

**UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELANO – UNIFENAS**

**Mestrado Profissional em Ensino em Saúde**

**Ranielly Alves Andrade**

**PROFISSIONALISMO MÉDICO: DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO  
DE AVALIAÇÃO DO MÉDICO RESIDENTE**

**Belo Horizonte**

**2018**

**Ranielly Alves Andrade**

**PROFISSIONALISMO MÉDICO: DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO  
DE AVALIAÇÃO NO MÉDICO RESIDENTE**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado  
Profissional em Ensino em Saúde da Universidade  
José do Rosário Vellano para a obtenção do título de  
Mestre em Ensino em Saúde.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ruth Borges Dias**

**Belo Horizonte**

**2018**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã  
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

61-057

A553p

Andrade, Ranielly Alves

Profissionalismo médico : desenvolvimento de um instrumento de avaliação no médico residente [manuscrito] / Ranielly Alves Andrade. -- 2018.

55f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2018.

Orientadora : Prof<sup>a</sup>. Ruth Borges Dias

1. Instrumento. 2. Profissionalismo. 3. Residente. I. Dias, Ruth Borges. II. Título.



**Presidente da Fundação Mantenedora - FETA**

Larissa Araújo Velano Dozza

**Reitora**

Maria do Rosário Velano

**Vice-Reitora**

Viviane Araújo Velano Cassis

**Pró-Reitor Acadêmico**

Mário Sérgio Oliveira Swerts

**Pró-Reitora Administrativo-Financeira**

Larissa Araújo Velano Dozza

**Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento**

Viviane Araújo Velano Cassis

**Diretor de Pesquisa e Pós-graduação**

Mário Sérgio Oliveira Swerts

**Vice-diretora de Pesquisa e Pós Graduação**

Laura Helena Órfão

**Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde**

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

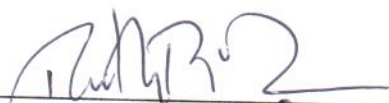
# Certificado de Aprovação

“PROFISSIONALISMO MÉDICO: DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO NO MÉDICO RESIDENTE”

**AUTOR:** Ranielly Alves Andrade

**ORIENTADOR(A):** Profa. Esp. Ruth Borges Dias

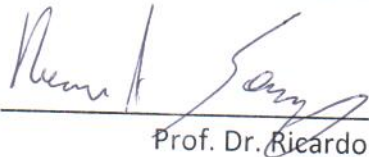
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Profa. Esp. Ruth Borges Dias



Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira



Prof. Dr. Ricardo Alexandre de Souza

Belo Horizonte, 13 de agosto de 2018.



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr

Coordenador do Mestrado Profissional

Em Ensino em Saúde

UNIFENAS

## RESUMO

**Objetivo:** Desenvolver e adaptar um instrumento de avaliação do Profissionalismo em médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano. **Metodologia:** Este estudo caracteriza-se como não experimental, transversal, quantitativo, dividido em 2 fases: Adaptação e Aplicação de um instrumento metodologicamente fundamentado (Baseado na avaliação e no exame de certificação dos residentes da Medicina da Família do Canadá) para mensuração do profissionalismo médico nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano, visando avaliar seu grau de profissionalismo, comparando-se as variáveis sexo, faixa etária, ano de residência e desempenho acadêmico. Este questionário foi aplicado em 2 preceptores de cada clínica para respostas sobre cada residente e a relevância das perguntas no contexto do profissionalismo médico. **Resultados:** Submetido à análise de confiabilidade na aplicação de ambos os preceptores, obtivemos um alto índice de Alfa de Cronbach. Não obtivemos diferença significativa em relação a sexo, faixa etária, ano de residência e desempenho acadêmico. Na análise de conglomerados, obtivemos 3 grupos distintos entre si (menor, intermediário e maior profissionalismo) que não apresentaram diferença significativa na correlação com o desempenho acadêmico. **Conclusão:** A escala de avaliação do profissionalismo mostrou uma alta consistência interna, mas com itens muito correlacionados entre si. Os fatores sexo e faixa etária não demonstraram diferença significativa no grau de profissionalismo médico, assim como o ano de residência. Não existiu correlação entre o desempenho acadêmico e o grau de profissionalismo estatisticamente significante. Mais estudos serão necessários, com um maior “n”, para determinar sua utilização em contextos de graduação e estudar as associações das atitudes dos estudantes em relação ao profissionalismo.

Palavras-chave: Instrumento. Profissionalismo. Residente.

## ABSTRACT

**Objective:** To develop and adapt an instrument for the evaluation of Professionalism in medical residents of the University Hospital Alzira Velano. **Methodology:** This study is characterized as non-experimental, transversal, quantitative, divided into 2 phases: Adaptation and Application of a methodologically based instrument (Based on the evaluation and the certification examination of the residents of the Family Medicine of Canada) to measure professionalism physician in the resident doctors of the University Hospital Alzira Velano, aiming to evaluate their degree of professionalism, comparing the variables gender, age group, year of residence and academic performance. This questionnaire was applied to 2 preceptors of each clinic for answers about each resident and the relevance of the questions in the context of medical professionalism. **Results:** Under the reliability analysis in the application of both preceptors, we obtained a high Cronbach's alpha index. We did not obtain significant difference in relation to sex, age group, year of residence and academic performance. In the analysis of conglomerates, we obtained 3 different groups (minor, intermediate and higher professionalism) that did not present significant difference in the correlation with the academic performance. **Conclusion:** The scale of evaluation of professionalism showed a high internal consistency, but with highly correlated items. The factors of gender and age did not show a significant difference in the degree of medical professionalism, as well as the year of residence. There was no correlation between academic performance and the degree of statistically significant professionalism. More studies will be necessary, with a higher "n", to determine their use in undergraduate contexts and to study the associations of students' attitudes towards professionalism.

Keywords: Instrument. Professionalism. Resident.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Análise comparativa entre Grau de Profissionalismo, Sexo e Faixa Etária.....	28
Gráfico 2 - O uso da Análise de Conglomerados na avaliação dos médicos-residentes.....	29
Gráfico 3 - Comparativo entre sexo e grupos ( <i>clusters</i> ).....	30
Gráfico 4 - Comparativo entre faixa etária e grupos ( <i>clusters</i> ) .....	30



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Caracterização dos médicos-residentes participantes do estudo.....	24
Tabela	- Escala de avaliação de Profissionalismo: Análise de itens Instrumento Preceptor chefe.....	25
Tabela 3	- Escala de avaliação de Profissionalismo: Análise de itens Instrumento Preceptor Assistente.....	26
Tabela 4	- Medidas descritivas de cada afirmativa do instrumento fornecidas pelo Preceptor chefe e pelo Preceptor assistente.....	26
Tabela 5	- Análise de Variância Anova – Dois fatores independentes.....	27
Tabela 6	- Análise descritiva e comparativa entre os grupos ( <i>clusters</i> ) de médicos-residentes, gerados pela Análise de Conglomerados, em relação à nota obtida na graduação.....	31
Tabela 7	- Correlação entre ano de residência e profissionalismo.....	32

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1</b>	<b>Relevância do estudo.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2.1</b>	<i>Sobre a construção do questionário.....</i>	<b>16</b>
<b>3.2.2</b>	<i>Sobre a aplicação do questionário e correlação com os escores.....</i>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do Estudo.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2</b>	<b>Questões éticas.....</b>	<b>17</b>
<b>4.3</b>	<b>Desenvolvimento e Adaptação do instrumento.....</b>	<b>17</b>
<b>4.3.1</b>	<i>Desenvolvimento do instrumento.....</i>	<b>17</b>
<b>4.3.2</b>	<i>Adaptação e validação do instrumento.....</i>	<b>18</b>
<b>4.4</b>	<b>Aplicação do instrumento na avaliação do profissionalismo.....</b>	<b>19</b>
<b>4.4.1</b>	<i>Casuística.....</i>	<b>19</b>
<b>4.4.2</b>	<i>Crítérios de inclusão.....</i>	<b>20</b>
<b>4.4.3</b>	<i>Crítérios de exclusão.....</i>	<b>20</b>
<b>4.4.4</b>	<i>Amostra.....</i>	<b>20</b>
<b>4.4.5</b>	<i>Coleta de dados.....</i>	<b>21</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise estatística.....</b>	<b>22</b>
<b>4.5.1</b>	<i>Estatísticas descritivas.....</i>	<b>22</b>
<b>4.5.2</b>	<i>Alfa de Cronbach.....</i>	<b>22</b>
<b>4.5.3</b>	<i>Análise de Variância Baseado em um modelo com 2 fatores.....</i>	<b>22</b>
<b>4.5.4</b>	<i>Análise de Conglomerados.....</i>	<b>22</b>
<b>4.5.5</b>	<i>Análise de Variância (Anova) com 1 fator – ONEWAY.....</i>	<b>23</b>
<b>4.5.6</b>	<i>Teste T student para amostras independentes.....</i>	<b>23</b>
<b>4.5.7</b>	<i>Probabilidade de significância (p).....</i>	<b>23</b>

<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>5.1</b>	<b>Avaliação do instrumento.....</b>	<b>24</b>
<b>5.2</b>	<b>Aplicação do Instrumento.....</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>36</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>41</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O tema do profissionalismo médico tem recebido crescente interesse na literatura, fato demonstrado pelos quase 3.000 artigos indexados pela Medline, dos quais um terço foi publicado nos últimos cinco anos (FASCE; ECHEVERRÍA; MATUS, 2009). Esse aumento do interesse é paralelo à ideia de que o profissionalismo médico está em declínio. Na modernidade, os valores tradicionais de profissionalismo, não só de médicos individuais, mas também da profissão médica, parecem ter sofrido um processo de desgaste (SWICK, 2007).

Infelizmente, os termos utilizados para explicar essa competência tem sido bastante abstratos. Quais seriam, então, os comportamentos concretos que caracterizam o profissionalismo médico?

Profissionalismo e humanismo são termos que têm sido confundidos como sinônimos, ou cada um sendo considerado como característica componente do outro. No entanto, no contexto da Medicina, os dois termos descrevem características diferentes, embora intimamente ligadas como atributos essenciais ao bom médico. O profissionalismo denota uma maneira de se comportar de acordo com valores normativos determinados, enquanto o humanismo denota um conjunto intrínseco de profundas convicções sobre as obrigações para com os outros. Visto dessa forma, o humanismo é entendido como a paixão que anima o profissionalismo (GREEN; ZICK; MAKOUL, 2009).

O profissionalismo médico pode ser qualificado em três domínios: conhecimento profissional, habilidades profissionais e atitude profissional (GREEN; ZICK; MAKOUL, 2009). Fasce, Echeverría e Matus (2009) verificaram que os atributos profissionais mais valorizados entre os médicos são honestidade, atualização acadêmica regular, competência e empatia. Entre os estudantes de Medicina, os atributos mais referidos são altruísmo, empatia, responsabilidade e competência (FASCE; ECHEVERRÍA; MATUS, 2009).

A capacidade de preservar um equilíbrio adequado entre as responsabilidades de atendimento ao paciente e compromissos pessoais também é uma característica importante do comportamento profissional. Altruísmo, respeitabilidade, lealdade, compaixão e sensibilidade são outros atributos profissionais almejavéis (GREEN; ZICK; MAKOUL, 2009).

Assim, o profissionalismo foi referido como "o conjunto de responsabilidades profissionais, tais como uma atualização constante, honestidade e confidencialidade, relação adequada com pacientes, familiares e membros da equipe de saúde, e busca constante em melhorar a qualidade de atendimento." (ABIM FOUNDATION, 2002).

As referidas entidades indicam o conjunto de responsabilidades essenciais ao profissionalismo médico:

- (1) Compromisso de competência profissional e com o conhecimento científico: Os médicos devem se comprometer com um aprendizado contínuo e manter os padrões científicos, promover pesquisas, criar novos conhecimentos e assegurar seu uso devido;
- (2) Compromisso de honestidade com os pacientes: Antes de os pacientes concordarem com algum tratamento, e após a realização do tratamento, os médicos devem assegurar que estes recebam informações completas e claras;
- (3) Compromisso de confidencialidade com os pacientes: Este compromisso estende-se a discussões com os responsáveis pelo paciente, quando este não é capaz de dar seu consentimento;
- (4) Compromisso de melhoria do acesso e da qualidade do cuidado: Este compromisso consiste em trabalhar em colaboração com outros profissionais para otimizar os resultados do atendimento;
- (5) Compromisso de uma distribuição justa de recursos limitados: Ao atender às necessidades individuais dos pacientes, os médicos devem ter o compromisso de trabalhar com outros médicos, hospitais e financiadores para elaborar diretrizes que objetivem um tratamento com boa relação custo/eficiência;
- (6) Compromisso de manter a confiança ao lidar com conflitos de interesse: Refere-se às interações pessoais ou entre organizações com indústrias com fins lucrativos, como fabricantes de equipamentos médicos, companhias de seguros e indústrias farmacêuticas;
- (7) Compromisso de responsabilidades profissionais: Os médicos devem trabalhar em cooperação para maximizar a atenção aos pacientes, respeitar uns aos outros, e participar dos processos de autoregulação, que incluem reparação e procedimento disciplinar dos membros que não atenderem aos padrões profissionais.

Profissionalismo médico é a mais importante das competências clínicas, cuja falta tem sido a causa mais comum para a ação disciplinar contra profissionais médicos (DUFF, 2004).

Os atributos e as características utilizadas para definir o profissionalismo contribuem para reconhecer os comportamentos que devem ser evidentes não só na relação médico-paciente, que é sua essência, mas também nas relações com outros médicos, colegas no sistema de cuidados de saúde, da sociedade e de si mesmo. Todas essas relações devem ser adequadamente alinhadas com os valores e as atitudes que formam uma compreensão coletiva de profissionalismo que surgiu dentro da medicina (GREEN; ZICK; MAKOUL, 2009).

As recentes tendências contemporâneas das práticas de cuidados em saúde têm se tornado alvo de debates e de reflexões no decorrer do século XXI. As desigualdades em saúde visualizadas dentro e entre as nações – quer no âmbito científico, tecnológico, social e de formação solicitam novas soluções, trazendo para o exercício dos papéis profissionais conceitos relacionados à cidadania plena, à globalização, à responsabilidade social e ao profissionalismo, engendrando caminhos possíveis para a superação dos desafios existentes (HUDDLE, 2013; BERNAT, 2012).

Sob essa perspectiva, as evidências científicas sobre as práticas médicas destacam um momento de colapso de suas atividades, marcadas pelo tecnicismo e pelos interesses econômicos. Esses têm, muitas vezes, prioridade na tomada de decisões sobre os cuidados em saúde, desconsiderando-se as necessidades reais de indivíduos, de famílias e de comunidades (GLENN, 2012; ZINK; HALAAS; BROOKS, 2009).

Segundo Goldie (2013), nos últimos anos, o relacionamento da classe médica com a sociedade está sob tensão, sendo caracterizado por comportamentos pouco profissionais, nos quais estão deficientes os valores fundamentais de caráter e de normas éticas. É nesse contexto que as discussões sobre “profissionalismo” ganharam destaque, ao inseri-lo como a pedra angular do contrato social entre a medicina e o público em geral. O profissionalismo surgiu em um contexto no qual era premente a necessidade de renovação do ensino e da prática médica (ZINK; HALAAS; BROOKS, 2009).

A definição adotada para o termo o descreve como um conjunto de competências relacionadas ao uso criterioso da comunicação, do conhecimento, das habilidades técnicas, do raciocínio clínico, das emoções, dos valores, da ética e das reflexões na prática diária, para o benefício do indivíduo e da comunidade (ZINK; HALAAS; BROOKS, 2009).

Deixar o desenvolvimento da identidade profissional para o processo da imersão clínica não é mais uma opção na educação médica, devido aos efeitos prejudiciais bem documentados do currículo oculto (COULEHAN; WILLIAMS, 2001; CHRISTIANSON et al., 2007). No entanto, muitos médicos continuam comprometidos com o modelo pedagógico tradicional de modelagem de papel e estão céticos em relação a outros métodos educacionais formais (CHRISTIANSON et al., 2007; HAIDET et al., 2002). Essa desconfiança não é inteiramente infundada, dada a falta de consenso sobre como estruturar o currículo para apoiar o desenvolvimento do profissionalismo médico (HAIDET et al., 2002; BIRDEN et al., 2013).

Sendo assim, o profissional, precisa estar preparado para atuar nos diferentes níveis que correspondem ao processo saúde-doença. Isso faz com que, durante o período de graduação, o futuro profissional seja estimulado a participar de atividades práticas que envolvam conteúdo teórico e clínico, possibilitando um conhecimento amplo e ativo, de acordo com suas próprias experiências (RESTOM et al., 2015).

Papadakis et al. (2008) relataram que comportamentos não profissionais na educação médica estavam associados a ações disciplinares posteriores, sugerindo que o melhor desempenho acadêmico se correlaciona com os melhores comportamentos profissionais. Além disso, outros estudos descobriram que os estudantes com maiores comportamentos profissionais tiveram maiores médias e melhores avaliações de estágio (CHEW; ZAIN; HASSAN, 2013; MURDEN et al., 2004).

Assim, o profissionalismo surgiu como uma competência essencial para os profissionais da área médica no mundo todo, e se gestou num contexto no qual se questionava o que era necessário para uma boa prática médica (REGO, 2012). Esta se reflete nas atitudes, nos comportamentos, caráter e nos padrões de prática adequados, personificados por meio da familiaridade com os códigos de ética e com os padrões estabelecidos por organizações médicas institucionais (KAOHSIUNG, 2009; GILL; GRIFFIN, 2010). Dessa forma, o profissionalismo foi reconhecido, então, como a base do contrato social que legitima a profissão de médicos e dos demais profissionais da saúde. Nesse sentido, um ideal a ser seguido por esses profissionais é especificado como um compromisso para o alcance de níveis de cuidados em saúde de qualidade.

O profissionalismo é talvez a dimensão mais multidimensional da competência; é essencialmente subjetivo, determinado por todos aqueles que trabalham em torno do indivíduo (por exemplo, pacientes, colegas, funcionários, empregadores, contatos ocasionais) e o ambiente cultural em que nos encontramos. Embora exista um conhecimento considerável sobre "profissionalismo", a demonstração da posse desse conhecimento em si não é suficiente para a competência, pois não parece prever, de forma alguma, um comportamento profissional adequado. Estamos, portanto, mais interessados em comportamentos específicos, que são indicativos de atuação profissional do que no conhecimento sobre o profissionalismo (THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA, 2010; HALL, 2016).

No entanto, avaliar o profissionalismo é mais difícil do que ensinar profissionalismo por causa da subjetividade dos elementos de profissionalismo e porque nenhuma ferramenta de avaliação única pode capturar todos os elementos (GOLDIE, 2013).

Ao longo do tempo, foram observados padrões de correlação entre alunos com baixos níveis de profissionalismo e aqueles com baixo progresso acadêmico (MCLACHLAN; FINN; MACNAUGHTON, 2009).

Nas últimas três décadas, vários instrumentos para avaliar o profissionalismo médico foram desenvolvidos e empregados em muitas pesquisas empíricas. Entretanto, a validade dos achados empíricos é basicamente dependente da qualidade do instrumento em uso. Além disso, conclusões apropriadas só podem ser tiradas de estudos de avaliação de alta qualidade com medidas adequadas. Portanto, a seleção de um instrumento cuidadosamente e com base na qualidade das propriedades de medição dos instrumentos foi solicitada por muitos pesquisadores (Li et al., 2017).

No entanto, saber como agir profissionalmente e, de fato, fazê-lo de maneira consistente não é a mesma coisa, o que tem implicações importantes para o contexto de qualquer avaliação. A avaliação provavelmente deve basear-se em observações de comportamentos e não se presta à avaliação em situações simuladas. Assim *Defining competence for the purposes of certification by the College of Family Physicians of Canada: The evaluation objectives in family medicine*, define as diretrizes para avaliação em treinamento e exame de certificação dos residentes de medicina da família do Canadá por meio de seis competências básicas:



1 - Abordagem Centrada no Paciente; 2 - Habilidades de Comunicação; 3 - Habilidades de Raciocínio Clínico; 4 – Seletividade; 5 – Profissionalismo; 6 - Habilidades de Procedimento.

A competência Profissionalismo é subdividida em 12 temas:

- 1) O comportamento do dia a dia garante que o médico seja responsável, seguro e confiável;
- 2) O médico sabe seus limites de competência clínica e procura ajuda apropriada;
- 3) O médico demonstra uma abordagem flexível, de mente aberta, desembaraçada e lidando com a incertezas;
- 4) O médico demonstra autoconfiança, sem arrogância e a faz inclusive quando há necessidade de obter mais informações ou assistência;
- 5) O médico demonstra que se importa e tem compaixão;
- 6) O médico demonstra respeito por pacientes de todas as maneiras, mantém limites adequados e compromete-se com o bem-estar do paciente. Isso inclui gerenciamento de tempo, disponibilidade e uma disposição para avaliar o desempenho;
- 7) O médico demonstra respeito pelos colegas e membros da equipe;
- 8) Discussão e comportamento do dia a dia garantem que o médico seja ético e honesto;
- 9) O médico habilmente pratica medicina baseada em evidências. Isso implica não só a avaliação crítica e as capacidades de gerenciamento de informações, mas incorpora a aprendizagem adequada dos colegas e pacientes;
- 10) O médico exibe um compromisso com o bem-estar da sociedade e da comunidade.
- 11) O médico exibe um compromisso com a saúde pessoal e busca o equilíbrio entre vida pessoal e as responsabilidades profissionais;
- 12) O médico demonstra uma abordagem consciente para a prática, mantendo a compostura/equanimidade, mesmo em situações difíceis e se envolvendo em diálogos profundos sobre valores e motivos (HALL, 2016).

### **1.1 Relevância do estudo**

É consensual que o principal objetivo da formação médica consiste em promover a aquisição de conhecimentos científicos, de desempenhos e de gestos clínicos e de valores profissionais adequados.

Os componentes do núcleo de profissionalismo médico requer que todos os profissionais médicos se comprometam a organizar e a prestar cuidados de saúde, para implementar a

confiança pacientes e ao público, e se automonitorar e melhorar em seus respectivos campos (SWICK, 2007). Além disso, a compreensão do profissionalismo varia ao longo do tempo e dos contextos culturais, sugerindo que o profissionalismo é um construto complexo e multidimensional (WILKINSON, 2009). Portanto, para pesquisadores em saúde, educadores e administradores, o uso e o desenvolvimento de instrumentos apropriados para avaliar o profissionalismo médico de acordo com seus propósitos e populações-alvo representam um desafio.

Esses quesitos mais uma vez reforçam a questão sobre quanto o bom desempenho durante uma avaliação no período de graduação é capaz de impactar a postura profissional no dia a dia (MCLACHLAN; FINN; MACNAUGHTON, 2009).

Portanto, baseado nas dificuldades relatadas e na importância da avaliação do profissionalismo médico, construímos uma ferramenta de avaliação do profissionalismo direta e de fácil execução, podendo seu uso ser estendido do estudante/residente de medicina ao seu professor.

## **2 JUSTIFICATIVA**

O profissionalismo médico é considerado um dos mais importantes temas da medicina mundial na atualidade, sendo que a cada dia se mostra mais difícil e complexa sua avaliação. Entretanto, alguns instrumentos objetivos têm sido utilizados para essa finalidade, no intuito de captar algumas das dimensões do profissionalismo.

Já se reconhece que o profissionalismo deve ser avaliado longitudinalmente, combinando distintas abordagens, e captando as dimensões pessoal, interpessoal, institucional e social do sujeito avaliado, sendo, dessa maneira, um grande desafio internacional sua avaliação. Diante dessa questão, há que se destacar ainda a importância da avaliação qualitativa dos atributos do profissionalismo, tendo em vista a complexidade do conceito e sua aplicação prática. Com isso, o desenvolvimento e a adaptação de um questionário que mensura o profissionalismo médico se mostra de extrema relevância e servirá de base para estudos futuros que queiram trabalhar e melhorar a aplicação do tema.

A aplicação do questionário e a comparação com os escores sexo, faixa etária e desempenho acadêmico, oferecem importantes contribuições para as práticas assistenciais do médico e para pesquisas sobre o nível de profissionalismo na população aplicada, permitindo analisar adequadamente o desempenho profissional do residente em sua formação específica.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Construção de um questionário para mensuração do profissionalismo médico

#### **3.2 Objetivos específicos**

##### ***3.2.1 Sobre a construção do questionário***

- Desenvolver um questionário sobre profissionalismo médico;
- Realizar a adaptação cultural e validação desse questionário.

##### ***3.2.2 Sobre a aplicação do questionário e correlação com os escores***

- Avaliar o nível de profissionalismo do residente mensurado pelo questionário;
- Comparar o nível de profissionalismo dos residentes em relação a sexo, faixa etária e ano de residência.
- Comparar o desempenho acadêmico do residente com seu profissionalismo na residência.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 Desenho do estudo

Este estudo caracteriza-se como um estudo não experimental, transversal, quantitativo, dividido em 2 fases: Adaptação e Aplicação de um instrumento metodologicamente fundamentado para a mensuração do profissionalismo médico.

### 4.2 Questões éticas

Para que o projeto de pesquisa pudesse ser iniciado, primeiramente, foi solicitada uma autorização para uso, tradução e adaptação do trabalho original *Defining competence for the purposes of certification by the College of Family Physicians of Canada: The evaluation objectives in family medicine*, realizado com residentes de Medicina da Família no Canadá. Por meio de contato via e-mail, os processos de tradução e de validação propostos foram autorizados pela autora da versão original. Após o consentimento, o presente estudo foi submetido à revisão ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), sendo analisado e aprovado em Reunião Ordinária com o parecer número 1.970.260. Para seu desenvolvimento, os princípios de bioética foram respeitados em concordância com a Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde, atentando para a autonomia (com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos da pesquisa, conforme documento disponível no APÊNDICE A), vulnerabilidade, beneficência/não maleficência e confidencialidade.

### 4.3 Desenvolvimento e Adaptação do instrumento

#### 4.3.1 Desenvolvimento do instrumento

Baseado nas diretrizes do THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA no item *Profissionalismo* e nestes 12 temas que o avaliam e foram publicados em forma de texto e não como um questionário direto no *Defining competence for the purposes of certification by the College of Family Physicians of Canada: The evaluation objectives in family medicine*,

construímos um questionário com 12 afirmativas sobre o avaliado e que foram respondidas em uma escala Likert onde “1” significa Nunca e “5” significa Sempre sobre os comportamentos abordados (ANEXO A)

#### **4.3.2 Adaptação e validação do instrumento**

O objetivo da adaptação cultural, segundo Beaton et al., (2000), é maximizar a realização da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre os questionários na versão original (fonte) e alvo. A suposição é que o processo de adaptação cultural pode produzir a equivalência entre a fonte e o alvo e assegurará a retenção de propriedades psicométricas, tais como a validade e confiabilidade dos itens a serem avaliados. A seguir, foram sintetizadas e adaptadas as orientações fornecidas por Beaton et al., (2000) para a tradução e para a adaptação cultural seguidas neste trabalho, segundo seis estágios: I. tradução inicial; II. Síntese das traduções; III. Retrotradução (para a língua de origem); IV. Análise por um comitê de *experts*; V. pré-teste e VI. Submissão da adaptação ao autor para a aprovação final da versão produzida.

Estágio I: tradução inicial– a tradução dos 12 temas sobre profissionalismo para o português foi realizada por dois tradutores (bilíngues) independentes. O tradutor1 estava ciente dos conceitos examinados, assim como a que se destina a escala e produziu a versão T1. O tradutor 2, um profissional de idiomas, que não apresentava perfil clínico e não estava ciente ou foi informado sobre os conceitos abordados, produziu a versão T2.

Estágio II: síntese das traduções– os dois tradutores e o pesquisador deste estudo avaliaram as traduções para sintetizar, juntos, os resultados das traduções, cujo resultado foi a síntese consensual entre os temas originais com as versões dos dois tradutores, produzindo a versão T3 comum.

Estágio III: tradução “reversa” ou retrotradução – em posse da versão T3 da escala, dois tradutores nativos realizaram a retrotradução para o idioma original (inglês), para certificar se a versão brasileira reflete e contempla a versão original, assegurando uma tradução consistente, destacando inconsistências graves ou erros conceituais.

Estágio IV: comitê de juízes – foi montado um comitê composto por 4 profissionais

compreendendo 2 professores de língua inglesa brasileiros, 1 professor de língua inglesa nativo, a orientadora e o pesquisador. Em um primeiro contato, todos receberam a versão T3. Os membros que participaram do comitê buscaram consolidar todas as versões produzidas dos temas sobre profissionalismo, avaliando se as perguntas estavam adequadas ou não, sob a perspectiva da equivalência semântica, idiomática (ou de conteúdo), experimental e conceitual. Suas análises foram compiladas pelo pesquisador e pelo orientador deste estudo que desenvolveram uma versão consensual – versão T4. Considera-se, nessa etapa, ser necessária uma concordância de 80% entre os juízes, em cada item, para considerar a aprovação da versão pré-final da escala para o teste de campo (PASQUALI, 2011). Conseguimos uma concordância de mais de 90%.

Estágio V: teste da versão pré-final (processo de validação semântica) – compreendeu a avaliação da versão T4 da escala junto a 10 preceptores que concordaram em responder ao questionário em o intuito de sondar sobre o que pensaram ou quais foram os significados de cada item do questionário e da resposta escolhida.

Estágio VI: avaliação final do processo da adaptação – nessa etapa, todas as versões produzidas, assim como os questionários utilizados no estágio anterior, foram analisadas pelo pesquisador e pela orientadora desta pesquisa no intuito corrigir ambiguidades e clarificar melhor as questões dos temas do profissionalismo, produzindo uma versão final que estivesse adequada à população-alvo do estudo, a versão final do questionário.

#### **4.4 Aplicação do instrumento na avaliação do profissionalismo**

##### ***4.4.1 Variáveis estudadas***

Após a construção e a adaptação do questionário, aplicamos este instrumento em uma avaliação para mensuração do profissionalismo médico dos residentes do Hospital Universitário Alzira Velano, comparando seu profissionalismo com as variáveis sexo, faixa etária, ano de residência e desempenho acadêmico. O desempenho acadêmico foi mensurado, utilizando-se média simples obtida pelo histórico escolar de cada residente fornecido após autorização, somando as notas de todas as disciplinas realizadas, divididas pelo número de disciplinas.

#### **4.4.2 Critérios de inclusão**

Em relação aos residentes:

- Residentes de todas as áreas e de todos os anos, devidamente matriculados no Hospital Universitário Alzira Velano em 2017.

Em relação aos preceptores responsáveis pelo preenchimento do questionário:

- Chefe da cadeira clínica onde o residente realiza especialidade;
- Preceptor da residência médica da cadeira do residente matriculado.

#### **4.4.3 Critérios de exclusão**

Em relação aos residentes:

- Residentes não matriculados nesse serviço;
- Residentes que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Residentes que assinaram o TCLE, mas se recusaram a fornecer sua média global na graduação.

Em relação aos preceptores responsáveis pelo preenchimento do questionário:

- Preceptores que não mantinham contato suficiente com o residente para sua avaliação (foram considerados contatos suficientes pelo menos três vezes durante a semana);
- Preceptores que não responderam ou não entregaram o questionário no tempo solicitado.

#### **4.4.4 Amostra**

Todos os residentes do Hospital Universitário foram convidados para participação do estudo. Como avaliadores, convidamos 2 preceptores de cada área onde o residente está matriculado, sendo 1 o chefe da cadeira e 1 um preceptor que tem atividades no mínimo 3 vezes na semana com os residentes.



Grupo 1: No grupo de especialistas para preenchimento do instrumento, foram escolhidos 2 especialistas de cada área, (Clínica Médica, Cirurgia geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Nefrologia, Anestesiologia e Radiologia) considerando um sendo o chefe de cadeira clínica avaliada e o outro, um preceptor da mesma área que mantivesse contato constante com o residente (Três vezes por semana).

Grupo 2: No grupo avaliado, onde foi aplicado o instrumento, o pesquisador convidou todos os residentes devidamente matriculados no ano de 2017 no Hospital Universitário Alzira Velano, sendo a população total 52 residentes (Clínica Médica, Cirurgia geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Nefrologia, Anestesiologia e Radiologia) e que preencheram os critérios pré-estabelecidos um número de 49 residentes (n=49 / 94.2%).

#### ***4.4.5 Coleta de dados***

Todos os residentes do Hospital Universitário Alzira Velano (UNIFENAS) foram convidados a participar deste trabalho. Alguns não participaram, pois não se enquadravam nos critérios já citados. Foram selecionados pelo pesquisador 2 preceptores de cada especialidade para responder os questionários da pesquisa. Cada preceptor respondia o questionário sobre todos os residentes de sua especialidade, a partir dos critérios previamente estabelecidos. Posteriormente à explicação aos participantes dos procedimentos de pesquisa e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Velano, e sua assinatura.

O pesquisador disponibilizou o instrumento aplicável (Versão Final) a cada participante que seria responsável pelo preenchimento do questionário sobre o residente e disponibilizou, para entendimento e para diminuir as discrepâncias interpretativas, uma lista de exemplos de atitudes para cada questão, citadas no trabalho original (ANEXO B). Foram administrados em cada preceptor em momentos distintos e quando não estavam juntos.

## **4.5 Análise estatística**

### ***4.5.1 Estatísticas descritivas***

Neste estudo, foram apresentadas as medidas descritivas Mínimo, Máximo, Mediana ( $Q_2$ ), Quartis ( $Q_1$  e  $Q_3$ ), média, desvio-padrão (d.p.) e intervalo de 95% confiança para a média, além de percentuais como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas.

### ***4.5.2 Alfa de Cronbach***

O coeficiente *Alfa de Cronbach* é uma medida utilizada para avaliar a confiabilidade (consistência interna), no caso desta presente pesquisa, avaliar o conjunto de questões que compõem o escore profissionalismo. O Coeficiente *Alfa de Cronbach* apresenta a média de todos os coeficientes de correlação possíveis.

### ***4.5.3 Análise de Variância baseado em um modelo com 2 fatores***

Com o objetivo de avaliar o efeito / influência dos Fatores Sexo e Faixa etária dos médicos-residentes nas médias do Escore profissionalismo dos médicos-residentes, foi utilizada a *Análise de Variância baseada num modelo com 2 Fatores*. Portanto, além de avaliar a influência dos fatores Sexo e Faixa etária, é necessário avaliar a presença ou não de interação entre estes 2 fatores.

### ***4.5.4 Análise de Conglomerados***

A metodologia de *Análise de Conglomerados (cluster)*, baseado no método *K-médias*, foi utilizada com o objetivo de determinar perfis diferenciados dos médicos-residentes quanto ao escore profissionalismo dos médicos-residentes. Essa análise tem como princípio agrupar elementos (no caso, médicos-residentes) cujas características sejam semelhantes dadas as variáveis escolhidas para tal avaliação. Com essa análise, é possível identificar quantos e quais são os grupos de médicos-residentes identificados na amostra pesquisada. Os grupos de médicos-residentes gerados por essa análise têm como características a homogeneidade interna em cada grupo e as diferenças significativas entre os grupos gerados (*clusters*).

#### ***4.5.5 Análise de Variância (Anova) com 1 fator – ONEWAY***

A comparação entre os 3 ou mais grupos (na presente pesquisa, comparar os graus Maior, Intermediário e Menor ao escore de interesse), no que se refere à medida das médias de uma determinada variável de interesse, é realizada utilizando-se a técnica paramétrica da Análise de Variância com um fator ( fator → Grau de Profissionalismo).

#### ***4.5.6 Teste T student para amostras independentes***

Com o objetivo de comparar 2 grupos independentes (por exemplo, Maior *versus* Intermediário) quanto às medidas da média de uma variável de interesse do tipo intervalar r, foi utilizado o teste *t de Student para amostras independentes*.

#### ***4.5.7 Probabilidade de significância (p)***

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ( $p < 0,05$ ), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Avaliação do instrumento

Os dados que constam na TAB. 1 apresentam uma análise descritiva dos participantes, apoiado nas variáveis, sexo, idade, especialidade em curso, ano de residência. Nota-se, a participação de homens (23 – 46,9%) e mulheres (26 – 53,1%) em relação ao total da amostra (49 – 100%).

Tabela 1 – Análise descritiva dos médicos-residentes participantes do estudo

Variável	Frequência	
	n	%
<b>Sexo</b>		
<i>Masculino</i>	23	46,9
<i>Feminino</i>	26	53,1
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>
<b>Idade (em anos)</b>		
	<b>(n = 45)</b>	
<i>Média ± d.p</i>	28,6 ± 3,0	
<i>I.C. da média (95%)</i>	(27,7; 29,5)	
<i>Mediana (Q<sub>1</sub> – Q<sub>3</sub>)</i>	28,0 (26,0 – 30,0)	
<i>Mínimo - Máximo</i>	25,0 – 37,0	
<b>Especialidade</b>		
<i>Clínica Médica</i>	8	16,3
<i>Ginecologia e Obstetrícia</i>	5	10,2
<i>Anestesia</i>	9	18,4
<i>Pediatria</i>	7	14,3
<i>Cirurgia Geral</i>	8	16,3
<i>Radiologia</i>	3	6,1
<i>Ortopedia</i>	4	8,2
<i>Neurocirurgia</i>	4	8,2
<i>Nefrologia</i>	1	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>
<b>Ano de residência</b>		
<i>1º</i>	21	42,9
<i>2º</i>	21	42,9
<i>3º</i>	6	12,2
<i>4º</i>	1	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>
<b>Nota dos residentes</b>		
	<b>(n = 49)</b>	
<i>Média ± d.p</i>	7,98 ± 0,52	
<i>I.C. da média (95%)</i>	(7,84; 8,13)	
<i>Mediana (Q<sub>1</sub> – Q<sub>3</sub>)</i>	8,01 (7,53 – 8,45)	
<i>Mínimo - Máximo</i>	6,77 – 8,81	

Base de dados: 49 médicos-residentes

Nota: **d.p.** → Desvio-padrão **I.C. da média** → Intervalo de confiança de 95% da média.

A diferença do total de 49 médicos-residentes e o total de cada de variável apresentado na tabela refere-se ao número de casos sem informação.

A confiabilidade (consistência interna) das questões de cada item correspondente foi avaliada por meio do índice de medida de Alfa de *Cronbach*. Sendo assim, tanto a TAB. 2 quanto a TAB. 3 – usadas para uma análise individual– revelam que, em suas composições, o escore Profissionalismo apresentou uma medida total de Alfa de *Cronbach*, um desempenho igual ou superior a 0,79. Com base nos níveis de consistência interna, esses resultados demonstram uma variação quase perfeita, pois em dois valores apenas essas medidas apresentaram um valor abaixo de 0,80. Ressalta-se que, em determinados casos, com a retirada de uma questão específica, ocorre uma melhora significativa na medida do Alfa de Cronbach geral. Neste estudo, com a retirada da questão de número 10, tanto referente ao preceptor 1 quanto ao preceptor 2, ocorre uma melhora da confiabilidade. No entanto, o instrumento apresenta um conjunto relativamente pequeno de questões, considerando-se a diversidade de informações que podem ser adicionadas futuramente na continuidade da avaliação do profissionalismo dos médicos residentes.

Tabela 2 – Confiabilidade interna do Instrumento – Preceptor Chefe

Escores de interesse → Questões	Coefficiente de correlação Item-total	Alfa de <i>Cronbach</i> se questão retirada
• <b>PROFISSIONALISMO</b>		
<b>Q1</b>	<b>0,71</b>	<b>0,95</b>
Q2	0,77	0,94
<b>Q3</b>	<b>0,85</b>	<b>0,94</b>
Q4	0,82	0,94
<b>Q5</b>	<b>0,74</b>	<b>0,95</b>
Q6	0,79	0,94
<b>Q7</b>	<b>0,78</b>	<b>0,94</b>
Q8	0,69	0,95
<b>Q9</b>	<b>0,64</b>	<b>0,95</b>
<b>Q10</b>	0,81	0,94
Q11	<b>0,73</b>	<b>0,95</b>
<b>Q12</b>	0,83	0,94
<b>Alfa de Cronbach Total → 0,95</b>		

Base de dados: 49 médicos-residentes

Tabela 3 - Confiabilidade interna do Instrumento – Preceptor Assistente

Escores de interesse → Questões	Coefficiente de correlação Item-total	Alfa de Cronbach se questão retirada
<b>• PROFISSIONALISMO</b>		
Q1	<b>0,77</b>	<b>0,92</b>
Q2	0,78	0,92
<b>Q3</b>	<b>0,78</b>	<b>0,92</b>
Q4	0,70	0,93
<b>Q5</b>	<b>0,72</b>	<b>0,92</b>
Q6	0,78	0,92
<b>Q7</b>	<b>0,49</b>	<b>0,93</b>
Q8	0,78	0,92
<b>Q9</b>	<b>0,65</b>	<b>0,93</b>
<b>Q10</b>	0,65	0,93
Q11	<b>0,63</b>	<b>0,93</b>
<b>Q12</b>	0,76	0,92
<b>Alfa de Cronbach Total → 0,93</b>		

Base de dados: 49 médicos-residentes

Após registrar um índice de Alfa de Cronbach maior que 0,93 para os dois preceptores, a mensuração do profissionalismo de cada médico residente usamos, como base de cálculo, a média de cada um dos escores obtida com os preceptores em questão. A TAB. 4, composta pelas medidas descritivas para cada afirmativa que constam no questionário, apoiaram-se nas médias da avaliação do profissionalismo, fornecidos pelos preceptores sobre os médicos residentes. Esses dados mostram uma clara equivalência na média registrada por cada questão.

Tabela 4 – Medidas descritivas de cada afirmativa do instrumento fornecidas pelo Preceptor chefe e pelo Preceptor assistente

Questões	Medidas descritivas			
	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
Q1	2,00	5,00	3,90	0,71
<b>Q2</b>	<b>1,50</b>	<b>5,00</b>	<b>3,94</b>	<b>0,88</b>
Q3	1,50	5,00	3,71	0,81
<b>Q4</b>	<b>1,50</b>	<b>5,00</b>	<b>3,79</b>	<b>0,95</b>
Q5	2,50	5,00	4,12	0,69
<b>Q6</b>	<b>2,50</b>	<b>5,00</b>	<b>4,08</b>	<b>0,64</b>
Q7	2,00	5,00	4,08	0,84
<b>Q8</b>	<b>2,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,02</b>	<b>0,65</b>
Q9	2,00	5,00	3,64	0,73
<b>Q10</b>	<b>2,50</b>	<b>5,00</b>	<b>3,93</b>	<b>0,55</b>
Q11	2,50	5,00	4,03	0,64
<b>Q12</b>	<b>2,50</b>	<b>5,00</b>	<b>3,84</b>	<b>0,69</b>

## 5.2 Aplicação do Instrumento

Após avaliação do questionário e mensuração de sua consistência interna, iniciamos a avaliação da aplicação, iniciando-se a avaliação da correlação entre os escores já citados.

Com o propósito de verificar se os fatores sexo e faixa etária foram capazes de interferir significativamente nas medidas do instrumento que avalia o profissionalismo dos médicos residentes, a análise de Variância (ANOVA), apoiada em um modelo com dois fatores independentes foi aplicada. Segundo os dados que constam na TAB. 5, foi possível constatar que não existe influência estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) dos fatores sexo, faixa etária. Sendo assim, pôde-se constatar que nenhum desses fatores interferiu significativamente na medida desse escore, possibilitando verificar, na média, uma semelhança no índice de profissionalismo de médicos residentes do sexo masculino e feminino, com idades entre 25 e 27 anos e aqueles com mais de 27 anos. Além disso, não foi observada interação entre os dois fatores, fazendo com que o resultado revele a inexistência de diferença no comportamento de um fator, com sexo, por exemplo, para cada nível do outro fator avaliado, a exemplo, de faixa etária.

Tabela 5 – Análise de Variância Anova – Dois fatores independentes

Fonte de Variação	Soma de quadrados	g.l.	Quadrados médios	F	p
<i>Sexo</i>	0,005	1	0,005	0,011	0,917
<i>Faixa etária</i>	0,729	1	0,729	1,541	0,222
<i>Sexo × Faixa etária</i>	0,034	1	0,034	0,072	0,790
<i>Erro</i>	<b>19,387</b>	<b>41</b>	<b>0,473</b>		

Base de dados: 49 médicos-residentes

Nota: *F* → Estatística da Análise de Variância baseado num modelo de medidas repetidas;

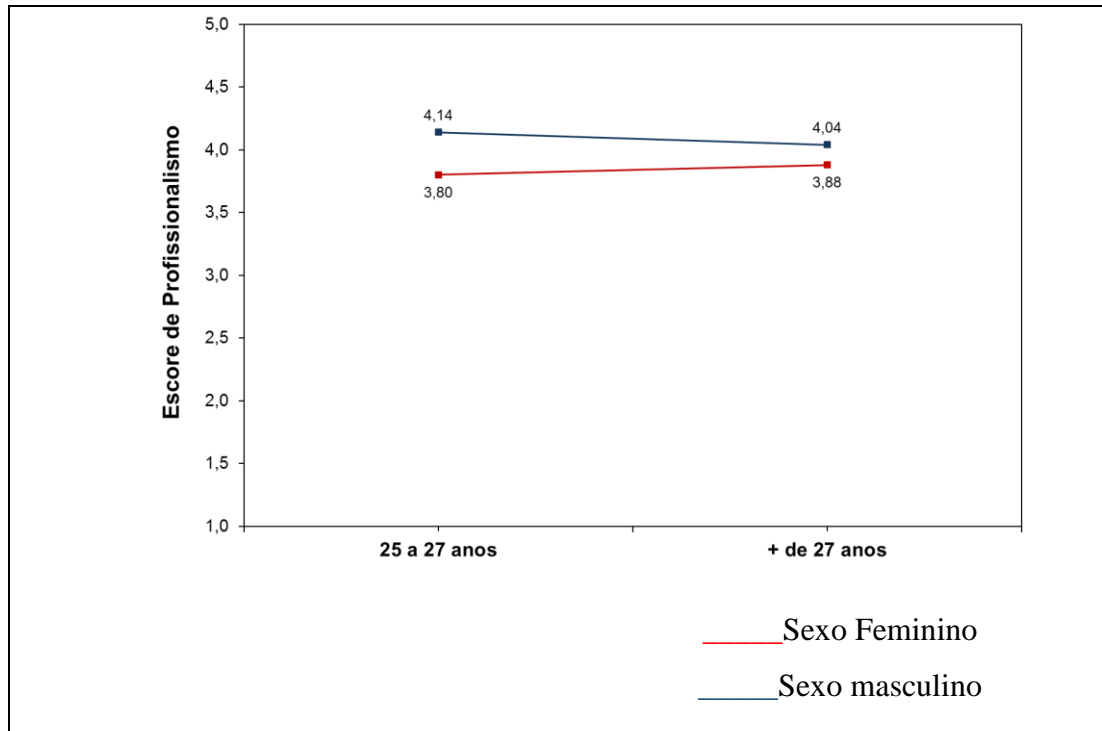
*p* → Probabilidade de significância do teste;

*g.l.* → grau de liberdade

Sendo assim, no que se refere ao profissionalismo, o GRÁF. 1 ilustra as médias registradas, oferecendo melhor visualização dos dados obtidos durante o processamento das informações.

Os resultados ilustrados nesse Gráfico revelam a inexistência de influência estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) dos fatores sexo, faixa etária e da interação entre esses dois fatores nas medidas, em média, relacionadas ao escore de interesse, com uma tendência a mulheres maiores de 27 anos e homens entre 25 e 27 anos apresentarem um maior grau de profissionalismo.

Gráfico 1 – Análise comparativa entre Grau de Profissionalismo, Sexo e Faixa Etária

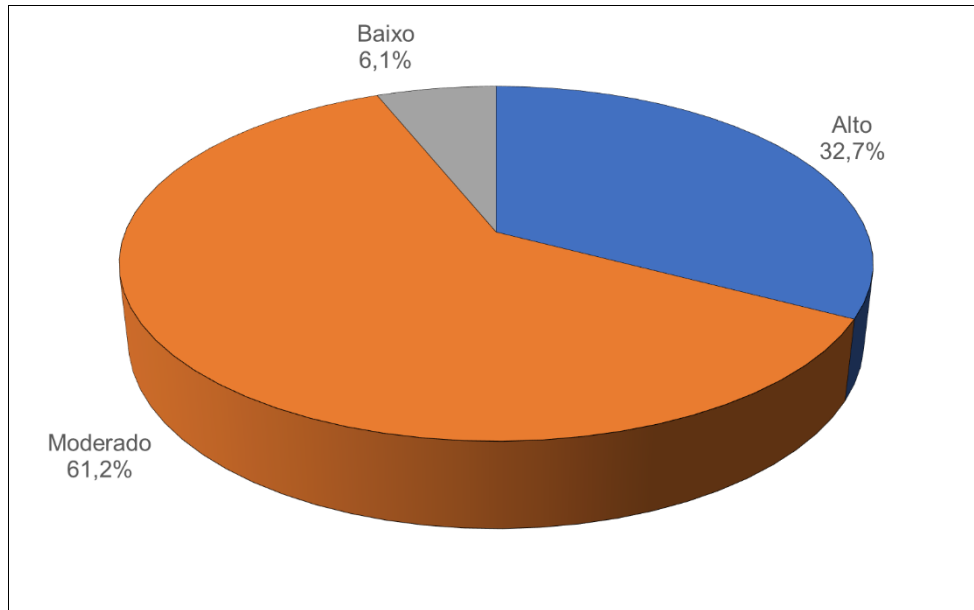


Base de dados: 49 médicos residentes

No entanto, com o propósito de identificar possíveis grupos (*clusters*) de médicos residentes com características únicas, com base nos escore profissionalismo, foi utilizada a Análise de Conglomerados (*Clusters*), método capaz de traçar subescalas de avaliação do profissionalismo. Os resultados obtidos por meio dessa ferramenta, ilustrados no GRÁF. 2, indicam a presença de três grupos distintos de médicos residentes, sendo o primeiro formado por médicos residentes com *maior* grau de profissionalismo (32,7%), o segundo, com grau *intermediário* de profissionalismo (61,2%) e o terceiro, com *menor* grau de profissionalismo (6,1%).



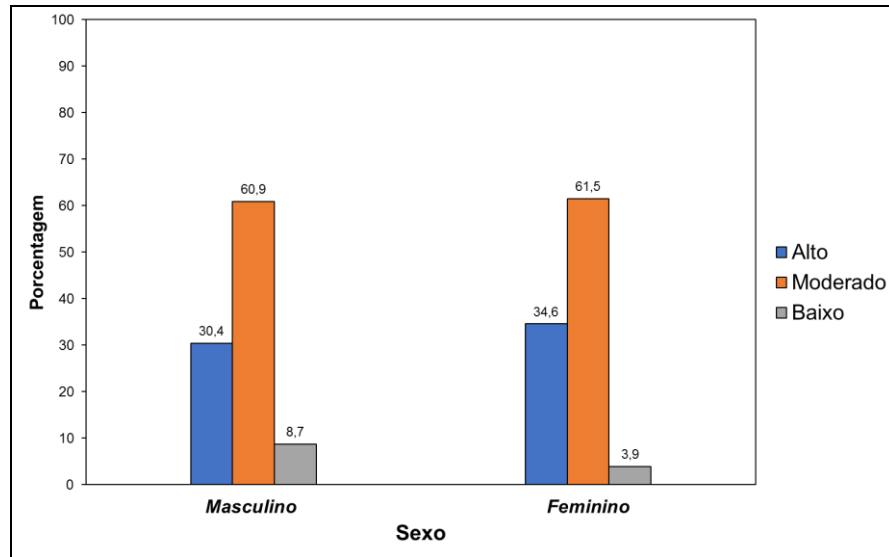
Gráfico 2 – O uso da Análise de Conglomerados na avaliação dos médicos-residentes



Base de dados: 49 médicos-residentes

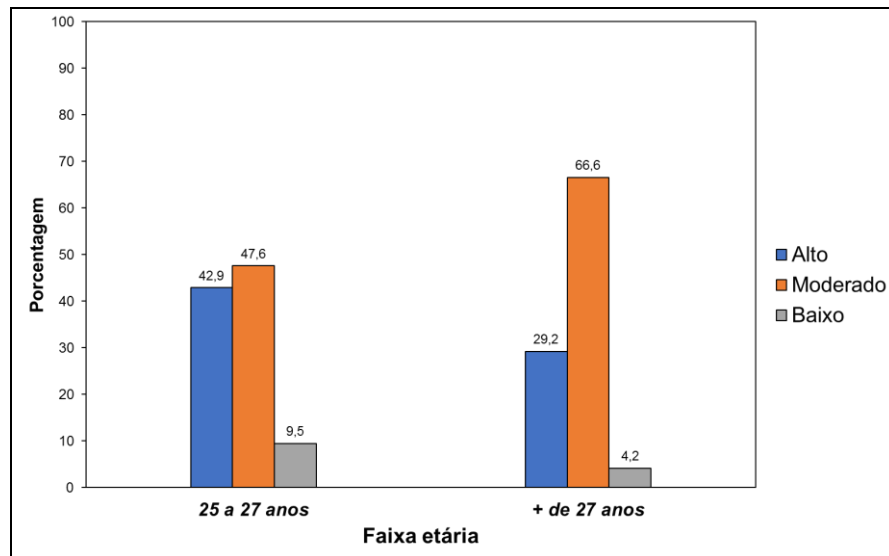
Esses resultados também revelam que os três grupos (*clusters*) de médicos residentes diferem estatisticamente entre si ( $p < 0,05$ ), sendo que as médias registradas do questionário na Análise de Conglomerados se diferenciam de forma significativa ( $p < 0,05$ ), se estabelecendo em maior, intermediário e menor em relação aos níveis de profissionalismo. Cada grupo, portanto, passa a ser único, caracterizado por homogeneidade interna e estatística diferenciadas.

Os resultados obtidos com a Análise de Conglomerados também permitiram estabelecer um comparativo entre grupos relacionados à existência de uma associação estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre sexo e grupos (*clusters*), conforme ilustrado no GRÁF. 3. O GRÁF. 4 traça esse mesmo comparativo, dessa vez com base na relação grupos e faixa etária. Os fatores sexo e faixa etária, portanto, não indicam diferenças significativas no grau de profissionalismo.

Gráfico 3– Comparativo entre sexo e grupos (*clusters*)

Base de dados: 49 médicos-residentes (*Masculino* → 23 casos e *Feminino* → 26 casos)

Nota:  $p = 0,813$  (O valor de  $p$  refere-se à probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*)

Gráfico 4 – Comparativo entre faixa etária e grupos (*clusters*)

Base de dados: 49 médicos residentes (*25 a 27 anos* → 23 casos e *+ de 27 anos* → 26 casos)

Nota:  $p = 0,442$  (O valor de  $p$  refere-se à probabilidade de significância do teste *Exato de Fisher*)

O teste de *Levene*, por sua vez, foi aplicado para verificar a homogeneidade das variâncias de cada variável estudada, por grupo, sendo seu objetivo identificar se as variâncias se diferem ou não entre os dois grupos estudados, em relação a uma variável de interesse. De forma mais específica, esse teste permite avaliar se a probabilidade de significância é inferior a 5% ( $p < 0,05$ ). Este estudo assumiu a heterogeneidade das variâncias, elegendo, com isso, a utilização

de valores do teste *t de student* assumindo a *não igualdade de variâncias*, o que gerou os resultados descritos na TAB. 6.

Na análise comparativa entre grupos (menor, intermediário e maior profissionalismo) e notas obtidas pelos médicos residentes durante a graduação, observa-se a tendência a uma média praticamente equivalente dos participantes de forma geral, em que a menor nota se encontra no grupo com menor profissionalismo e a maior, no grupo com maior profissionalismo.

Tabela 6 – Análise descritiva e comparativa entre os grupos (*clusters*) de médicos-residentes, gerados pela Análise de Conglomerados, em relação à nota obtida na graduação

Grupo ( <i>Cluster</i> )	n	Medidas descritivas (nota)				p
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.	
<i>Maior (A)</i>	16	7,03	8,81	7,92	0,48	0,405 (A = M)
<i>Intermediário (M)</i>	30	7,22	8,80	8,05	0,48	
<i>Menor</i>	3	6,77	8,80	7,68	1,03	

Base de dados: 49 médicos-residentes

Nota: **d.p.** → Desvio-padrão

O valor de **p** na tabela refere-se à probabilidade de significância do teste *t de student para amostras independentes*.

O Grupo (cluster) classificado como “Menor” não foi comparado devido ao pequeno número de casos.

A técnica paramétrica da Análise de Variância com um fator, por sua vez, permitiu comparar a as médias entre os três grupos em relação a uma variável de nível escalar (quantitativa). Separados de acordo com seu ano de residência (R1 e R2), registraram entre si uma média equivalente em cada score avaliado e uma pequena variação na média no comparativo entre grupos, sendo a de R2 ligeiramente superior, conforme disponibilizado na TAB. 7, mas sem significância.

Tabela 7 – Correlação entre ano de residência e profissionalismo

Score	Residência	n	Medidas descritivas			
			Mínimo	Máximo	Média	d.p.
<b>Profissionalismo</b>	<i>R1</i>	21	2,17	4,92	3,88	0,69
	<i>R2</i>	21	3,00	4,83	4,07	0,52
p = 0,326						

Base de dados: 42 médicos-residentes 7 residentes referem-se a R3 ou R4, portanto, amostra pequena para comparação.

Nota: Os valores de **p** na tabela referem-se à probabilidade de significância do teste *t de student para amostras independentes*.

## 6 DISCUSSÃO

Em artigo Rocha et al., (2011) destacam que a construção da relação profissional entre médico e paciente é gerada a partir da abordagem adotada pelo médico, que deve ser subjetiva e natural, com a finalidade de prestar uma assistência humanizada, oferecer um atendimento personalizado e obter o direito à informação e um dos fatores determinantes para a mudança promovida nessa relação. Corresponde à conquista da autonomia e ao acesso maior às informações, facilitado pelo advento da internet, que tornou o paciente mais interessado pelas causas, pelos sintomas e pelos métodos de tratamento de sua doença, mas também muito mais exigente em relação ao seu tipo de diagnóstico. Unidos, esses fatores demandam a criação de novas competências médicas, visando ajustar o tipo de tratamento ao perfil de cada paciente, uma realidade que provocou alterações na grade curricular das instituições de ensino médico (ROCHA et al., 2011).

Avaliações de profissionalismo devem ser relevantes para o nível de educação e de especialização do indivíduo (ZINK; HALAAS; BROOKS, 2009). Elas devem ser introduzidas durante o período de faculdade de Medicina, conduzidas regularmente durante o treinamento de residência e permanecerem durante toda a trajetória profissional do médico, como uma forma de manter o seu trabalho ético e profissional.

Apesar de existirem na literatura vários instrumentos que mensuram profissionalismo, não existem muitas ferramentas que avaliam o profissionalismo de uma forma simplificada e confiável, baseada em um modelo que avalia um profissional de contato constante com o paciente como na medicina de família.

Diante dessa realidade, este estudo – inspirado e desenvolvido a partir de um instrumento usado para avaliação de médicos residentes em medicina de família no Canadá, e ainda não aplicado em forma de um questionário – buscamos desenvolver e adaptar transculturalmente um instrumento que fosse capaz de ser usado em todos os residentes do Brasil, de forma simples e confiável. Analisando os níveis de consistência interna, os resultados na avaliação do Alfa de Cronbach do presente instrumento demonstraram uma variação de substancial a quase perfeita uma vez que não tivemos um valor menor que 0,93. Portanto, seguindo os critérios de qualidade definidos por Terwee et al, para a propriedade de medição, demonstram confiabilidade quando maior ou igual a 0,70; demonstrando em nossos resultados alta

confiabilidade, mas ainda com necessidade de comprovação em sua validade e responsividade por Terwee et al., (2007).

Nossa ferramenta parece abranger vários temas profissionais que se baseiam em três fatores: empatia / humanismo, relacionamento profissional / desenvolvimento e responsabilidade. Uma carta de profissionalismo dos EUA, publicada em 2002, descreve três princípios fundamentais do profissionalismo: bem-estar do paciente (altruísmo, confiança, interesse do paciente), autonomia do paciente (honestidade, empoderamento do paciente) e justiça social (BRENNAN et al., 2002). Além desses princípios, nossa ferramenta também reconheceu a necessidade da autoconsciência do profissional que a avalia e de possíveis adaptações aos estudantes de medicina.

Li et al., (2017), em sua revisão sistemática, resumizou e descreveu 74 instrumentos para avaliar o profissionalismo médico a partir de 80 estudos existentes e seguiu a lista de verificação COSMIN para avaliar sistematicamente as propriedades de medição desses instrumentos e a qualidade metodológica dos estudos. Os instrumentos eram diversos no uso de ferramentas e na população-alvo, mas o desempenho de suas propriedades de medição e a qualidade metodológica dos estudos correspondentes eram variados. Especificamente, a *confiabilidade* e o *erro de medição* foram ignorados em muitos estudos devido à falta de acompanhamento adequado, e a *responsividade* foi raramente relatada devido à falta de estudo longitudinal e de intervenção correspondente. Para as propriedades de medição que foram relatadas, *validade de conteúdo* e *validade do critério* tinham mais classificações negativas ou indeterminadas, o que limitaria o uso dos instrumentos e a significância dos resultados da avaliação.

A avaliação do profissionalismo geralmente implica a necessidade de coletar informações para fornecer feedback, orientar os programas corretivos e os tomadores de decisão sobre classificação e dar indicações para decisões de promoção ou de certificação (LI et al., 2017).

Já em relação à aplicação do instrumento e considerando as variáveis as quais nos dispusemos a correlacionar com dados de aplicabilidade desta ferramenta de avaliação, a pesquisa foi iniciada a partir do estabelecimento de critérios comparativos relacionados a sexo e faixa etária, que permitiram identificar uma pequena diferença nos níveis de profissionalismo em

relação aos dois grupos avaliados em que vimos um ligeiro aumento do profissionalismo em mulheres residentes maiores de 27 anos.

Em artigo sobre a validação de um instrumento sobre profissionalismo, Klemenc-Ketis (2014) mostrou algumas associações com gênero e idade / ano de estudo. Estudantes do sexo feminino, estudantes mais velhos e aqueles em anos posteriores de estudo pontuaram mais alto em um instrumento sobre profissionalismo. Este último era esperado, pois a educação médica deveria trabalhar constantemente na construção de um médico profissional, no entanto mais estudos são necessários para confirmar tais associações.

À medida que os resultados se assemelhavam entre si no que refere aos diferentes escores associados ao profissionalismo, o uso da ferramenta Análise de Conglomerados (*cluster*) registrou a existência de três grupos distintos de médicos residentes ( $p < 0,05$ ), sendo o primeiro formado por médicos-residentes com maior grau de profissionalismo (32,7%), o segundo, com grau intermediário de profissionalismo (61,2%) e o terceiro, com menor grau de profissionalismo (6,1%). Cada grupo, portanto, passa a ser único, caracterizado por homogeneidade interna e estatisticamente diferenciadas. Isso possibilitou uma melhor análise comparativa entre as variáveis correlacionadas no estudo. Os fatores sexo e faixa etária, portanto, não indicaram diferenças importantes com relação ao profissionalismo e sem significância estatística.

Para que os escores pudessem ser avaliados e buscando avançar ainda mais nesse sentido, os participantes foram novamente divididos, desta vez em grupos de residência (R1 e R2), também alcançando uma média equivalente entre si, de acordo com o instrumento, além de uma pequena variação na média no comparativo entre grupos, sendo a de R2 ligeiramente superior, mas sem significância.

Na análise comparativa entre grupos (menor, intermediário e maior grau de profissionalismo) e notas obtidas pelos médicos residentes durante a graduação, observa-se uma média praticamente equivalente dos participantes de forma geral, tendendo a uma maior média os que se encontram no grau moderado de profissionalismo e ainda a menor nota se encontra no grupo com menor profissionalismo e a maior nota encontra-se no grupo com maior profissionalismo, mas também sem significância. No fator profissionalismo, mensurado por nosso instrumento, não foi possível comprovar correlação com a média apresentada.

Snider et al., (2014) demonstraram que medidas objetivas de profissionalismo se correlacionam com o desempenho acadêmico em cursos de medicina de osteopatia de primeiro e segundo ano e a identificação de indicadores de desempenho futuro facilita a ação corretiva para melhorar o desempenho acadêmico e clínico dos alunos.

No entanto, também é verdade que os itens que avaliam o profissionalismo muitas vezes se sobrepõem, já que os recursos de profissionalismo estão associados entre si e não podem ser considerados entidades separadas, o que se torna uma fator prejudicial a qualquer instrumento de avaliação do profissionalismo (KLEMENC-KETIS, 2014)

Avaliando o alto valor do Alfa de Cronbach com a retirada da questão 10 (O médico exibe um compromisso com o bem-estar da sociedade e da comunidade), nos deparamos com uma contradição em relação ao profissionalismo médico, sendo que grande parte das definições de profissionalismo colocam o “bem-estar social” como primordial no alcance do benefício do indivíduo e da comunidade. Portanto, a retirada deste item do instrumento, a princípio, foi descartada. Análise das questões com melhor ou pior desempenho também poderiam ser levadas em consideração e posteriormente ser trabalhadas no âmbito da formação do residente.

## 7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A mensuração do profissionalismo médico é difícil em todas as situações. Avaliar o comportamento profissional e sua motivação subjacente, honestidade, integridade, responsabilidade e respeito pelos outros é complexo e, às vezes, muito subjetivo. Esperamos que o nosso questionário, que apresentou confiabilidade (consistência interna) do conjunto de questões sobre o profissionalismo, continue a gerar dados, fato importante na forma como poderá ser adaptado e aplicado também entre estudantes ou até mesmo entre profissionais médicos especialistas.

Um dos principais fatores limitadores de um instrumento para mensuração do profissionalismo é a sobreposição de conceitos, pois estão muito associados entre si e não podem ser considerados entidades separadas, o que se tornou prejudicial na validação do nosso instrumento, justificando-se estes temas estarem muito correlacionados entre si.

O pequeno tamanho de amostra é um limitador, principalmente para a realização de análises estatísticas que definiriam a validade do instrumento, mas não impede de se efetuarem as comparações feitas, pois o total de casos é suficiente e permite a aplicação da ANOVA na avaliação da influência de sexo e faixa etária nas medidas dos escores de interesse. Entretanto, tivemos que adequar a faixa etária para obter número suficiente de casos nos 2 grupos de idades formados.

Tendo como nosso principal objetivo o desenvolvimento de um instrumento que mesure o profissionalismo médico, tivemos como maior problema o fato de os escores estarem muito correlacionados entre si. A priori não tínhamos o conhecimento desse fato, pois os temas em que nos baseamos, por se tratar de uma análise descritiva e sem cálculos, não nos indicavam tais situações.

No entanto, enfatizamos a importância do seguimento deste estudo para a aplicação em um número maior de residentes e/ou acadêmicos, ou até mesmo a introdução de questões “curingas” que possam melhorar a validade do questionário.



## 8 CONCLUSÕES

Este trabalho procurou expandir e melhorar as ferramentas existentes para medir o grau de profissionalismo entre residentes. O principal objetivo deste estudo foi desenvolver e adaptar um instrumento de mensuração do profissionalismo comportamental que possa ser utilizado para residentes.

Demonstramos que o instrumento para a mensuração do profissionalismo, traduzido e adaptado neste trabalho, apresenta uma consistência interna adequada. Com isso, alcançamos uma avaliação simples, de fácil execução e interpretação, podendo ser expandida sua abrangência a outros universos e ainda ser usada no profissionalismo em termos de avaliação somativa, formativa e para autoavaliação.

Definimos ainda, neste estudo, que não foi possível afirmar que existem diferenças significativas na correlação entre as variáveis sexo, faixa etária, ano de residência e desempenho acadêmico que tenham sido estatisticamente significantes, mas com tendências a maior grau de profissionalismo em mulheres maiores de 27 anos, residentes no 2º ano e alunos com maior desempenho acadêmico.

Mais estudos serão necessários, com um maior número de residentes para confirmação dos dados apresentados e para determinar sua utilização em contextos de graduação e estudar as associações das atitudes dos estudantes em relação ao profissionalismo e às características dos graduandos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABIM FOUNDATION. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. **Annals of internal medicine**, Philadelphia, v. 136, n. 3, p.243-6, 2002.
- BEATON, DE, B. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, [S.l.], v. 25, n. 24, p. 3186-91, 2000.
- BERNAT, J. L. Restoring medical professionalism. **Neurology**, [S.l.], v. 79, n. 8, p. 820, 2012.
- BIRDEN, H. et al. Teaching professionalism in medical education: a Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. **Medical Teacher**, London, v. 35, n. 7, p. 1252-66, 2013.
- BRENNAN, T. et al. Profissionalismo médico no novo milênio: uma carta dos médicos. **Clinical Medical**, [S.l.], v. 2, n. 2, p.116-8, 2002.
- CHEW, B.H.; ZAIN, A.M.; HASSAN, F. Inteligência emocional e desempenho acadêmico em estudantes de medicina do primeiro e último ano: um estudo transversal. **BMC Medical Education**, Oxford, v. 13, n. 44, 2013.
- CHRISTIANSON, C. E. et al. From traditional to patient-centered learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 82, n. 11, p. 1079-1088, Nov. 2007.
- COULEHAN, J.; WILLIAMS, P.C. Vanquishing virtue: the impact of medical education. **Academic Medicine** [S.l.], v. 76, n. 6, p. 598–605, 2001.
- DUFF, P. Teaching and assessing professionalism in medicine. **Obstetric and Gynecology**, [S.l.], v. 104, n. 6, p. 1362-1366, 2004.
- FASCE, E.; ECHEVERRÍA, M.; MATUS, O. Professionalism of physicians from the point of view of physicians and students. **Revista Médica do Chile**, Santiago, v. 137, n. 6, p. 746-752, 2009.
- GILL, D.; GRIFFIN, A. Good medical practice: what are we trying trying to say? Textualanalysis using tag clouds. **Medical Education**, Oxford, v. 44, n. 3, p. 316-22, 2010.
- GLENN, J.E. The eroding principle of justice in teaching medical professionalism. **HEC Forum**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 293-305, 2012.
- GOLDIE, G. Assessment of professionalism: a consolidation of current thinking. **Medical Teacher**, London, v. 35, n. 2, p. 952-6, 2013.

GREEN, M.; ZICK, A.; MAKOUL, G. Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 84, n. 5, p. 566-73, 2009.

HAIDET, P. et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. **Medical Education**, Oxford, v. 36, n. 6, p.568–574, Jun. 2002.

HAIR et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005, 593p.

HALL, J. L. Defining competence for the purposes of certification by the College of Family Physicians of Canada: The evaluation objectives in family medicine. **Canadian Family Physician**, Mississauga, v. 62, n. 2, p. 181, Feb. 2016. Disponível em: <<https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Defining%20Competence%20Complete%20Document%20bookmarked.pdf>>. Acesso em: 20 out 2017.

HUDDLE, T.S. The limits of social justice as an aspect of medical professionalism. **The Journal of medicine and philosophy**, Chicago, v. 38, n. 4, p. 369-87, 2013.

JOHNSON, R. A. **Applied multivariate statistical analysis**. New Jersey: Prentice Hall Inc., 1988, 607p.

KAOHSIUNG, J. A framework for enhancing and assessing cultural competency training. **Journal Medicine Science**, [S.l.], v. 25, n. 9, p. 486-92, 2009.

KLEMENC-KETIS, H. V. Z. Development and validation of a professionalism assessment scale for medical students. **International Journal of Medical Education**, v. 5, p. 205-211, 2014.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais Um tratamento conceitual**. Rio de Janeiro: Edusp, 1979.

LI H. et al. Assessing medical professionalism: a systematic review of instruments and their measurement properties. **PLoS One**, [S.l.], v. 12, n.5, e0177321, 2017.

MCLACHLAN JC, FINN G, MACNAUGHTON J. The conscientiousness index: a novel tool to explore students' professionalism. **Academic Medicine**., Philadelphia v. 84, n. 5, p. 559-565, 2009.

MURDEN, R.A, et al. Professionalism deficiencies in a first-quarter doctor-patient relationship course predict poor clinical performance in medical school. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 79 (10 supl.), p S46-S48, 2004.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2011.

REGO, S. O profissionalismo e a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 36, n. 4, p. 446, 2012.

RESTOM, A. G. et al. Representação Social das Vivências de Estudantes no Curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 3, p. 370-377, 2015.

ROCHA, B.V. et al. Relação Médico-paciente. **Revista Medicina Residência**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 114-118, 2011.

SWICK, H. M. Viewpoint: professionalism and humanism beyond the academic health center. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 82, n. 11, p. 1022-8, 2007.

TERWEE, C.B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of clinical epidemiology**, New York, v. 60, p. 34-42, 2007.

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA. **Defining competence for the purposes of certification by the College of Family Physicians of Canada: the evaluation objectives in family medicine**. Mississauga. ON: CFPC; 2010. Disponível em:<  
<http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Defining%20Competence%20Complete%20Document%20bookmarked.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

WILKINSON, T. J.; WADE, W. B.; KNOCK, L. D. A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. **Academic Medicine**, Philadelphia., v. 84, p. 551-558, 2009.

ZINK, T.; HALAAS, G.W.; BROOKS, K, D. Learning professionalism during the third year of medical school in a 9-month-clinical rotation in rural Minnesota. **Medical Teacher**, London, v. 31, n. 11, p. 1001-6, 2009.

PAPADAKIS, M. A. et al. Performance during internal medicine residency training and subsequent disciplinary action by state licensing boards. **Annals of internal medicine**, Philadelphia, v. 148, n. 11, p. 869-876, 2008.

SNIDER, K.T; JOHNSON, J.C. Professionalism score and academic performance in osteopathic medical students. **The Journal of the American Osteopathic Association**, Chicago, v. 114, n. 11, p.850-859, 2014.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano descrita em detalhes a seguir.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará, segundo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

### 1. Identificação do(a) voluntário(a) da pesquisa:

Nome: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável Legal (se aplicável): \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 2. Dados da pesquisa:

a. Título do Projeto:

**O desempenho acadêmico na graduação interfere no profissionalismo do residente?**

b. Universidade/Departamento/Faculdade/Curso:

**Hospital Universitário Alzira Velano**

c. Projeto  Unicêntrico  Multicêntrico

d. Instituição Co-participante:

Não há

e. Patrocinador:

**Recurso próprio**

f. Professor Orientador:

**Ruth Borges Dias**

Pesquisador Responsável:  Estudante de Pós-graduação  Professor Orientador

### 3. Objetivo da pesquisa:

Definir se o desempenho acadêmico na graduação do residente (média geral do aluno) tem relação direta com seu profissionalismo.

**4. Justificativa da pesquisa:**

Obter formas e justificativas para inclusão na grade curricular de cadeiras voltadas ao ensino do profissionalismo médico

**5. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:**

Será conduzido um estudo descritivo, de caráter transversal, observacional nos médicos residentes do Hospital Universitário Alzira Vellano – HUAV. O desempenho acadêmico será medido através da média geral de cada médico residente, independentemente da universidade em que tenha concluído a graduação, obtida a partir das notas das disciplinas dos doze módulos do curso de Medicina. As médias gerais serão comparadas ao desempenho do médico residente (profissional) através da aplicação de um instrumento validado (questionário) contendo doze questões referentes ao profissionalismo dos residentes. Para cada questão, foi adotada uma escala de 0 a 10 pontos, sendo dividida em quatro estratos: 0,0 a 2,0; 2,1 a 4,0; 4,1 a 6,0; 6,1 a 8,0; 8,1 a 10,0. A escala prefixada para a média geral, obtida a partir dos doze módulos, foi dividida da seguinte maneira: 6,0 a 6,9; 7,0 a 7,9; 8,0 a 8,9; 9,0 a 10,0. Essa divisão foi considerada visto que a média geral na graduação não poderá ser inferior à média de 6,0 pontos, pois os participantes estão fazendo residência médica. Para a análise dos dados, será utilizado o teste dos sinais de Wilcoxon ao nível nominal de 5% de significância.

**6. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:**

(x) Risco Mínimo    ( ) Risco Baixo    ( ) Risco Médio    ( ) Risco Alto

Esta pesquisa envolve um risco mínimo de constrangimento dos residentes ao informar a sua média geral obtida no curso de Medicina, e ao responder às questões durante a entrevista, mas que de certa forma, será minimizado pelo pesquisador.

**7. Descrição dos benefícios da pesquisa:**

A partir deste estudo, será avaliada a possibilidade de introdução de novas disciplinas na grade curricular do curso de Medicina que permitam agregar valor ao profissionalismo médico.

**8. Despesas, compensações e indenizações:**

- a. Você não terá despesa pessoal nesta pesquisa, incluindo transporte, exames e consultas.
- b. Você não terá compensação financeira relacionada à sua participação nesta pesquisa.

**9. Direito de confidencialidade:**

- a. Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais, cujos registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.

- b. Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- c. Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

**10. Acesso aos resultados da pesquisa:**

Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.

**11. Liberdade de retirada do consentimento:**

Você tem direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu cuidado e de tratamento na Instituição.

**12. Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:**

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, etc., através dos contatos abaixo:

Professor Orientador:  
 Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

**13. Acesso à instituição responsável pela pesquisa:**

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato seguinte:

Comitê de Ética - UNIFENAS:  
 Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG  
 Tel: (35) 3299-3137  
 Email: comitedeetica@unifenas.br  
 segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino.

Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, sendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Alfenas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura Dactiloscópica

<hr/> Voluntário		
<hr/> Representante Legal		
<hr/> Pesquisador Responsável		
	Voluntário	Representante Legal



## ANEXO A - Teste de mensuração do profissionalismo no médico no residente

Identificação	NÃO PREENCHER
Nome:	
Idade (anos completos)  __ __	
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	
Especialidade:	
Ano da residência ( ) 1º ( ) 2º ( ) 3º ( ) 4º ( ) 5º ( ) 6º	

**Instruções:**

Utilizando uma escala que pode variar de 1 a 5, onde, 1 significa NUNCA e 5 significa SEMPRE, marque a resposta que melhor descreve o comportamento do residente no dia a dia.

Afirmativa	Nunca				Sempre
1. O comportamento do dia a dia garante que o médico seja responsável, seguro e confiável.	1	2	3	4	5
2. O médico sabe seus limites de competência clínica e procura ajuda apropriada.	1	2	3	4	5
3. O médico demonstra uma abordagem flexível, de mente aberta, desembaraçada e lidando com as incertezas.	1	2	3	4	5
4. O médico demonstra autoconfiança, sem arrogância e a faz inclusive quando há necessidade de obter mais informações ou assistência.	1	2	3	4	5
5. O médico demonstra que se importa e tem compaixão.	1	2	3	4	5
6. O médico demonstra respeito por pacientes de todas as maneiras, mantém limites adequados e compromete-se com o bem-estar do paciente. Isso inclui gerenciamento de tempo, disponibilidade e uma disposição para avaliar o desempenho.	1	2	3	4	5
7. O médico demonstra respeito pelos colegas e pelos membros da equipe.	1	2	3	4	5
8. Discussão e comportamento do dia a dia garantem que o médico seja ético e honesto.	1	2	2	4	5
9. O médico habilmente pratica medicina baseada em evidências. Isso implica não só a avaliação crítica e capacidades de gerenciamento de informações, mas incorpora a aprendizagem adequada dos colegas e dos pacientes.	1	2	3	4	5
10. O médico exibe um compromisso com o bem-estar da sociedade e da comunidade.	1	2	3	4	5
11. O médico exibe um compromisso com a saúde pessoal e busca o equilíbrio entre vida pessoal e responsabilidades profissionais.	1	2	3	4	5
12. O médico demonstra uma abordagem consciente para a prática, mantendo a compostura/equanimidade, mesmo em situações difíceis e se envolvendo em diálogos profundos sobre valores e motivos.	1	2	3	4	5

## **ANEXO B - Orientações ao preenchimento do questionário**

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA (HALL, 2016)

### **1. Day-to-day behaviour reassures one that the physician is responsible, reliable, and trustworthy.**

#### **Observable Behaviours:**

- Comes to clinic when expected
- Answers pages when on call
- Notifies attending colleague if he or she is going away and has a maternity patient due or is following an in-patient
- Notifies others when away for illness or emergencies as soon as possible
- Sets up systems for follow-up of patients
- Does not lie
- Does not look up questions after specific requests
- Leaves early, arrives late, without advising
- Inappropriately double schedules activities
- Switches schedules to personal advantage
- Does not do patient rounds appropriately i.e., too infrequent, too cursory
- Is unavailable for clinical responsibilities for personal reasons, without consideration of the needs of the patient or team
- Allows chart completion to back up unreasonably
- Does not document lab results as normal or abnormal; does not document follow-up
- Does not do letters, summaries
- Cheats on exams or quizzes (e.g., ALSO, NRP)
- Goes into SOOs with foreknowledge of cases (i.e., cheats on exams)
- Does not check allergies or interactions when prescribing
- Fails to follow up in a timely fashion with patients when investigations are pending (e.g., a skin biopsy), or in potentially serious clinical situations (e.g., a depressed adolescent who does not show up for an appointment)
- Lies about prior experience with a procedure to get to do it
- Signs in for others when attendance is taken at academic events
- Plagiarizes on projects

### **2. The physician knows his or her limits of clinical competence and seeks help appropriately.**

#### **Observable Behaviours:**

- Seeks opportunities to address limitations to improve knowledge and skills (electives/continuing education)
- Does not use the excuse of limited clinical competence to avoid challenging clinical problems
- Argues about deficiencies in clinical competence in spite of examples to illustrate concerns
- Ignores clinical problems to mask clinical limitations

- Refers cases even when he or she has the skills and resources to perform the tasks (does not take the time to do appropriate medical procedures)
- Does not initiate the management of complex/difficult problems when a patient presents— defers to an attending physician or a consultant
- Does not prepare adequately for a procedure

**3. The physician demonstrates a flexible, open-minded approach that is resourceful and deals with uncertainty.**

**Observable Behaviours:**

- In patient encounters, consistently demonstrates a willingness to explore the patient's ideas of cause and take steps to include or exclude these from the ensuing differential diagnosis
- Is willing to adapt diagnosis/plan when provided with an alternative view/information/perspective (willing to change his or her mind)
- Provides time to deal with the emotion related to an uncertain diagnosis
- Does not unnecessarily limit patient options (i.e., does not display paternalism)
- Is satisfied with "symptom diagnosis" (e.g., says "dyspepsia", not "peptic ulcer disease") when information is limited or diagnosis is not confirmable
- Formulates a patient-centred stepwise plan to deal with a situation even when he or she doesn't know the answer
- Cuts patients off
- Refuses to deal with a major problem during an office visit because of time
- Refuses to see a patient who arrives slightly late for an appointment
- Shows anger/rigidity when patients don't follow a prescribed course of action
- Becomes dismissive of patient ideas when they don't fit his or her own
- Uses manipulative techniques to influence patient behaviour ("I won't be able to take care of you if you choose to do...")

**4. The physician evokes confidence without arrogance, and does so even when needing to obtain further information or assistance.**

**Observable Behaviours:**

- Says, "I don't know but I know how I am going to find out"
- Management discussions with patients are clearly helpful to the patient with "value added", even without a certain diagnosis or final opinion about available treatment
- Projects appropriate confidence in non-verbal communication: looks patients in the eye when he or she says, "I don't know"
- Uses own experience to devalue the patient's experience (e.g., "I didn't have to have an epidural")
- Tells patients what to do without understanding their circumstances (displays arrogance, paternalism)

## **5. The physician demonstrates a caring and compassionate manner.**

### **Observable Behaviours:**

- Allows patients time to verbalize their concerns without cutting them off; listens for a while before talking—actively listens before talking
- Does not belittle the patient's losses/fears
- Asks patients about their feelings, worries, hopes
- Sits down with patients whenever possible while communicating
- Addresses issues or behaviours with patients rather than confronting them personally or judgmentally
- Expands on healthy options or choices with patients
- Keeps patients' needs foremost when faced with own personal concerns about medical errors/disasters/accusations
- Is willing to acknowledge the patient's emotions within the encounter
- Does not blame patients for difficult situations they encounter
- When dealing with a difficult patient, recognizes his or her own feelings and avoids expressing anger inappropriately
- Despite time and workload pressure, maintains a pleasant, compassionate approach

## **6. The physician demonstrates respect for patients in all ways, maintains appropriate boundaries, and is committed to patient well-being. This includes time management, availability, and a willingness to assess performance.**

### **Observable Behaviours:**

- Respects the patient's time as if it were his or her own: does his or her best to be on time; acknowledges when he or she is not
- Does not impose personal religious, moral, or political beliefs on a patient
- Does not ask for or accept offers of dates from patients
- Does not ask patients for favours
- Does not accept inappropriate gifts
- Does not make jokes at a patient's expense
- Respects a patient's lifestyle choices as his or hers to make
- Appreciates the power differential in the physician-patient interaction
- Maintains personal appearance to facilitate patient comfort and confidence for individual patients, or for specific patient populations
- Comments and behaviours reinforce and enhance the patient's abilities and capabilities
- Does not lend patients money (or borrow money from patients)
- Recognizes the difference between maintaining confidentiality and seeking appropriate professional advice when needed in difficult situations
- Actively looks at his or her practice with assessment tools, and implements appropriate changes
- Thinks and speaks about patients in a positive manner
- Attempts to understand the patient's issues that precipitate difficult behaviour or non-compliance, and adapts his or her response accordingly
- Always seems rushed or burdened by too many demands
- Complains about other team members in front of patients

- Blames others for a personal lack of organization or harried approach (“Who took my stethoscope this time?”, “Where’s my pen?”, “I’m late because there are no parking spots”, “The secretary didn’t remind me I had to be there”, “My charts weren’t out”)
- Is reluctant or refuses to see some patients

## **7. The physician demonstrates respect for colleagues and team members.**

### **Observable Behaviours:**

- Does not undermine and avoids making negative comments about other providers, especially those who may have seen patients in different settings or contexts
- When consulted or asked for help, listens to concerns and tries to respond positively and to be available (“How can I help?” vs. “I don’t need to see this patient”)
- When needing to talk to someone unexpectedly, waits and picks the right moment; does not interrupt unduly
- Thinks and speaks about colleagues in a positive manner; respects their time as if it were his or her own
- Arrives on time
- Pays attention when others are speaking
- Lets others speak/continue; hears them out and stays respectful even if he or she may not agree with topics or points of view
- Provides inappropriate feedback in an insensitive manner (non-specific, wrong place, wrong time)
- Leaves early, picks the easy tasks, leaves tasks unfinished, etc., such that others have more work
- Discusses contentious issues in public, or gossips
- Avoids the discussion of contentious issues that are having or may have a major impact on team dynamics and outcomes
- Argues with other team members
- Does not make personal adjustments in spite of repeated messages from others about performance in the workplace
- A male trainee does not accept feedback from a female colleague or faculty
- Does other things (i.e., does not pay attention) while a colleague is speaking (e.g., text messages, reads paper, does charts)

## **8. Day-to-day behaviour and discussion reassures that the physician is ethical and honest.**

### **Observable Behaviours:**

- When an error has been made, acknowledges his or her own contribution, discusses it with the appropriate parties, tries to clarify why the error was made and apply corrective action for the future
- Obtains informed consent, asks about privacy/communication/confidentiality
- Respects patient autonomy, and assesses whether patient decision making is impaired
- Provides honest estimates concerning time, services, and billing
- Discloses patient information against his or her expressed wishes, especially with respect to adolescents, the elderly, and patients with different cultural issues
- Discusses patients in “public” places
- Provides medical treatment inappropriately to colleagues, including writing prescriptions

- Claims (to colleagues, patients, others) to have done something that has not been done (e.g., history, physical exam, lab tests, phone calls, follow-up)
- Takes credit for work done by others (for monetary reasons, for prestige, for any reason)
- Has inappropriate prescribing practices:
  - Puts in the name of someone with a drug plan instead of the patient
- Prescribes inappropriately for self-gain
- Prescribes without sufficient assessment
- Makes unjustifiable claims on insurance or other forms

**9. The physician practices evidence-based medicine skillfully. This implies not only critical appraisal and information-management capabilities, but incorporates appropriate learning from colleagues and patients.**

**Observable Behaviours:**

- Does not give undue weight to evidence-based medicine: incorporates the patient's and family's expertise about the uniqueness of their situation; incorporates the experience and expertise of colleagues and team members, as well as his or her own
- When a patient questions care or makes suggestions, is open to respectful discussion; responds positively to patients who bring materials from the Internet
- When using guidelines or the results of clinical trials (on large populations), customizes and adapts them to ensure applicability to the individual patient in question
- Does not change a current treatment plan when temporarily dealing with someone else's patient; if thinks changes are desirable, discusses them first with the regular provider
- Checks as to whether practice is consistent with recent evidence, and makes changes consistent with this evidence
- Identifies knowledge gaps in own clinical practice, and develops a strategy to fill it; frames clinical questions that will facilitate the search for "answers" to these gaps
- Does not use resources to acquire up-to-date information about specific cases
- Following a group discussion and decision, does not incorporate agreed-upon changes into clinical practice
- Relies too much on a limited set of inappropriate information resources (e.g., drug company representatives, unselected Internet material, The Medical Post, "expert" opinion)
- Does not critically question information

**10. The physician displays a commitment to societal and community well-being.**

**Observable Behaviours: \*\***

- Does not dismiss concerns raised by patients on local issues that have an impact on their health (e.g., safe walking areas, pollution)
- Tries to empower the patient who raises concerns about community issues; acts in a confidential manner
- Responds positively to community requests for participation: will dedicate some time and experience, some resources (e.g., put a poster up)
- Does not respect the duty to report in situations where there is a clear danger to others (e.g., meningococcal disease, capacity to drive, child abuse)

- Does not report inappropriate behaviour (e.g., substance abuse) of professional colleagues to the appropriate supervisor or authority

\*\* Although many examples around this theme may be found later in practice, we do not think it practical or fair to assess this theme in great detail at the time of certification, namely during training or at the very beginning of independent practice. The other themes of professionalism provide better opportunities for the appropriate assessment of this dimension.

## **11. The physician displays a commitment to personal health and seeks balance between personal life and professional responsibilities.**

### **Observable Behaviours:**

- Takes appropriate time to fulfill personal needs
- Is willing to discuss observations from colleagues or team members when behaviour suggests difficulty because of stress
- When a conflict between professional and personal activities is brought to his or her attention, discusses it, makes an appropriate adjustment or not
- Sometimes puts the patient first, ahead of personal need, and demonstrates satisfaction and appreciation of the value of this action
- Has a healthy lifestyle: does not smoke, does not drink to excess, drives reasonably
- Takes frustration, etc., out on colleagues/staff (e.g., is rude and inappropriate)
- Fails or refuses to recognize or deal with significant illness or a condition that may have an impact on professional activities, especially when concerns are identified by others
- Stays overtime inappropriately, comes to work sick, is unwilling to take time off
- Burdens co-workers when taking care of own needs (i.e., leaves many things undone without communicating with colleagues)
- Transfers tasks to colleagues without clear justification, without adequate communication; changes availability for professional tasks “frequently”, “at the last minute”
- Seeks medical care from friends or colleagues outside of a normal physician-patient relationship; acts as own physician

## **12. The physician demonstrates a mindful approach to practice by maintaining composure/equanimity, even in difficult situations, and by engaging in thoughtful dialogue about values and motives.**

### **Observable Behaviours:**

- Given a difficult situation, maintains composure and is able to act appropriately (e.g., with angry patients, an unexpected clinical turn of events, an overwhelming demand, examinations)
- Is consistently attentive to a patient or colleague throughout any interaction
- Tries to understand the behaviour of others without getting mad or being hurt
- Does not display anger, inappropriate humour, or other emotions when this could undermine constructive work with patients or colleagues
- When emotions are intense or visible, can nevertheless explain or suggest a constructive plan of action
- Does not lose his or her cool—even when the other person in the room loses it

- Can allow for multiple perspectives from various participants in complex situations; entertains or solicits other viewpoints
- Is willing to engage in dialogue, in order to learn from experience and others, when o a bad/unexpected outcome occurs
  - there are conflicting ideas
  - he or she is asked questions (does not perceive these as a threat; makes time to discuss them vs. being “too busy to talk about it”)
- When a mistake appears to have been made, acknowledges it and looks first for personal responsibility rather than directing blame elsewhere



## ANEXO C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE JOSÉ  
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O DESEMPENHO ACADÊMICO NA GRADUAÇÃO COMO PREDITOR DO PROFISSIONALISMO DO RESIDENTE

**Pesquisador:** Ranielly Alves Andrade

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 64493317.5.0000.5143

**Instituição Proponente:** UNIFENAS-UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.970.260

**Apresentação do Projeto:**

Adequado.

**Objetivo da Pesquisa:**

Adequado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nada digno de nota.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: Rodovia MG 179 km 0  
Bairro: Campus Universitário CEP: 37.130-000  
UF: MG Município: ALFENAS  
Telefone: (35)3299-3137 Fax: (35)3299-3137 E-mail: comitedeetica@unifenas.br

UNIVERSIDADE JOSÉ  
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 1.970.260

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_856529.pdf	09/03/2017 02:19:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/03/2017 02:19:11	Ranielly Alves Andrade	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Instrumento_de_coleta.docx	09/03/2017 02:18:09	Ranielly Alves Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_1.docx	22/01/2017 18:41:19	Ranielly Alves Andrade	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_1.jpg	22/01/2017 18:39:54	Ranielly Alves Andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/01/2017 18:38:38	Ranielly Alves Andrade	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ALFENAS, 17 de Março de 2017

Assinado por:

**MARCELO REIS DA COSTA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rodovia MG 179 km 0

**Bairro:** Campus Universitário

**CEP:** 37.130-000

**UF:** MG

**Município:** ALFENAS

**Telefone:** (35)3299-3137

**Fax:** (35)3299-3137

**E-mail:** comitedeetica@unifenas.br