quatro fases que direcciona através de actividades de planeamento de carreira, como a auto-avaliação; a exploração de diversas carreiras médicas, a tomada de decisão e por último a implementação (internato). O grande objectivo é que o aluno se decida pela escolha de uma carreira que corresponda aos seus objectivos e competências à medida que adquire conhecimentos e é exposto a diferentes experiências educacionais.

Numa primeira fase o aluno poder-se-á dizer que se compreende a si mesmo, através de ferramentas *on-line*, que têm como objectivo avaliar a sua personalidade, interesses, valores, capacidades e ambiente preferencial de prática médica, chegando assim a um resultado do seu perfil pessoal (confidencial). Segue-se uma fase de exploração das diversas variedades de especialidades, em que o aluno tem também disponível *on-line* a possibilidade de consulta e pesquisa das diversas opções de carreira, bem como a respectiva natureza do trabalho; cenários de prática; características pessoais importantes; requisitos do internato; salário, entre muitas outras questões. Na terceira fase, depois de recolher toda a informação que necessita das diversas possibilidades, bem como da experiência académica, o aluno deve comparar com os resultados retirados do perfil pessoal, da primeira fase. A última fase termina com a intervenção do programa CIM (*Careers in Medicine*), como uma espécie de orientação durante o processo de aceitação de entrada no internato, encontrando informações úteis sobre este mesmo procedimento, bem como recomendações para terminar a graduação médica e aconselhamento do próprio início de internato. Outro programa também bastante interessante são os denominados conselheiros de orientação profissional (*Faculty Career Advisors - FCA's*) que desempenham um papel bastante importante para o processo de decisão dos estudantes de Medicina. Estes orientadores são docentes clínicos seleccionados pelas Faculdades, que recebem formação especializada para o desempenho deste papel de aconselhamento. Ao longo da graduação, os alunos também participam em vários programas de suporte, inclusive durante o processo de candidatura e aceitação do internato, sendo alvo de uma preparação para o mesmo, realizando actividades como a preparação do currículo e declaração pessoal, entre muitas outras.

O estudo chama também à atenção para a necessidade de avaliação das percepções dos estudantes de Medicina face à escolha da especialidade, durante os diferentes ciclos de estudo, através da monitorização de uma escala de atitude, que permitiria investigar a evolução das mudanças de opinião dos estudantes, assim como ao nível de indicadores do próprio impacto curricular e experiências académicas. Será importante conhecer melhor o desenvolvimento das percepções e atitudes dos estudantes, de forma a ser possível efectuar algumas mudanças benéficas, ao mesmo tempo que permitiria acompanhar o contexto social, promovendo desta forma, eventuais alterações nos conteúdos curriculares. É importante dar relevância à forma como os futuros médicos percebem o papel que representarão na sociedade, como por exemplo se sentem que estão preparados para os aspectos biopsicossociais associados à profissão (aptidões comunicacionais; capacidade de transmitir confiança ao paciente), e se essas percepções correspondem à formação que estão a receber nos seus locais de graduação, isto é, se sentirão que estão preparados para os novos desafios que enfrentarão como futuros médicos.

Para concluir, o presente estudo dá uma contribuição para o conhecimento do que alguns futuros médicos Portugueses esperam da sua carreira na Medicina, dando uma perspectiva de um longo processo decisório que é a escolha da especialidade, em que envolve alternativas de confirmação, eliminação ou mesmo inserção de uma especialidade de preferência, sendo que este processo respeita a uma incorporação de compatibilidade pessoal com respeito a domínios, atributos, diferentes actividades e desafios mediante as opções de carreira dos respectivos futuros profissionais de saúde.

7. BIBLIOGRAFIA

Monografias (Livros):

Bandura, Albert (1986), *Social foundations of thoughts and action: A social cognitive theory*, Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall.

Bandura, Albert (1997), *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, New York, W.H. Freeman and Co.

Baruch, Yehuda (2004), *Managing careers: theory and practice*, Essex, Pearson Education.

Bowman, M., Frank, E., Allen, D., (2002) *Women and Medicine – Career and Life Management*, New York, Springer.

Brown, Duane (2007), *Career information, career counseling, and career development*, Boston, Pearson Allyn and Bacon.

Brown, Steven D. e Lent, Robert W. (2005), *Career Development and Counseling – Putting Theory and Research to Work*, New Jersey, John Wiley & Sons, Inc.

Patton, Wendy e McMahon, Mary, (2006), *Career Development and Systems Theory – Connecting Theory and Practice*, Sense Publishers.

Reardon, Robert C.; Lenz, Janet G.; Sampson, James P. e Peterson, Gary W. (2006), *Career development and planning : a comprehensive approach*, Madrid, Thomson.

Periódicos Científicos:

Batenburg, V. (1997), Do professional attitudes change during medical education?, *Advances in Health Sciences Education*, 6, 84-96.

Bensing, J., Kerssens, J. e Pasch, M. (1995), Patient-direct gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice, *Journal of Nonverbal Behavior*, 19(4), 223-242.

Betz, N.E. e Hackett, G. (1997), Applications of Self-Efficacy Theory to the Career Assessment of Women, *Journal of Career Assessment*, 5(4), 383-402.

Carol Elam e Ed. D. (1994), Application of Holland's Theory of Vocational Personalities and Work Environments to Medical Student Specialty Selection, *Journal of Career Development*, Vol. 21(1), 37-48.

Creed, Peter; Patton, Wendy e Prideaux, Lee-Ann (2006), Causal Relationship Between Career Indecision and Career Decision-Making Self-Efficacy: A Longitudinal Cross-Lagged Analysis, *Journal of Career Development*, 33(1), 47-65.

Dall'alba G. (1998), Medical practice as characterised by beginning medical students. *Advances in health sciences education: theory and practice*, 3:10, 1–118.

Draper, Catherine e Louw, Graham (2007), What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career", *Medical Teacher*, 29, 100-107.

Duffy, Ryan D. e Sedlacek, William E. (2007), What is most important to student's long-term career choices: analyzing 10-year trends and group differences, *Journal of Career Development*, Vol. 34, No. 2, 149-163.

Gaspar, Dina (2006), Medicina Geral e Familiar – Uma escolha gratificante, *Acta Médica Portuguesa*, 19, 133-140.

Gilbert, A.; Cardoso, M.; Wuillaume, S. e Jung, M., (2009) Discursos médicos em construção: um estudo com residentes em Obstetrícia/Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(4), 615-623.

Gottfredson, L. (1981), Circumscription and Compromise: A Developmental Theory of Occupational Aspirations", *Journal of Counseling Psychology Monograph*, Vol. 28, No. 6, 545-579.

Harada, T., Fukuda, Y., (2010), Gender differences in specialty preference and mismatch with real needs in Japanese medical students, *BMC Medical Education*, 10:15, 2-7.

Kassebaum, Donald G. e Szenas, Philip L. (1994), Factors influencing the specialty choices of 1993 medical school graduates, *Academic Medicine*, Vol. 69, No. 2, 164-170.

Khader, Yousef; Al-Zoubi, Dema; Amarin, Zouhair; Alkafagei, Ahmad; Khasawneh, Mohammad; Burgan, Samar; El Salem, Khalid e Omari, Mousa (2008), Factors affecting medical students in formulating their specialty preferences in Jordan, *BMC Medical Education*, 8:32, 1-7.

Machado, Maria do Céu (2003), A feminização da Medicina, *Análise Social*, (166), 127-137.

McManus, IC.; Livingston G. e Cornelius Katona (2006), The attractions of medicine: the generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement, *BMC Medical Education*, 6:11, 1-15.

Mousoulides, Nikos e Philippou George (2005), Student's motivational beliefs, self-regulation strategies and mathematics achievement, *Proceedings of the 29th Conference of the International Group for the Psychology of Mathematics Education*, Vol. 3, pp. 321-328.

Murdoch, Maureen; Kressin, Nancy; Fortier, Larry; Giuffre, Patti A. e Oswald, Lisa (2001), Evaluating the Psychometric Properties of a Scale to Measure Medical Students' Career related Value, *Academic Medicine*, Vol. 76, No. 2, 157-165.

Nieuwhof, Marja GH; Cate, Olle; Oosterveld, Paul; Soethout e Marc B.M. (2004), Measuring Strength of Motivation for Medical School, *Med Educ Online [serial online]*, 9:16, 1-7.

Nieuwhof, Marja GH; Rademakers, J.; Kuyvenhoven, M.; Soethout, M.e Ten Cate, Th. (2005), Students' conceptions of the medical profession; an interview study, *Medical Teacher*, Vol. 27, No. 8, 709-714.

Pintrich, P.R. e De Groot E. (1990), Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance, *Journal of Educational Psychology*, 82(1), pp. 33-50.

Pintrich, P.R. (1999). The role of motivation in promoting and sustaining self-regulated learning. *International Journal of Educational Research*, 31, 459-470.

Rogers, Mary E.; Creed, Peter A. e Searle, Judy (2009), The Development and Initial Validation of Social Cognitive Career Theory Instruments to Measure Choice of Medical Specialty and Practice Location, *Journal of Career Assessment*, Vol.17, No. 3, 324-337.

Savickas, M.L. (1997), Constructivist Career Counseling: Models and Methods, *Advances in Personal Construct Psychology*, Vol. 4.

Schnuth RL., Vasilenko P., Mavis B. e Marshall J., (2003), What influences medical students to pursue careers in obstetrics and gynecology?, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 189(3):639-643.

Schunk, D. H. (1991), Self-efficacy and academic motivation, *Educational Psychologist*, 26, 207-231.

Sternberg, Robert J. (2005), The Theory of Successful Intelligence, *Interamerican Journal of Psychology*, Vol. 39, No. 2, 189-202.

Wanderley, M. e Sobral, D., (2009), Escolha da especialização em Ginecologia e Obstetrícia, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(1):55-56

Watmough, S., Waddelove, C., e Jaeger, L., (2009), First year medical students' perceptions of a career in medicine – how can these inform careers support?, *Constructing the Future: Career Guidance for Changing Contexts*, 51-59.

Williams, G.C.; Saizow, R.B. e Ryan, R.M. (1999). The importance of self-determination theory for medical education, *Academic Medicine*, Vol. 74, No. 9, 992-995.

Wilson, Jacqueline I. (2009), A two factor model of performance approach goals in student motivation for starting medical school, *Issues in Educational Research*, 19(3), 271-281.

Wright, B.; Scott I.; Woloschuk W. e Brenneis F. (2004), Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. *Canadian Medical Association Journal*, 2004, 170:1920-24.

Zink, Brian J.; Hammoud, Maya M; Middleton, Eric; Moroney, Donney e Schigelone, Amy (2007), A Comprehensive Medical Student Career Development Program Improves Medical Student Satisfaction With Career Planning, *Teaching and Learning in Medicine*, 19(1), 55–60.

ANEXOS

Anexo 1 - Tabela 1 - Análise Descritiva de médias da escolha das especialidades médicas

DESCRIPTIVAS / ESPECIALIDADES	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
Anatomia Patológica	1,41	0,663
Anestesiologia	2,15	0,833
Cardiologia	2,67	0,811
Cirurgia Geral	2,45	0,972
Cirurgia Especializada (Cirurgiacardiotóracica; Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica Reco. e Est.; Neuro-Cirurgia)	2,46	1,036
Dermato-Venereologia	1,85	0,854
Estomatologia	1,44	0,656
Ginecologia/Obstetrícia	2,47	1,026
Hematologia Clínica	1,94	0,812
Medicina Geral e Familiar	2,44	0,919
Medicina Legal	1,72	0,839
Neurologia	2,46	0,894
Oftalmologia	2,05	0,84
Oncologia Médica	2,25	0,903
Ortopedia	1,9	0,925
Otorrinolaringologia	1,95	0,827
Pediatria	2,68	0,912
Psiquiatria	2,04	0,996
Radiodiagnóstico	1,62	0,786
Saúde Pública	1,3	0,598
Urologia	1,93	0,887

Anexo 2 – Tabela 2 - Análise Factorial exploratória da escala de expectativas face às especialidades médicas

ITEM	FACTOR		
	1	2	3
A importância do desenvolvimento de relacionamentos de longo prazo com os pacientes	0,818	0,064	0,059
Permita acompanhar os pacientes durante as suas vidas	0,807	0,119	0,053
Permita tratar e acompanhar famílias	0,711	0,057	0,029
Permita acompanhar os pacientes apenas por um curto prazo	-0,706	-0,017	0,11
Ter atenção às necessidades sociais e psicológicas dos pacientes	0,628	0,145	0,191
Permita ter o estilo de vida desejado	-0,04	0,803	-0,097
Permita a realização de actividades de lazer / interesses que são do seu agrado	0,043	0,777	0,128
Permita que tenha uma integração entre o seu trabalho desejado e as actividades recreativas	0,201	0,724	0,136
Compatível com os seus interesses pessoais	0,154	0,635	0,149
Permita exercer as competências técnicas que melhor correspondam às que julga actualmente possuir	-0,075	0,155	0,704
Intelectualmente estimulante	0,032	-0,053	0,662
Permita atingir o sucesso profissional que pretende	-0,017	0,205	0,616
Permita executar um amplo espectro de trabalho	0,268	0,003	0,522

Nota: N=285. Índice de Keiser-Meyer-Olkin=,778

O factor 1, “**orientação biossocial**” explica 26% da variância. O segundo factor, “**expectativas instrumentais**” explica 16%. Por último, o terceiro factor designado de “**orientação biocientífica**” explica 11% da variância total.

Para a obtenção dos respectivos pesos factoriais foi utilizado o método de rotação *Varimax*.

Anexo 3 - Tabela 3 - Análise Factorial exploratória da escala de força da motivação

ITEM	FACTOR		
	1	2	3
Continuaria a optar pela Medicina mesmo que isso significasse que eu nunca seria capaz de ir de férias com os meus amigos	,805	,243	-,074
Eu gostaria de me tornar médico mesmo se isso significar dar prioridade ao meu trabalho face à minha família	,790	,063	,062
Mesmo se mal conseguisse manter a minha vida social, gostaria de continuar a formação médica	,784	,313	-,041
Gostaria de estudar Medicina, mesmo se tiver que dedicar muito tempo sobre tópicos que mais tarde serão um desperdício de tempo para a minha carreira como médico	,542	,019	-,174
Continuaria a escolher Medicina mesmo se isso significasse ter de ir estudar noutro país e em que não dominasse a língua	,196	,745	,034
Eu não teria optado por Medicina se isso me tivesse causado dívidas financeiras (se não tivesse financiamento suficiente)	-,062	-,715	,016
Quando finalizou o ensino secundário, se fosse necessário para estudar Medicina, estaria disposto a retomar os exames finais, de forma a obter notas mais elevadas	,173	,519	-,285
Eu pararia de estudar Medicina se estivesse 95% certo que nunca poderia tornar-me um especialista da minha escolha	-,262	,162	,694
Não me iria realmente incomodar muito se já não me fosse possível estudar Medicina	-,140	-,330	,662
Pararia de estudar Medicina se começasse a obter frequentemente notas baixas e a ter insucesso nos exames	,125	-,064	,621

Nota: N=285. Índice de Keiser-Meyer-Olkin=,77.

O factor 1, “**sacrifício pessoal**” explica 30% da variância. O segundo factor, “**condicionantes externas**” explica 13%. Por último, o terceiro factor designado de “**possibilidade de realização**” explica 11% da variância total.

Para a obtenção dos respectivos pesos factoriais foi utilizado o método de rotação *Varimax*.

Anexo 4 - Tabela 4 - Análise Factorial exploratória da escala de auto-eficácia escolar

ITEM	FACTOR		
	1	2	3
Tento trabalhar de forma consistente, durante todo o semestre e efectuar uma revisão do que estudei na proximidade dos exames	,801	-,024	,021
Tento fazer todos os meus trabalhos escolares o mais rapidamente possível logo após estes terem sido definidos	,679	,051	,089
Mantenho-me bem organizado nas minhas notas, para a maioria dos assuntos	,560	,072	,244
Para formar o meu ponto de vista, apenas fico satisfeito depois de estudar profundamente sobre um determinado assunto	,549	,329	-,012
Tento relacionar o material recente com os conhecimentos anteriores que possuo sobre o mesmo tema	,405	,253	-,252
Acho que estudar determinados tópicos académicos pode por vezes ser tão emocionante como um bom romance ou filme	,183	,710	-,028
Geralmente, quanto mais trabalho mais me torno incrivelmente absorvido no que faço	,130	,706	,124
Por vezes, estudar dá-me um sentimento de profunda satisfação pessoal	,295	,625	,068
Por vezes aborreço-me ao pensar que tenho de continuar a estudar muitos anos depois de terminar a universidade, mas sei que no final valerá a pena	,168	-,566	-,101
Para mim receber notas altas é como uma espécie de competição e jogo para ganhar	,035	,072	,768
Eu vejo-me sobretudo como uma pessoa ambiciosa e que quer chegar ao topo, independentemente do que faça	-,068	,162	,716
Quero obter as melhores notas para que depois de terminar o curso tenha mais hipóteses de ser admitido nas melhores colocações disponíveis	,341	-,008	,680

Nota: N=285. Índice de Keiser-Meyer-Olkin=,72

O factor 1, “**organização do estudo**” explica 24% da variância. O segundo factor, “**satisfação com o estudo**” explica 13%. Por último, o terceiro factor designado de “**realização pessoal**” explica 12% da variância total. Para a obtenção dos respectivos pesos factoriais foi utilizado o método de rotação *Varimax*.

Anexo 5 -Tabela 2 - Diferença entre as médias das especialidades médicas em relação ao sexo

ESPECIALIDADES MÉDICAS	MÉDIA MULHER	MÉDIA HOMEM	VALORES DO T- TEST	SIG. (2-TAILED)
Anatomia Patológica	1,41	1,39	,31	p=,757
Anestesiologia	2,16	2,13	,25	p=,799
Cardiologia	2,68	2,64	,38	p=,708
Cirurgia Geral	2,39	2,61	-1,71	p=,088
Cirurgia Especializada	2,42	2,57	-1,11	p=,269
Dermato-Venereologia	1,89	1,73	1,36	p=,174
Estomatologia	1,44	1,43	,18	p=,855
Ginecologia/Obstetrícia	2,60	2,09	3,79	p=,000
Hematologia Clínica	1,98	1,84	1,29	p=,197
Medicina Geral e Familiar	2,50	2,25	2,00	p=,046
Medicina Legal	1,74	1,65	,75	p=,454
Neurologia	2,47	2,45	,11	p=,912
Oftalmologia	1,95	2,33	-3,44	p=,001
Oncologia Médica	2,33	2,04	2,39	p=,017
Ortopedia	1,75	2,33	-4,91	p=,000
Otorrinolaringologia	1,92	2,04	-1,04	p=,297
Pediatria	2,79	2,37	3,42	p=,001
Psiquiatria	2,03	2,04	-,050	p=,960
Radiodiagnóstico	1,56	1,77	-2,01	p=,045
Saúde Pública	1,27	1,39	-1,49	p=,136
Urologia	1,82	2,23	-3,48	p=,001

Anexo 6 -Tabela 6 - Diferença entre as médias das especialidades médicas em relação aos dois ciclos de estudo

ESPECIALIDADES MÉDICAS	MÉDIA 1º, 2º,3ºANO	MÉDIA 4º, 5º, 6ºANO	VALORES DO T- TEST	SIG. (2-TAILED)
Anatomia Patológica	1,82	1,23	7,45	,000
Anestesiologia	2,11	2,17	-,62	,537
Cardiologia	2,77	2,63	1,40	,164
Cirurgia Geral	2,80	2,30	4,01	,000
Cirurgia Especializada	2,85	2,30	4,18	,000
Dermato-Venereologia	1,82	1,86	-,371	,711
Estomatologia	1,64	1,35	3,46	,001
Ginecologia/Obstetrícia	2,25	2,56	-2,36	,019
Hematologia Clínica	1,99	1,93	,594	,553
Medicina Geral e Familiar	2,10	2,58	-4,15	,000
Medicina Legal	1,86	1,66	1,85	,066
Neurologia	2,77	2,33	3,89	,000
Oftalmologia	2,20	1,99	1,96	,051
Oncologia Médica	2,37	2,20	1,41	,160
Ortopedia	2,10	1,82	2,3	,022
Otorrinolaringologia	1,99	1,94	,44	,657
Pediatria	2,67	2,68	-,13	,900
Psiquiatria	2,32	1,92	3,19	,002
Radiodiagnóstico	1,50	1,67	-1,64	,103
Saúde Pública	1,48	1,22	3,30	,001
Urologia	1,68	2,03	-3,10	,002

Anexo 7 -Tabela 7 – Diferença entre as médias das expectativas das especialidades médicas em relação aos dois ciclos de estudo

EXPECTATIVAS	MÉDIA 1º, 2º, 3ºANO	MÉDIA 4º, 5º, 6ºANO	VALORES DO T- TEST	SIG. (2-TAILED)
Orientação biossocial	3,68	3,75	-,600	,549
Expectativas instrumentais	4,16	4,43	-3,68	=,000
Orientação biocientífica	4,48	4,49	-,097	,923

Anexo 7 -Tabela 8 – Diferença entre as médias das expectativas das especialidades médicas em relação ao sexo

EXPECTATIVAS	MÉDIA MULHER	MÉDIA HOMEM	VALORES DO T- TEST	SIG. (2-TAILED)
Orientação biossocial	3,79	3,56	2,17	,031
Expectativas instrumentais	4,36	4,33	,330	,741
Orientação biocientífica	4,51	4,44	1,17	,243

Anexo 8 -Tabela 9 - Correlações

	M	DV	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Cirurgia Geral	2,45	,97	1													
2. Cirurgia Especializada	2,46	1,04	,749**	1												
3. Ginecologia/Obstetrícia	2,47	1,03	,077	,064	1											
4. Medicina Geral e Familiar	2,44	,92	-,259**	-,359**	,189**	1										
5. Pediatria	2,68	,91	-,094	-,055	,151*	,105	1									
6. Orientação biosocial	3,73	,81	-,035	-,113	,069	,210**	,055	1								
7. Expectativas instrumentais	4,35	,58	-,117**	-,104	,063	,048	,058	,210**	1							
8. Orientação biocientífica	4,50	,45	-,044	-,028	,060	-,079	-,011	,147*	,233**	1						
9. Sacrifício pessoal	3,00	,91	,048	,068	-,006	-,042	,053	-,150*	-,351**	,084	1					
10. Condicionantes externas	3,70	,82	,068	,145*	,040	-,155**	-,049	-,064	-,196**	,199**	,397**	1				
11. Possibilidade de realização	1,68	,64	-,143*	-,156**	-,075	,008	-,045	-,106	,028	-,114	-,200**	-,198**	1			
12. Organização do estudo	3,60	,70	,037	,027	-,002	-,023	,097	,208**	,154**	,230**	,102	,002	-,098	1		
13. Satisfação com o estudo	3,42	,79	,039	,054	,024	-,062	-,014	,036	-,115	,215**	,379**	,314**	-,081	,288**	1	
14. Realização pessoal	2,63	,90	-,032	-,016	,091	-,126*	,120*	-,217**	,004	,194**	,211**	,042	,046	,149*	,183**	1

* p < 0.05; **p < 0.01

Anexo 9 -Tabela 10 - Distribuição por Especialidade, Idade e Sexo – 2007 (disponível no Portal Oficial da Ordem dos Médicos)

ESPECIALIDADE	<31		31- 35		36- 40		41- 45		46-50		51-55		56-60		61-65		>65		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Anatomia Patológica	0	1	4	8	10	10	20	9	45	17	26	13	9	6	10	4	16	21	140	89
Anestesiologia	1	0	109	30	80	35	144	51	184	79	146	78	145	74	45	38	81	97	935	482
Cardiologia	0	1	17	23	22	38	49	60	33	82	21	92	19	62	10	81	10	168	181	607
Cardiologia Pediátrica	0	0	3	0	5	1	3	0	1	3	5	4	2	8	3	2	2	2	24	20
Cirurgia Geral	0	0	22	29	41	45	64	89	66	167	43	184	15	183	8	139	15	328	274	1164
Cirurgia Cardio-Torácica	0	0	1	2	0	2	2	9	0	12	1	18	2	23	1	13	0	19	7	98
Cirurgia Maxilo-Facial	0	0	2	2	0	5	0	4	2	7	4	22	2	20	1	10	1	8	12	78
Cirurgia Pediátrica	0	0	0	1	3	3	6	8	6	3	6	13	4	11	6	10	3	21	34	70
Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética	0	0	2	4	5	15	10	25	7	15	9	29	10	27	4	11	2	23	49	149
Medicina Geral e Familiar	5	1	104	34	139	58	135	52	389	216	1547	1087	449	458	60	128	30	106	2858	2140
Dermato-Venereologia	0	0	11	6	24	10	21	15	24	13	30	24	22	28	7	17	7	43	146	156
Estomatologia	0	0	0	3	2	2	11	12	47	62	42	106	22	60	6	51	22	250	152	546
Ginecologia/Obstetrícia	0	0	19	8	51	16	165	41	164	83	129	121	105	93	58	81	143	171	834	614
Hematologia Clínica	0	0	10	0	5	3	19	8	16	6	15	12	27	16	7	13	5	21	104	79
Medicina Legal	0	0	0	0	1	2	4	1	9	11	8	12	1	10	1	2	2	10	26	48
Neuro-Cirurgia	0	0	0	6	1	13	5	25	4	19	2	20	2	24	0	12	1	31	15	150
Neurologia	0	0	11	8	15	15	30	23	36	27	30	35	13	31	6	23	16	46	157	208
Oftalmologia	1	0	24	16	27	47	50	55	46	81	43	117	38	103	12	52	14	114	255	585
Oncologia Médica	0	0	5	2	14	8	8	7	16	20	21	21	15	20	6	16	4	22	89	116
Ortopedia	0	0	5	21	6	30	16	105	25	153	5	185	4	144	1	84	0	142	62	864

OS ESTUDANTES DE MEDICINA: EXPECTATIVAS NA ESCOLHA DA ESPECIALIDADE

Otorrinolaringologia	0	0	18	15	15	19	19	48	30	49	15	81	7	55	1	50	2	119	107	436
Pediatria	0	0	51	8	80	12	165	51	157	63	130	100	117	73	74	73	139	193	913	573
Psiquiatria	1	0	14	11	21	16	41	43	90	74	88	99	51	85	28	52	57	145	391	525
Radiodiagnóstico	0	1	12	6	28	33	81	73	75	89	53	84	31	67	6	45	8	91	294	489
Saúde Pública	0	0	1	3	10	3	13	8	82	43	76	68	37	53	12	18	12	19	243	215
Urologia	0	0	0	12	0	23	0	47	3	46	1	42	0	62	1	27	0	64	5	323

Anexo 10 – Inquérito



Inquérito

Estudo centrado nas expectativas e factores de influência na escolha da Especialidade dos estudantes de Medicina

Este estudo enquadra-se no âmbito do Mestrado em Gestão de Recursos Humanos, tendo como intuito dar a conhecer as expectativas dos estudantes de Medicina face ao ingresso na respectiva formação médica, bem como avaliar que tipos de factores podem influenciar o estudante na opção da especialidade.

Não há respostas certas ou erradas. O interesse fundamental é exclusivamente a sua opinião pessoal, utilizando qualquer ponto da escala de resposta que considere o adequado.

O questionário tem um tempo de resposta estimado em 15 minutos.

Estes dados irão ser posteriormente analisados, caso seja do seu interesse receber via email os respectivos resultados, coloque o seu endereço electrónico

Agradecemos a sua participação.

Sofia Mendes

Contacto: sofia_mendes86@hotmail.com

1. Em baixo estão indicados nove situações representativas da prática médica, seguidos de três aspectos características do papel do médico.

Leia cada situação, imaginando-se nesse papel, e indique o quanto cada aspecto lhe apela, colocando 3 na opção que lhe for mais atractiva, um 2 na segunda situação que acha medianamente a mais atractiva, e por último um 1 no aspecto menos atractivo.

<p>Situação 1: Às 3 da manhã examina uma mulher de 18 anos de idade, com uma dor abdominal, do lado direito, decidindo levá-la para Cirurgia para remover o apêndice inflamado. No dia seguinte, não existindo complicações, a mulher volta para casa, e 10 dias depois volta a vê-la para verificar a sua total recuperação.</p>	a) Ser o único que toma a decisão de operar.	
	b) Estar de serviço a meio da noite.	
	c) Falar com o paciente em acompanhamento e verificar que recuperou.	
<p>Situação 2: Em serviço surge um sem abrigo, do sexo masculino, de 21 anos de idade, angustiado, nervoso e descreve estar a ouvir vozes. Fala com ele sobre a sua família, saúde e hábitos de droga. Toma a decisão de o admitir no hospital, para um tratamento adequado, e de seguida trabalha com os assistentes sociais para providenciar um abrigo. Contudo, continua a vê-lo regularmente para terapia.</p>	a) Ajudar a aliviar o problema social do paciente.	
	b) Ser o líder de equipa de indivíduos que ajudam o paciente.	
	c) Ser respeitado pela sua capacidade de lidar com distúrbios e pacientes difíceis.	
<p>Situação 3: Ao trabalhar no departamento de radiologia, vê um homem que tinha sido admitido no hospital, na noite anterior, com uma dor na parte inferior das costas. Depois de examinar o raio-X, diagnostica litíase renal (“pedras nos rins”) e decide escrever uma carta a relatar o seu diagnóstico, para o médico de Medicina Geral e Familiar.</p>	a) Saber que o tratamento do paciente irá depender inteiramente das suas competências de diagnóstico	
	b) Estar num emprego respeitável, bem pago e com horário fixo.	
	c) Saber que ajudou alguém prestando um serviço eficaz.	
<p>Situação 4: Por casualidade vê uma mulher semi-consciente de 60 anos de idade, com uma infecção no peito e os níveis de açúcar no sangue muito elevados. Diagnostica diabetes, tratando-a com injeções de insulina e antibióticos e acompanha a sua recuperação nos dias seguintes. Quando a paciente se sente melhor, explica-lhe que os diabetes requerem um tratamento para toda a sua vida, e as respectivas implicações. A paciente passa a ser seguida mensalmente em consultas.</p>	a) Tratar esse paciente por vários anos num consultório ou no hospital.	
	b) Tratar de emergências e eventualmente com condições de risco de vida.	
	c) Saber que o seu tratamento está actualizado, eficaz e baseado na literatura lida recentemente.	
<p>Situação 5: Na sua Cirurgia vê um homem de 50 anos de idade que foi seu paciente nos últimos, que diz ter perdido 5kg de peso. Quando o examina repara num nódulo no abdómen suspeitando de um cancro. Refere a situação ao hospital e comunica ao paciente que se trata de um tumor maligno inoperável. Continua a acompanhar por 3-4 meses o paciente e a sua família, para dar explicações, e em seguida dar apoio. O paciente, por motivos de ansiedade, evita as idas ao hospital, logo decide prestar-lhe cuidados paliativos, alívio da dor e apoio psicológico, para que possa morrer no seu domicílio.</p>	a) Desempenhar o papel extremamente crucial, o de diagnosticar a condição do paciente.	
	b) Ser respeitado e confiável, pelo seu paciente e respectiva família.	
	c) Apoiar o paciente e os familiares a enfrentar a morte.	

<p>Situação 6: Tem de avaliar a eficácia dos diferentes métodos de rastreio do cancro da mama. Logo, gasta várias semanas a ler literatura científica; visita outras autoridades de saúde; reúne-se com o Ministério da Saúde e vai a uma conferência internacional. Eventualmente, tem o cargo de presidência da reunião em que se decide dividir o orçamento entre uma unidade móvel adicional de mamografia e uma campanha de sensibilização.</p>	a) Presidir à reunião em que as decisões cruciais são realizadas.	
	b) Saber que os recursos públicos estão a ser utilizados numa forma de prevenir o cancro.	
	c) Ser responsável por iniciar um projecto, decidindo sobre as melhores estratégias, bem como dirigir, de forma a concluir o mesmo.	
<p>Situação 7: Como parte do projecto de investigação sobre doenças de coração, irá visitar um grande número de parentes de um paciente com doença cardíaca, recolhendo amostras de sangue e entrevistando os mesmos. No laboratório testa estas amostras, comparando-as com as de outras famílias e revê sobre o respectivo diagnóstico. Decide então, escrever um artigo para uma respeitada publicação científica da respectiva área médica (ex: <i>The Lancet</i>).</p>	a) Ser criativo, original e trabalhar autonomamente.	
	b) Sentir que ajudou indivíduos com doenças de coração, através do avanço de conhecimentos médicos.	
	c) Saber que é respeitado por ter publicado numa prestigiada publicação científica da área médica.	
<p>Situação 8: Suponha que é um anestesista experiente, com a assistência de um recém-graduado em Medicina, de uma enfermeira e de um auxiliar, e que conjuntamente vão ter a responsabilidade por uma operação de peito aberto, para substituição de uma válvula, a um paciente. Para além de ter de dar atenção à máquina cardio-pulmonar (<i>by-pass</i>) e acompanhar os sinais vitais do paciente, também terá de permanecer com o doente até este acordar na unidade de cuidados intensivos e a sua condição permanecer estável.</p>	a) Falar com o paciente antes da operação dando-lhe confiança.	
	b) Saber que tem diversas competências técnicas que o fará estar sempre na procura de outro lugar.	
	c) Compreender a ciência básica por detrás da máquina cardio-pulmonar, bem como o acompanhamento dos complexos dispositivos.	
<p>Situação 9: Suponha que é obstetra, numa maternidade com uma elevada taxa de pacientes. Num dia típico deverá fazer diversas consultas de pré-natal; assistir a quatro ou cinco partos, em que um dos quais pode ser um pouco mais complicado, uma vez que a dilatação estava a ser lenta, tendo complicações para o feto. Nesse mesmo dia também pode realizar um parto de cesariana de trigêmeos e falar com outra mãe que foi assistida, pela perda do bebé, derivado de um aborto tardio.</p>	a) Criar uma situação em que a maioria das mulheres tinham os seus filhos de parto normal.	
	b) Ser capaz de fazer uma cesariana.	
	c) Saber como aconselhar os seus pacientes num momento importante das suas vidas.	

Agora considerando a sua reacção às situações acima indicadas, gostaríamos de saber o quanto desejaria ser o médico em causa.

Na tabela abaixo, indique a sua preferência colocando um mais (+) em baixo das três situações que mais gostaria de lidar e com um sinal de menor (-) abaixo das três situações com as quais menos gostaria de estar envolvido.

Situação 1	Situação 2	Situação 3	Situação 4	Situação 5	Situação 6	Situação 7	Situação 8	Situação 9

2. Abaixo está uma lista de possíveis especialidades. Indique o quanto cada uma delas se torna mais ou menos atractiva para si: utilizando a escala de “Intenção definida de ingressar” (quando tiver uma intenção definida de exercer determinada especialidade) a “Intenção definida de não ingressar” (quando rejeitar a hipótese de ingressar numa especialidade).

	Intenção definida de não ingressar	Pouco atractiva	Muito atractiva	Intenção definida de ingressar
11. Anatomia Patológica				
12. Anestesiologia				
13. Cardiologia				
14. Cirurgia Geral				
15. Cirurgia Especializada (Cirurgia cardiotorácica; Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica Reco. e Est.; Neuro-Cirurgia)				
16. Dermato-Venereologia				
17. Estomatologia				
18. Ginecologia/Obstetrícia				
19. Hematologia Clínica				
20. Medicina Geral e Familiar				
21. Medicina Legal				
22. Neurologia				
23. Oftalmologia				
24. Oncologia Médica				
25. Ortopedia				
26. Otorrinolaringologia				
27. Pediatria				
28. Psiquiatria				
29. Radiodiagnóstico				
30. Saúde Pública				
31. Urologia				
32. Outra (por favor especifique) _____				

3. Quando pensa sobre o tipo de especialidade que está interessado (por exemplo, Cirurgia, patologia, clínica geral), nesta fase da sua formação, espera que a escolha da mesma:

	ESCALA				
	Discordo Totalmente	Discordo em Parte	Não concordo nem discordo	Concordo em Parte	Concordo Totalmente
33. Permita trabalhar o número de horas que lhe apetece.					
34. Permita ter o estilo de vida desejado.					
35. Permita acompanhar os pacientes apenas por um curto prazo.					
38. Permita a realização de actividades de lazer / interesses que são do seu agrado.					
39. Permita tratar e acompanhar famílias.					
40. Permita executar um amplo espectro de trabalho.					
41. Permita interacção com os seus colegas.					
42. Permita exercer as competências técnicas que melhor correspondam às que julga actualmente possuir.					
43. Fornecer-lhe um bom rendimento (remunerações; honorários, etc.)					
44. Permita que tenha uma integração entre o seu trabalho desejado e as actividades recreativas.					
45. A importância do desenvolvimento de relacionamentos de longo prazo com os pacientes.					
46. Forneça satisfação no trabalho					
47. Permita atingir o sucesso profissional que pretende.					
48. Compatível com os seus interesses pessoais.					
49. Ter atenção às necessidades sociais e psicológicas dos pacientes					

4. Por favor, indique o quanto cada uma das seguintes afirmações se aplica à forma que se aproxima da caracterização do seu estudo:

	ESCALA				
	Discordo Totalmente	Discordo em Parte	Não concordo nem discordo	Concordo em Parte	Concordo Totalmente
50. Enquanto estudo, penso diversas vezes em situações reais em que os conteúdos de estudo me seriam úteis.					
51. Escolhi o curso de Medicina, principalmente, por questões de empregabilidade, em vez de interesses intrínsecos que eu encontro neste curso.					
52. Por vezes, estudar dá-me um sentimento de profunda satisfação pessoal.					
53. Quero obter as melhores notas para que depois de terminar o curso tenha mais hipóteses de ser admitido nas melhores colocações disponíveis.					
54. Eu penso que estudar de forma extensiva é uma perda de tempo, assim só estudo o que é dado em aula e o que é referido nos conteúdos.					
55. Tento trabalhar de forma consistente, durante todo o semestre e efectuar uma revisão do que estudei na proximidade dos exames.					
56. Eu vejo-me sobretudo como uma pessoa ambiciosa e que quer chegar ao topo, independentemente do que faça.					
57. Para formar o meu ponto de vista, apenas fico satisfeito depois de estudar profundamente sobre um determinado assunto.					
58. Tento fazer todos os meus trabalhos escolares o mais rapidamente possível logo após estes terem sido definidos.					
59. Acho que estudar determinados tópicos académicos pode por vezes ser tão emocionante como um bom romance ou filme.					
60. Geralmente, quanto mais trabalho mais me torno incrivelmente absorvido no que faço.					

	ESCALA				
	Discordo Totalmente				
61. Geralmente restrinjo o meu estudo ao que é especificamente pedido, uma vez que acho desnecessário estudar mais do que é pedido.					
62. Por vezes aborreço-me ao pensar que tenho de continuar a estudar muitos anos depois de terminar a universidade, mas sei que no final valerá a pena.					
63. Para mim receber notas altas é como uma espécie de competição e jogo para ganhar.					
64. Acho que o melhor será aceitar as afirmações e ideias dos meus professores e apenas questioná-los em circunstâncias especiais.					
65. Quer goste ou não, posso admitir que o meu curso é uma boa forma de obter um emprego bem remunerado ou seguro.					
66. Tento relacionar o material recente com os conhecimentos anteriores que possuo sobre o mesmo tema.					
67. Mantenho-me bem organizado nas minhas notas, para a maioria dos assuntos.					

5. Podem ser muitas as razões que levam ao ingresso na Medicina. Por favor indique o quanto as seguintes frases reflectem a sua situação.

MOTIVAÇÕES PARA O CURSO DE MEDICINA	ESCALA				
	Discordo Totalmente	Discordo em Parte	Não concordo nem discordo	Concordo em Parte	Concordo Totalmente
68. Eu pararia de estudar Medicina se estivesse 95% certo que nunca poderia tornar-me um especialista da minha escolha.					
69. Continuar a escolher Medicina mesmo se isso significasse ter de ir estudar noutro país e em que não dominasse a língua.					
70. Mesmo se mal conseguisse manter a minha vida social, gostaria de continuar a formação médica.					
71. Eu não consideraria qualquer outra profissão para além da Medicina.					
72. Continuar a optar pela Medicina mesmo que isso significasse que eu nunca seria capaz de ir de férias com os meus amigos.					
73. Pararia de estudar Medicina se começasse a obter frequentemente notas baixas e a ter insucesso nos exames.					
74. Pretendo tornar-me médico mesmo que isso signifique fazer continuamente cursos de formação médica duas noites por semana durante a minha carreira profissional.					
75. Não me iria realmente incomodar muito se já não me fosse possível estudar Medicina.					
76. Eu gostaria de me tornar médico mesmo se isso significar dar prioridade ao meu trabalho face à minha família.					
77. Eu não teria optado por Medicina se isso me tivesse causado dívidas financeiras (se não tivesse financiamento suficiente).					
78. Gostaria de estudar Medicina, mesmo se tiver que dedicar muito tempo sobre tópicos que mais tarde serão um desperdício de tempo para a minha carreira como médico.					
79. Quando finalizou o ensino secundário, se fosse necessário para estudar Medicina, estaria disposto a retomar os exames finais, de forma a obter notas mais elevadas.					

6. De seguida iremos apresentar-lhe alguns possíveis modelos de referência que possa ter na sua vida, ou seja, “pessoas que, por terem feito algo, ou, por serem alvo de admiração para si, de uma ou várias formas, tiveram um impacto nas decisões académicas e na escolha da especialidade. Poderá conhecê-los pessoalmente ou simplesmente saber da sua existência. Poderão ter tido uma influência positiva ou negativa em si”.

Motivações para o curso de Medicina	ESCALA					
	Não me influenciou nada	Influenciou-me um pouco	Influenciou-me moderadamente	Influenciou-me muito	Influenciou-me totalmente	Não se aplica
80. Mãe						
81. Pai						
82. Cônjuge						
83. Filho(s) [m/f]						
84. Irmão/Irmã (s)						
85. Um Amigo íntimo						
86. Um Amiga íntima						
87. Namorado / a						
88. Professora						
89. Professor						
90. Formador						
91. Formadora						
92. Colega (m/f)						
93. Superior Hierárquico (m/f)						
94. Outra pessoa ou personalidade. Especifique:						
<hr/>						

O questionário é anónimo, contudo agradecia que disponibiliza-se alguma informação pessoal, nomeadamente:

95.

F	M

 Sexo

96. Idade _____

97. Habilitações dos pais

	Mãe	Pai
Ensino Primário Não completo		
Ensino Primário		
Ciclo Preparatório (6 anos)		
9º Ano		
11º Ano		
12º Ano		
Bacharelato		
Licenciatura		
Outros		

98. Profissão dos pais

	Mãe	Pai
Operadores de Instalações de Máquinas e Trabalhadores de Montagem		
Trabalhadores não qualificados		
Agricultores e Trabalhadores qualificados da Agricultura		
Operários, artificies e trabalhadores similares		
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas		
Técnicos e profissionais de nível intermédio		
Pessoal Administrativo e Similares		
Pessoal dos Serviços e Vendedores		
Quadro Superior		

99. Sublinhe se for o seu caso. Tem parentes médicos na família?

	Sim	Não	Especialidade
Mãe			
Pai			
Outro. Qual?			

100.

Nacionalidade dos pais

Mãe _____ Pai _____

101. Indique por favor o seu local de residência antes de iniciar a graduação em Medicina.

102. Relativamente à sua situação académica, gostaríamos de saber algumas questões, nomeadamente:

- a. Em que ano iniciou a sua graduação? _____
- b. Neste momento, em que ano da graduação se encontra? _____
- c. Que Faculdade de Medicina frequenta? _____
- d. Neste momento, qual será a sua média de curso (aproximadamente)? _____

103. Etnicidade

Considera que pertence a um grupo social minoritário que possa ser alvo de discriminação?

Sim	
Não	
Não sabe / Não responde	

Com base em que aspectos é que o grupo a que pertence é discriminado?

Cor ou raça		Grupo étnico		Língua		Outra? Qual _____	
Nacionalidade		Idade		Sexualidade		Não sabe / Não responde	
Religião		Sexo		Deficiência			

Muito obrigada pela sua colaboração!