

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS

Michelle Reis de Lucena

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DE
INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO PROFISSIONALISMO ENTRE
MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA, 2019-2020**

Belo Horizonte

2021

Michelle Reis de Lucena

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DE
INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO PROFISSIONALISMO ENTRE
MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA, 2019-2020**

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

Orientador: Prof. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr

Belo Horizonte

2021

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

61-057:159.938(043.3)

L935a Lucena, Michelle Reis de.

Adaptação transcultural e validação psicométrica de instrumento para avaliação do profissionalismo entre médicos e estudantes de medicina, 2019-2020. [manuscrito] / Michelle Reis de Lucena. -- Belo Horizonte, 2021.

94 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2021.

Orientador : Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr ..

1. Educação médica. 2. Profissionalismo. 3. Estudo de Validação. 4. Traduções. 5. Médicos. 6. Estudantes de Medicina. I. Toledo Jr., Antonio Carlos de Castro. II. Título.

Bibliotecária responsável: Jéssica M. Queiroz CRB6/3254



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano

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

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

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.

Coordenadora Adjunta do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Maria Aparecida Turci

Certificado de Aprovação

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO
PROFISSIONALISMO ENTRE MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA, 2019-2020**

AUTOR: Michelle Reis de Lucena

ORIENTADOR: Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

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



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

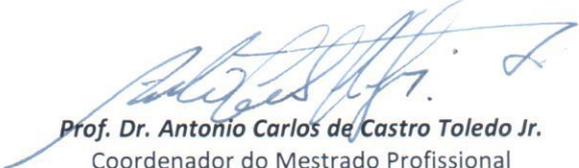


Profa. Dra. Maria Aparecida Turci



Prof. Dr. Rodrigo Ribeiro dos Santos

Belo Horizonte, 05 de março de 2021.



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.
Coordenador do Mestrado Profissional
Em Ensino em Saúde
UNIFENAS

*À Mariana, Daniel e Vitor, que vieram ao mundo
para me fazer melhor.*

Ao Binha, que faz meus dias mais felizes.

*Às vovós Ana e Hilda que, lá de cima, estão
orgulhosas de mim!*

À tia Pretinha, minha torcida vibrante, fiel e divina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido e aos meus filhos, pelo amor e incentivo para esta realização.

Meu reconhecimento pelo apoio e carinho da minha família, meus pais e sogros, que dividem comigo cada conquista.

Minha gratidão à aluna Adriane Aparecida Tupinambás Silva que, através da iniciação científica, me auxiliou na coleta de dados e discussão, foi ombro amigo e torceu por cada ação desenvolvida.

Vanessa Fenelon, Flávia Matos, Mirna Marques, tia Lucinha e Lorayne Lucena, vocês me incentivaram, ajudaram a renovar as forças e a persistir.

Agradeço a colaboração dos amigos e colegas da UNIFENAS, da turma do mestrado de 2019, do Hospital Metropolitano Odilon Behrens, da turma Carlos Chagas, do MMBH 1, 2 e 3, do FORSA COBEM e do POP-OFF PLUS.

Professor Ênio Pietra (Paraninfo em 2002!), Dr. Nathan Mendes, Dr. Ricardo Alexandre, Dr. Alexandre Pinto Coelho, Dr. Odilon Freitas, Dr. Fernando Mendonça, Dr. José Helvécio Kalil, Dra. Walneia Moreira, Dr. Rodrigo Santos, Dr. Júlio Valadares, Dra. Cíntia Vasconcelos e estudante Henrique Baldanza, agradeço pela colaboração tão importante no comitê de especialistas.

Meu sincero reconhecimento ao meu orientador: Antonio Carlos Toledo Jr. que, com generosidade, me ensinou e me guiou nesse caminho. A amizade e o ensinamento a mim dedicados são, com certeza, os melhores produtos desta dissertação.

Agradeço, em especial, aos médicos e estudantes que disponibilizaram um pouco do seu precioso tempo para contribuir na construção dessas reflexões.

Minha gratidão a Deus, pela concretização de mais um projeto.

“Se vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes.”

Isaac Newton

RESUMO

Introdução: a discussão sobre profissionalismo médico é relativamente recente e o tema tem se tornado cada vez mais frequente em publicações sobre educação médica. Trata-se de conceito complexo, pois envolve um conjunto de atributos, habilidades e comportamentos que são influenciados pelo contexto político-sociocultural do indivíduo. Várias estratégias foram propostas para sua avaliação, mas não se identificou, na literatura, nenhum instrumento específico validado para o Brasil. O objetivo deste estudo foi avaliar profissionalismo entre médicos e estudantes de Medicina. **Materiais e métodos:** o estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira, ocorreu a adaptação transcultural do *The Penn State College of Medicine Professionalism Questionnaire*. Na segunda, o instrumento final foi aplicado a médicos e estudantes de Medicina para realização da avaliação psicométrica, dos níveis de profissionalismo e dos fatores associados a ele. Na validação psicométrica, utilizou-se a análise fatorial e alfa de Cronbach e, nas demais análises estatísticas, medidas de tendência central, distribuição de frequência, qui-quadrado, teste de t de *Student*, coeficiente de relação de Pearson e regressão linear. O nível de significância utilizado foi 0,05. **Resultados:** a adaptação transcultural resultou em questionários diferentes para médicos e estudantes de Medicina, cada um com 37 itens. Na segunda etapa, foram avaliados 563 médicos e 403 estudantes de Medicina. A análise fatorial não identificou itens elimináveis ou domínios. O alfa de Cronbach foi de 0,885, para o questionário de médicos, e 0,843, para o de estudantes. As duas populações apresentaram níveis elevados de profissionalismo. Após análise multivariada, observou-se que a idade maior que 40 anos e ter mestrado e/ou doutorado estavam associados a níveis mais elevados de profissionalismo entre médicos. Em estudantes, ser do sexo feminino e estudar em instituição privada estavam associados a níveis mais elevados de profissionalismo e estar no internato a níveis mais baixos. **Conclusões:** após a adaptação transcultural, obtiveram-se dois instrumentos para avaliação de atitudes em relação ao profissionalismo, com boa consistência interna e confiabilidade. As duas populações apresentaram elevados níveis de profissionalismo. Entre médicos, o profissionalismo foi influenciado pela idade e por possuir pós-graduação *strictu sensu* e entre estudantes de medicina, pelo sexo, estudar em instituições privadas e pelo período do curso.

Palavras-chave: Educação Médica. Profissionalismo. Estudo de Validação. Traduções. Médicos. Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

Introduction: the discussion on medical professionalism is relatively recent and the topic has become increasingly frequent in publications on medical education. It is a complex concept, as it involves a set of attributes, skills and behaviors that are influenced by the individual's socio-cultural and political context. Several strategies have been proposed for its evaluation, but no instrument validated for Brazil has been identified in the literature. The aim of this study was to assess professionalism among physicians and medical students. **Materials and methods:** the study was carried out in two stages. In the first, the cross-cultural adaptation of The Penn State College of Medicine Professionalism Questionnaire was performed. In the second phase, the final instrument was applied to physicians and medical students to carry out the psychometric validation, and the levels of professionalism and associated factors. In the psychometric validation, factor analysis and Cronbach's alpha were used and in the other statistical analyzes measures of central tendency, frequency distribution, chi-square, Student's t test, Pearson's ratio coefficient and linear regression. The level of significance used was 0.05. **Results:** the translation and cross-cultural adaptation resulted in different questionnaires for physicians and medical students, each with 37 items. In the second stage, 563 physicians and 403 medical students were evaluated. The factor analysis did not indicate domains or items that could be eliminated. Cronbach's alpha was 0.885 for doctors and 0.843 for medical students. Both populations showed high levels of professionalism. After multivariate analysis, it was observed that the age above 40 and having a master's and/or doctorate degrees were associated with higher levels of professionalism among physicians. Among students, being female and studying at a private institution were associated with higher levels of professionalism and being at last two years with lower levels. **Conclusions:** after cross-cultural adaptation, two instruments were used to assess attitudes towards professionalism with good internal consistency and reliability. Both populations had high scores for professionalism. Among physicians, professionalism was influenced by age and for having a *strictu sensu* postgraduate degree and among medical students by gender, studying in private institutions and being at end of the course.

Keywords: Medical Education. Professionalism. Validation Study. Translations. Physicians. Medical Students.

TRANSCULTURAL ADAPTATION AND PSYCHOMETRIC VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR THE ASSESSMENT OF PROFESSIONALISM AMONG PHYSICIANS AND MEDICAL STUDENTS, 2019-2020

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Questionários autoadministrados para avaliação do profissionalismo	27
Figura 1 -	Exemplo de um dos atributos do <i>The Penn State College of Medicine Professionalism Questionnaire</i> - Responsabilidade	33
Figura 2 -	Fluxograma de adaptação transcultural	33
Quadro 2 -	Definição de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual	34
Quadro 3 -	Parâmetro de avaliação da consistência interna, de acordo com o teste alfa de Cronbach	36
Quadro 4 -	Parâmetro de interpretação do teste de Kaiser-Meyer-Olkin	37
Quadro 5 -	Comparação das versões traduzidas e da versão de síntese da Fase I e Fase II do processo de tradução e validação transcultural onde houve discordância	39
Quadro 6 -	Discrepância de equivalência semântica no item 29	39
Quadro 7 -	Relação de itens diferentes entre o questionário de avaliação de profissionalismo para médicos e para estudantes de Medicina	40
Quadro 8 -	Versão final do questionário de avaliação de profissionalismo para médicos.....	42
Quadro 9 -	Versão final do questionário de avaliação de profissionalismo para estudantes de Medicina	43
Quadro 10 -	Questionário de avaliação de profissionalismo médico, versão para médicos, organizado em domínios	48
Quadro 11 -	Questionário de avaliação de profissionalismo médico, versão para estudantes de Medicina, organizado em domínios	54
Figura 3 -	Gráfico de dispersão entre escore total de profissionalismo dos médicos e idade e tempo de graduação entre 564 médicos voluntários	58
Figura 4 -	Gráfico de dispersão entre escore total de profissionalismo e idade (A) e período do curso entre 403 estudantes de Medicina	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas e profissionais dos 564 médicos	45
Tabela 2 -	Adequação do banco de dados de médicos à análise fatorial exploratória...	46
Tabela 3 -	Variância total explicada do questionário para 564 médicos	46
Tabela 4 -	Matriz rotacionada de componentes do banco de dados de 564 médicos	47
Tabela 5 -	Análise da consistência interna e confiabilidade do questionário de avaliação de profissionalismo para médicos, após a retirada de cada item ..	49
Tabela 6 -	Análise de consistência interna e confiabilidade para os diferentes domínios e para todo o questionário de avaliação de profissionalismo, versão para médicos	49
Tabela 7 -	Características sociodemográficas e acadêmicas dos 403 estudantes de Medicina respondentes	50
Tabela 8 -	Adequação do banco de dados de estudantes de Medicina à análise fatorial exploratória	52
Tabela 9 -	Variância total explicada do questionário para 403 estudantes de Medicina	52
Tabela 10 -	Matriz rotacionada de componentes do banco de dados de 403 estudantes de Medicina	53
Tabela 11 -	Análise da consistência interna e confiabilidade do questionário de avaliação de profissionalismo para estudantes de Medicina, após a retirada de cada item	55
Tabela 12 -	Análise de consistência interna e confiabilidade para os diferentes domínios e para todo o questionário de avaliação de profissionalismo, versão para estudantes de Medicina	56
Tabela 13 -	Análise comparativa entre variáveis independentes e o nível de profissionalismo entre 564 médicos	56
Tabela 14 -	Correlação entre escore total de profissionalismo dos médicos e idade e tempo de graduação entre 564 médicos	58
Tabela 15 -	Valores de p ajustados por regressão linear para variáveis selecionadas e escore total de profissionalismo médico entre 564 médicos voluntários	58
Tabela 16 -	Análise comparativa entre variáveis independentes e o nível de profissionalismo entre 403 estudantes de Medicina	59
Tabela 17 -	Correlação entre escore total de profissionalismo e idade e período do curso entre 403 estudantes de Medicina	60
Tabela 18 -	Valores de p ajustados por regressão linear para variáveis selecionadas e escore total de profissionalismo médico entre 403 estudantes de Medicina...	61

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

ABIM	<i>American Board of Internal Medicine</i>
ACGMC	<i>Accreditation Council on Graduate Medical Education</i>
ACP	<i>American College of Physicians</i>
AMB	Associação Médica Brasileira
CEEM	Código de Ética do Estudante de Medicina
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CRM	Conselho Regional de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EFIM	<i>European Federation of Internal Medicine</i>
EUA	Estados Unidos da América do Norte
GMC	<i>General Medical Council</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	Ministério da Educação
OSCE	Exame Clínico Objetivo Estruturado
PSCOMPQ	<i>Penn State College of Medicine Professionalism Questionnaire</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Perspectiva histórica.....	15
1.2	Profissionalismo médico.....	19
1.3	A importância do profissionalismo.....	22
1.4	Como avaliar profissionalismo.....	24
2	JUSTIFICATIVA	29
3	OBJETIVOS	30
3.1	Objetivo geral	30
3.2	Objetivos específicos	30
4	MATERIAIS E MÉTODOS	31
4.1	População, amostra, amostragem e recrutamento	31
4.2	Seleção e apresentação do instrumento	31
4.3	Tradução e adaptação transcultural.....	33
4.4	Validação psicométrica e avaliação do profissionalismo	35
4.5	Plano de análise estatística	36
4.5.1	<i>Análise psicométrica</i>	36
4.5.2	<i>Avaliação do profissionalismo</i>	37
4.6	Aspectos éticos	38
5	RESULTADOS	39
5.1	Tradução e adaptação transcultural.....	39
5.2	Avaliação psicométrica	44
5.2.1	<i>Questionário para médicos</i>	44
5.2.2	<i>Questionário para estudantes de Medicina</i>	50
5.3	Análise comparativa.....	56
5.3.1	<i>Fatores associados ao profissionalismo entre médicos</i>	56
5.3.2	<i>Fatores associados ao profissionalismo entre estudantes de Medicina</i>	59
6	DISCUSSÃO	62

6.1	Adaptação transcultural e validação do questionário.....	62
6.2	Nível de profissionalismo entre médicos.....	65
6.3	Nível de profissionalismo entre estudantes de Medicina.....	67
6.4	Limitações e vantagens	69
7	PERSPECTIVAS.....	72
8	CONCLUSÃO.....	74
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICE 1.....	81
	APÊNDICE 2.....	85
	ANEXO 1.....	91
	ANEXO 2.....	93

1 INTRODUÇÃO

A prática da Medicina e as formas de ensiná-la eram muito mais simples do que são hoje em dia. Era muito comum que os valores e comportamentos desejados fossem passados de uma geração de médicos para outra, através de médicos respeitados, que serviam como modelos a serem seguidos. Esse mecanismo de ensino por meio de modelos não é mais coerente e não pode ser considerado como a única ferramenta para fomentar o profissionalismo dos estudantes atuais, devido ao aumento da complexidade social, política e cultural do sistema de saúde. Essas mudanças criaram a necessidade de formas mais estruturadas de ensinar medicina, em geral, e profissionalismo médico, em particular. A politização da saúde, os conflitos de interesse em relação ao comercialismo e sua influência na prática profissional, juntamente com a ansiedade oriunda de uma taxa cada vez maior de litígios médicos, levam à deterioração do humanismo e ao distanciamento emocional na prática clínica (ALTIRKAWI, 2014).

A palavra "profissão" é derivada do *professio*, que significa declaração pública, em latim. Profissões, como definição, são ocupações concedidas por uma situação especial da sociedade, para que os "profissionais" possam lidar com as necessidades valorizadas pela comunidade que atendem (ALTIRKAWI, 2014). Uma profissão requer aquisição e aplicação de um corpo de conhecimentos, habilidades técnicas e comportamentos. Os indivíduos que desempenham determinada profissão estão unidos por um compromisso compartilhado e se regulam de acordo com um código de condutas ou de ética (KIRK, 2007). Profissionalismo é o nível de aptidão, polidez e bom senso esperados de pessoas treinadas para fazerem bem o seu trabalho. Na Medicina, diz respeito a um conjunto de qualidades e qualificações (não cognitivas e cognitivas), sinônimo da competência profissional que classifica "o bom médico" (SILVA, 2013).

1.1 Perspectiva histórica

O profissionalismo médico moderno deriva de origens antigas e evoluiu ao longo de inúmeras fases da história. O debate contemporâneo sobre o papel dos médicos precisa considerar as origens e os valores duradouros da profissão. Por séculos, as profissões foram um nicho particular na sociedade. A Medicina é a personificação da arte de curar, presente desde o início da civilização. Com a emergência da civilização Grega, as raízes da medicina ocidental foram

traçadas. Hipócrates (460-377 a.C.) lançou as bases da Medicina atual, distinguindo-a de outras formas antigas de cura, por se fundamentar na filosofia natural ao invés de poderes sobrenaturais, separando medicina de religião. Médicos hipocráticos defendiam a prática ética – *primum non nocere* – e o altruísmo, ambos incorporados no juramento de Hipócrates, que é recitado ainda nos dias de hoje pelos formandos.

O trabalho de Platão (428-347 a.C.) embasou disciplinas separadas da ética, da filosofia e da Medicina. Aristóteles (384-322 a.c.), filho de médico, era aluno de Platão e elaborou o *The Nicomachean Ethics*, uma convincente descrição de profissionalismo. Na era romana, Galeno (129-216 d.C.) foi o ponto de referência da medicina ocidental no Renascimento. Sob o ponto de vista de Galeno, filosofia e Medicina eram como colegas. Um bom médico praticaria a Medicina pelo amor à humanidade, enquanto aceitaria sua recompensa em fama e fortuna. A partir do século 14, Erasmo fez uma reinterpretação de Galeno: “o melhor médico é também um filósofo”. Ele e outros reforçaram a noção da prática da Medicina como atividade acadêmica, juntamente com teologia e direito. Nos séculos seguintes, a predominância da visão humanista e carregada de valor da medicina foi desafiada pelo desenvolvimento da ciência. Paracelso (1493-1542) desafiou os conceitos galenianos, ressaltando a química como a base para o tratamento de doenças. Assim, é possível afirmar que a racionalidade técnica é herança do positivismo e a Medicina foi remodelada em uma técnica científica para a preservação da saúde (HILTON; SOUTHGATE, 2007).

A Medicina moderna adquiriu seu *status* de profissão em meados do século XIX e, praticamente, tomou o monopólio sobre sua prática. Esse desenvolvimento foi aceito, pois, tanto os pacientes quanto a sociedade, em geral, precisam dos serviços de curadores competentes e confiáveis. O profissionalismo, nesse contexto, poderia ser considerado meio de organização desses serviços. A partir desse acordo, a sociedade concedeu aos profissionais autonomia na prática, um papel importante na regulação, um *status* privilegiado e recompensas financeiras, no entendimento de que a profissão, em troca, garantiria a competência e a conduta ética de seus membros e abordaria questões de interesse para a sociedade (ALTIRKAWI, 2014).

Os anos finais do século XIX e início do XX foram momentos em que a educação dos médicos norte-americanos distava muito do ideal de qualidade, por não acompanhar, na prática, o progresso real das ciências afins. Os fundadores da *School of Medicine*, da *John Hopkins University* (1889) – William Osler, William Halsted, Henry Hurd, William Welch e Howard

Kelly – perseguiram um objetivo claro: estabelecer a formação acadêmica dos médicos em bases científicas. Com esse novo modelo de excelência e inspirado também nas Faculdades de Medicina da Alemanha, Flexner elaborou o seu relatório, em 1910, que foi ponto de partida para a extensa reforma da educação médica nos Estados Unidos da América do Norte (EUA) e em outros países, incluindo o Brasil.

As faculdades de Medicina americanas foram, desse ponto em diante, regidas por cientistas e pesquisadores, profundos conhecedores do campo de pesquisa em que eram especializados. Era o início da era da especialização no ensino médico, na tentativa de garantir a qualidade dos futuros médicos. A reforma do ensino médico trouxe benefícios inegáveis de qualidade e algumas perdas. A fragmentação do saber médico, instalada como recurso de progresso científico na própria academia, acarretou a conseqüente fragmentação da relação médico-paciente. Dependendo da doença que acometesse o paciente, seria um ou outro médico quem cuidaria dele. Assim, dividia-se a Ciência Médica para melhor conhecê-la, dominá-la e ensiná-la e, nessa divisão, o paciente foi naturalmente atingido. O próprio Flexner reconheceu que, dentro do muito que se tinha ganhado com a reforma, ao sobrecarregar os aspectos científicos, excluindo os sociais e humanísticos, estava começando a perder-se algo importante: o sentido de integração do paciente e da doença, a verdadeira arte médica. (COOKE *et al.*, 2006; MORETO *et al.*, 2018; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

As críticas recorrentes ao setor da saúde aconteceram com maior intensidade e frequência a partir da década de 1960, em todo o mundo, e foi denominada de “crise da Medicina”, evidenciando o descompromisso dos médicos com a realidade e as necessidades da população. Essas constatações provocaram intensa movimentação nos meios acadêmicos, em instituições internacionais de saúde (Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e outras), em governos, em fundações internacionais (Rockefeller, Kellogs e outras), em instituições representativas de classe e na sociedade, em geral. Esse movimento ocorreu de forma heterogênea, segundo as diferentes conjunturas socioeconômicas e políticas de cada país.

Como resposta, a partir dos anos 1980, iniciam-se processos de reforma do setor da saúde em vários países. Elas se desenvolvem por meio de diferentes modelos e estratégias, desde medidas administrativas até mudanças constitucionais. As reformas mais profundas foram construídas, como no caso do Brasil, por intermédio de debates e iniciativas da sociedade civil organizada (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Na história mais recente, observam-se iniciativas como o *Tomorrow Doctors*, que teve sua primeira edição em 1993, no Reino Unido (GENERAL MEDICAL CONCIL, 2003); o *Project Professionalism* do American Board of Internal Medicine (ABIM), em 1994 (BLANK *et al.*, 2003) e o *Can Meds*, no início dos anos 1990, do *Royal College of Physicians*, no Canadá (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA, 2020). Em 1998, o *Accreditation Council on Graduate Medical Education* (ACGMC) promoveu o *Outcome Project*, uma acreditação da educação médica com ênfase no processo de avaliação dos resultados educacionais, que usa padrões de performances baseados em seis competências, sendo o profissionalismo uma delas (BLACKALL *et al.*, 2007; MUELLER, 2015; SWING, 2007). Em 2010, um grupo de trabalho de avaliação do profissionalismo, na *International Ottawa Conference Working Group on the Assessment of Professionalism*, que contou com a participação de 18 indivíduos de nove países, contemplando América do Norte, Europa, Ásia, Oceania e África, reforçou a relevância do tema e a preocupação com os aspectos multiculturais do profissionalismo (HODGES *et al.*, 2011).

No Brasil, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) avaliou as escolas médicas entre 1991 e 1997 e identificou baixa qualidade e qualificação dos professores, baixa produção de conhecimento, dissociação entre teoria e prática e entre ciclo básico e clínico, desumanização e descontextualização da prática, incorporação indiscriminada de tecnologias e currículos inadequados (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Em 1998, apesar dos bons resultados, a CINAEM encerrou seu projeto, por falta de recursos. Em 2001, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, que “definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos” e o perfil do médico egresso como um profissional: “com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”(BRASIL, 2014, p. 1).

De acordo com as DCN, o eixo do desenvolvimento curricular deve ser o das necessidades de saúde da população, promovendo a interação entre ensino, serviço e comunidade, ou seja, contemplando os princípios do profissionalismo (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Em 2014,

foram publicadas as novas DCN para o curso de Medicina, que trazem uma série de recomendações as quais as instituições de ensino superior devem se adequar. Nelas, aspectos socioculturais, humanísticos e biológicos do indivíduo são considerados de forma interdisciplinar e multiprofissional, ao longo dos anos de curso, para assegurar a formação profissional (BRASIL, 2014). As diretrizes recomendam o ensino de competências considerando as competências contemporâneas, alinhadas aos modelos educacionais de todo o mundo, centradas nos estudantes e com estágio em Medicina de Família e Comunidade (SANTOS; NUNES, 2019).

1.2 Profissionalismo médico

O profissionalismo é uma competência essencial do médico. Conhecimento, habilidades clínicas e de comunicação e ética são suas bases. A partir delas, é possível apontar comportamentos e atributos de profissionalismo: responsabilidade, altruísmo, excelência e humanismo. Todos esses atributos são igualmente importantes. Pacientes e toda a sociedade esperam que o médico seja profissional, independentemente de sua especialidade. Nesse sentido, o profissionalismo está associado a aumento da satisfação dos pacientes, aumento da confiança e aderência ao tratamento, menores índices de complicação e redução do risco de litígio (MUELLER, 2015).

O conceito de profissionalismo varia através da história e de contextos culturais, intrinsecamente relacionado à responsabilidade social do médico (HODGES *et al.*, 2011). Embora uma miríade de estudos tenha abordado esse tópico, a resposta para a pergunta: “o que é profissionalismo?” permanece complexa. A dificuldade decorre da noção de que ele se estende ao longo de um *continuum* do indivíduo (atributos, capacidades e comportamentos), partindo do domínio interpessoal (interações com outras pessoas e com contextos) para o nível macrossocial, onde noções como responsabilidade social e moralidade, mas também agendas políticas e imperativos econômicos, residem. Além disso, existem interações entre esses domínios. Por exemplo, o comportamento profissional de um indivíduo pode ser influenciado pelo contexto; similarmente, os indivíduos vinculados a uma instituição podem influenciar valores profissionais coletivos (GOLDIE, 2013; HODGES *et al.*, 2011).

A dificuldade e a imprecisão na definição do termo “profissionalismo médico” levou a uma definição normativa, baseada em comportamentos observáveis comuns, em vez de “valores-

chave”, para fins de avaliação, como: executar a prática com excelência, demonstrar humildade e reconhecer limitações pessoais, exercer julgamento profissional e manter relacionamento de confiança com os pacientes (HILTON; SOUTHGATE, 2007).

Nos últimos 40 anos, o profissionalismo emergiu como tema de importância na prática clínica e na educação médica (HODGES *et al.*, 2011). Na década de 1980, um movimento de caráter ético da profissão surgiu no meio acadêmico médico dos EUA. Como resultado, definiram-se os elementos essenciais de uma prática médica de excelência, contemplando aspectos como a reflexão sobre os valores da profissão, a atuação profissional correta e suas implicações curriculares na graduação e na pós-graduação (MORETO *et al.*, 2018). A definição, implementação e mensuração do profissionalismo tornaram-se grandes preocupações para aqueles envolvidos na educação e no desenvolvimento de estudantes de Medicina, bem como residentes, professores e médicos e pesquisadores (HODGES *et al.*, 2011).

Como já apresentado, na década de 1990, o ABIM iniciou o *Project Professionalism*, com o objetivo de examinar como as mudanças no contexto de saúde afetaram negativamente o comportamento profissional dos médicos, através de extensa revisão de literatura, a fim de estabelecer uma definição de profissionalismo. Desse modo, foi descrita uma lista dos elementos de profissionalismo: altruísmo, responsabilidade, excelência, dever, honra, integridade e respeito pelos outros, de forma que esses elementos se combinam para definir as diretrizes para o comportamento ideal (ABIM FOUNDATION; ACP-ASIM FOUNDATION; EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE, 2002; BLACKALL *et al.*, 2007).

No ano de 2002, um projeto combinado do ABIM com o *American College of Physicians* (ACP) e o *European Federation of Internal Medicine* (EFIM) deu origem à “Carta do Médico – uma declaração sobre os requisitos de profissionalismo médico para o novo milênio”, que, posteriormente, foi endossada por mais de 120 organizações e traduzida em 10 idiomas (ABIM FOUNDATION; ACP-ASIM FOUNDATION; EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE, 2002; BLANK *et al.*, 2003). Essa carta definiu três princípios fundamentais do profissionalismo médico:

- a) **a primazia do bem-estar do paciente** – concentra-se no altruísmo, na confiança e no interesse do paciente que não devem ser comprometidos por “forças de mercado, pressões sociais e exigências administrativas”;

- b) **a autonomia do paciente** – incorpora honestidade aos pacientes e a necessidade de educá-los e capacitá-los a tomar decisões médicas adequadas;
- c) **a justiça social** – aborda o contrato social dos médicos e a justiça distributiva, ou seja, considerando os recursos disponíveis e as necessidades de todos os pacientes enquanto cuida de um paciente individual.

A carta definiu também o conjunto de responsabilidades essenciais ao profissionalismo médico:

- a) **compromisso de competência profissional e com o conhecimento científico** – comprometimento com aprendizado contínuo e manutenção dos padrões científicos, promovendo pesquisas, criando novos conhecimentos e assegurando seu uso devido;
- b) **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 eles recebam informações completas e claras;
- c) **compromisso de confidencialidade com os pacientes** – estende-se a discussões com os responsáveis pelo paciente, quando este não é capaz de dar seu consentimento;
- d) **compromisso de melhoria do acesso e da qualidade do cuidado** – consiste em trabalhar em colaboração com outros profissionais, para otimizar os resultados do atendimento;
- e) **compromisso de distribuição justa de recursos limitados** – ao atender as necessidades individuais dos pacientes, os médicos devem ter o compromisso de trabalhar com outros médicos, hospitais e financiadores, para elaborar diretrizes que objetivem tratamento com boa relação custo/eficiência;
- f) **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;
- g) **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 autorregulação, que incluem reparação e procedimento disciplinar dos membros que não atenderem os padrões profissionais.

O CFM, em publicação de 2013, em consonância com ABIM, EFIM, ACP e *American Medical Association*, concluiu que as opiniões dos médicos sobre profissionalismo são semelhantes em

diferentes sistemas de saúde e publicou que profissionalismo é a base do contrato do médico com a sociedade. Isso requer colocar os interesses dos pacientes acima dos interesses médicos, estabelecer e manter padrões de competência e integridade, além de oferecer à sociedade informações especializadas sobre questões de saúde (SÁ JR, 2013).

Em todos os lugares, a profissão médica está inserida em diversas culturas e tradições nacionais, mas seus membros compartilham o papel de curador, com raízes em Hipócrates. A profissão médica lida com forças políticas, legais e de mercado. Além disso, há amplas variações no cuidado e prática médicos, por meio dos quais pode-se expressar quaisquer princípios gerais de maneira complexa e arguta. Apesar dessas diferenças, alguns temas comuns surgem e formam a base para esta agenda, como três princípios fundamentais: prioridade do bem estar e autonomia do paciente e justiça social. E um conjunto de responsabilidades profissionais definitivas: compromisso com competência, honestidade, confidencialidade, relacionamento, melhoria da qualidade e acesso ao cuidado, distribuição justa de recursos limitados, conhecimento científico, reconhecimento de conflitos de interesses e responsabilidades profissionais (SÁ JR, 2013).

1.3 A importância do ensino do profissionalismo

Caso os médicos, individualmente, ou a profissão em geral, não atendam às expectativas legítimas da sociedade, esse contrato social pode ser alterado, com conseqüente mudança no *status* profissional da Medicina (ALTIRKAWI, 2014; HODGES *et al.*, 2011).

Apresentar profissionalismo fornece base sólida para as obrigações profissionais, juntamente com razões para avaliá-las. Os estudantes de medicina devem aprender e entender, desde o início de sua formação, as conseqüências do não cumprimento dessas obrigações. Infelizmente, o conceito de profissionalismo permanece muito vago para a maioria deles. As obrigações profissionais não são totalmente compreendidas e a relação entre ensino e avaliação não é muito lógica (ALTIRKAWI, 2014). Em estudo caso controle, correlacionando o desempenho dos alunos na faculdade de Medicina com comportamento não profissional subsequente, os pesquisadores mostraram que os alunos que apresentavam comportamento não profissional durante o curso eram três vezes mais propensos a ações disciplinares por organizações reguladoras (PAPADAKIS *et al.*, 2005).

Existem evidências de que a confiança pública está diminuindo e que os médicos estão enfrentando ameaças contemporâneas aos seus valores profissionais, como o mercantilismo, tecnicismo, burocratismo e judicialização (CFM, 2018; COHEN, 2006). Não apenas a base de conhecimento para a prática médica hipertrofiou desde os dias de Flexner, mas a prestação de cuidados também se tornou mais complexa e as expectativas da sociedade mais altas. No entanto, tem sido difícil integrar as novas habilidades, conhecimentos e atitudes exigidas para a prática proficiente na educação médica (COOKE *et al.*, 2006). O papel da educação médica é primordial na preparação de futuros médicos para reconhecer e superar essas ameaças; para isso exigirá mudanças na cultura e ambiente da educação médica (COHEN, 2006).

As escolas médicas devem implementar programas de ensino de profissionalismo. Tais programas devem permear todos os aspectos da educação médica e cruzar barreiras departamentais (ALTIRKAWI, 2014). Apesar, de ainda não haver modelo teórico ou prático unificador para usar como formato para integrar o ensino da profissionalismo no currículo médico (BIRDEN *et al.*, 2013), para se ter sucesso nessa tarefa crítica, as escolas médicas precisam abordar as três pontos: melhorar o processo seletivo de seus futuros graduados; melhorar a instrução formal dos alunos atuais; refinar os ambientes de aprendizagem de práticas afim de não admitir atitudes não profissionais (COHEN, 2006).

Deve ser dada mais ênfase nos aspectos sociais, econômicos e políticos da prestação de serviços de saúde. O desafio não é apenas definir o conteúdo apropriado, mas incorporá-lo ao currículo de maneira a enfatizar sua importância em relação ao conteúdo biomédico tradicional e, em seguida, encontrar e preparar professores para ensinar o currículo revisado. Estruturas curriculares sedimentadas, com foco persistente nas minúcias factuais da base de conhecimento atual, corpo docente pouco reflexivo sobre profissionalismo e práticas de avaliação ultrapassadas são frequentes. Esses desafios ameaçam a aquisição integrada de conhecimento técnico, compreensão contextual, o domínio adequadamente supervisionado das habilidades práticas e a internalização de valores essenciais que, juntos, proporcionam formação sólida, motivadora, compassiva, proficiente e moral (COOKE *et al.*, 2006; PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Em revisão sistemática da literatura, Amore Filho, Dias e Toledo Jr. (2018) apontaram que as instituições de ensino têm buscado, através do resgate do humanismo, diferentes alternativas para favorecer a reflexão e aplicação de cenários favoráveis à sensibilização dos profissionais, como elaboração de currículos com disciplinas que abordem explicitamente o assunto, uso de atividades lúdicas e atuação em diversos contextos culturais.

Desenvolver cultura institucional de apoio ao ensino do profissionalismo é importante. Além disso, muitas atividades, relacionadas ao humanismo, fora da vida profissional podem ajudar a melhorar as atitudes e o desempenho do trabalho (ALTIRKAWI, 2014; AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JR, 2018; KIRK, 2007). Os gestores institucionais devem apoiar publicamente o ensino do profissionalismo e fornecer recursos de ensino adequados. Uma base cognitiva deve ser explicitamente ensinada (como raízes históricas, definição, valores, atributos, comportamentos e responsabilidades associadas). Ambientes de aprendizagem devem estar alinhados com a declaração de missão e os preceitos de profissionalismo da instituição. Membros do corpo docente responsáveis pelo ensino devem manifestar atributos e comportamentos de profissionalismo e estar familiarizados com a base cognitiva (MUELLER, 2015).

Um desafio para o ensino do profissionalismo descrito na literatura de educação médica é o “currículo oculto”. Mesmo quando uma faculdade de Medicina ou instituição define seus valores, por vezes, comportamentos não profissionais observados pelos estudantes no ambiente prático podem minar os objetivos educacionais. Os alunos entram no curso de Medicina com idealismo, com o compromisso de serem bons médicos, cuidar bem dos pacientes e ter sucesso na profissão. No entanto, eles podem começar a perder esse idealismo quando se deparam com a prática profissional no mundo real (KIRK, 2007). Os médicos durante a vida profissional são submetidos a diferentes situações e pressões, que podem influenciar os resultados profissionais. A sociedade atual é marcada por intenso individualismo e indiferença entre e para com as pessoas, situação que também se estende à prática médica (AMORE FILHO; DIAS; TOLEDO JR, 2018).

1.4 Como avaliar o profissionalismo

O profissionalismo é complexo e multidimensional, o que torna difícil estabelecer uma forma simples e generalizada de avaliá-lo. A sua avaliação requer a consideração de seus interesses individuais, interpessoais e dimensões societárias (HODGES *et al.*, 2011; MUELLER, 2015). Saber se o profissionalismo pode ser avaliado de forma confiável é desafiador. A literatura afirma que o profissionalismo é competência que exige ensino formal, sendo, dessa forma, possível de ser mensurada (ALTIRKAWI, 2014). Avaliar o profissionalismo significa

determinar se os estudantes e médicos aprenderam essa competência central e que tipo de deficiência eles precisam resolver (ARNOLD, 2002).

Os esforços para melhorar o desempenho dos alunos no âmbito do profissionalismo devem começar com o desenvolvimento e implementação de mensurações válidas dos atributos e comportamentos desejados. Os educadores devem incorporar explicitamente os comportamentos observáveis esperados em suas avaliações formativas e somativas. Nesse contexto, o feedback é ferramenta basilar para a avaliação continuada de estudantes e profissionais e para melhorar o desempenho deles (COHEN, 2006).

As competências têm sido consideradas por educadores como a combinação de construtos que podem ser mensurados. A avaliação de competências deve, idealmente, envolver medidas de comportamento ou performance na prática diária. Uma combinação de instrumentos deveria ser utilizada, em função do complexo construto multidimensional que é o profissionalismo (GOLDIE, 2013).

Várias estratégias foram propostas para essa avaliação, como observação clínica, avaliação em pares, discussões de incidentes de não profissionalismo, palestras com resposta da audiência, testes de conhecimento (base cognitiva), sessão de pequenos grupos, relato de eventos adversos, portfólio, *role-play*, discussão, simulação, exame clínico objetivo estruturado (OSCE), opiniões de pacientes, visão global de supervisor, avaliação 360° e entrevistas estruturadas (ALTIRKAWI, 2014; BYSZEWSKI; GILL; LOCHNAN, 2015; MUELLER, 2015; TIM; WINNIE; DOUG, 2009). No entanto, a maior parte dessas estratégias de avaliação de comportamento exigem observação direta do estudante ou médico, o que as torna pouco práticas, principalmente quando é necessário avaliar um grande número de pessoas.

Alternativamente, pode-se utilizar questionários autoadministrados, mas esses instrumentos avaliam principalmente a atitude, a intenção de agir, e não o comportamento, a ação propriamente dita. A atitude e o comportamento podem ser diferentes, pois a primeira é avaliada por meio de uma situação hipotética e o segundo é influenciado pelo contexto na qual a ação ocorre. Apesar dessas limitações, os questionários são fáceis de aplicar em grande número de pessoas e podem apresentar maior confiabilidade. Além disso, o uso repetido do questionário

pode auxiliar o estabelecimento de um “padrão de comportamento” desejável (CORRÊA; CASTRO; SCHUCH JÚNIOR, 2010).

Apesar da diversidade de instrumentos de avaliação de profissionalismo propostos, somente um número limitado de estudos foi metodologicamente claro. A maioria dos instrumentos disponíveis não foi submetida a processo de validação adequado. Revisões, inclusive sistemáticas, demonstram a importância de se buscar um instrumento que contemple validade, confiabilidade e aplicabilidade para avaliação do médico e do estudante (LI *et al.*, 2017; TIM; WINNIE; DOUG, 2009; VELOSKI *et al.*, 2005).

Veloski *et al.* (2005) e Tim, Winnie e Doug (2009) identificaram nove conjuntos de ferramentas de avaliação para medir o profissionalismo, dentre eles os instrumentos autoadministrados. Considerando aspectos como a consistência interna, confiabilidade, erro de medição, validade de conteúdo, validade estrutural, teste de hipótese, validade transcultural. Li *et al.* (2017), em uma revisão sistemática da literatura, avaliaram nove instrumentos autoadministrados (Quadro 1). Embora muitas abordagens promissoras estejam em avaliação, nenhuma medida única ou conjunto de medições ainda se mostrou suficientemente confiável e válido para atender aos critérios psicométricos desejados (ALTIRKAWI, 2014).

Assim, aumentar a profundidade, a qualidade da confiabilidade e validade das ferramentas existentes em vários contextos pode ser mais apropriado do que concentrar-se no desenvolvimento de novos instrumentos. Aumentar o número de testes e o número de contextos culturais relevantes aumentará a confiabilidade do resultado. Da mesma forma, aumentar o número de observadores aumenta a confiabilidade (GOLDIE, 2013; HODGES *et al.*, 2011).

Quadro 1 - Questionários autoadministrados para avaliação do profissionalismo

Instrumento	Autor	População	N	Local	Consistência interna	Validade estrutural
Arnold Scale (14 itens)	Arnold <i>et al.</i> (1998)	Estudantes e Residentes	529	EUA	Boa	Boa
Arnold Scale (12 itens)	Delisa <i>et al.</i> (2001)	Residentes	72	EUA	Falho	Falho
Arnold Scale (17 itens)	Aramesh <i>et al.</i> (2009)	Residentes	259	Irã	Boa	Boa
PSCOMPQ	Blackall <i>et al.</i> (2007)	Estudantes, residentes e professores	765	EUA	Boa	Boa
PSCOMPQ	Akhund, Shaikh e Ali (2014)	Estudantes	193	Paquistão	Pobre	-
PSCOMPQ	Bustamante; Sanabria (2014)	Estudantes	250	Colômbia	Excelente	Excelente
Tsai ABIM Q	Tsai <i>et al.</i> (2007)	Estudantes	133	Taiwan	Pobre	Pobre
Tsai ABIM Q	Nhan <i>et al.</i> (2014)	Estudantes	1196	Vietnã	Boa	Boa
Blue MI	Blue <i>et al.</i> (2009)	Estudantes	646	EUA	Pobre	Pobre
PSIQ	Crossley e Vivekananda-Schmidt (2009)	Residentes	496	Reino Unido	-	Pobre
Jiang's KI	Jiang <i>et al.</i> (2010)	Estudantes	1730	China	Boa	Boa
LAMPS	Al-Eraky <i>et al.</i> (2013)	Estudantes	413	Arábia Saudita e Egito	Falho	-
Wittich R I	Wittich <i>et al.</i> (2013)	Estudantes	178	EUA	Boa	-
The new PAS	Klemenc-Ketis e Vrecko (2014)	Estudantes	122	Eslovênia	Boa	Boa
ABIM P A	Symons <i>et al.</i> (2009)	Residentes	130	EUA	Boa	Boa
VPPVS	Sang <i>et al.</i> (2015)	Médicos	1086	Vietnã	Boa	Boa

Fonte: Adaptado de: Li *et al.* (2017).

Nota: EUA – Estados Unidos da América do Norte; PSCOMPQ = *The Penn State College of Medicine Professionalism Questionnaire*; PSIQ = *Professional Self Identity Questionnaire*; LAMPS = *Learners' Attitude of Medical Professionalism Scale*; PAS = *Professionalism Assessment Scale*; DUQuE = *Deepening Our Understanding of Quality Improvement in Europe*; VPPVS = *Vietnamese Physician Professional Values Scale*; Tsai ABIM = *Tsai ABIM Questionnaire*; Blue MI = *Blue Multiple Instruments*; Jiang's KI = *Jiang Knowledge Instrument*; Wittich RI = *Wittich Reflection Instrument*; ABIM PA = *ABIM Patient Assessment*.

Foram identificados dois instrumentos que avaliam o profissionalismo em estudantes de Medicina desenvolvidos por autores brasileiros. No entanto, são constructos mais amplos, que avaliam as atitudes do estudante de forma geral, e não apenas o profissionalismo, e foram desenvolvidos exclusivamente para estudantes de Medicina, não podendo ser utilizados em outras populações, como médicos. Fatores que teriam influência na formação do estudante, como doença mental, morte e pesquisa clínica foram incluídos, além do profissionalismo, em um dos instrumentos encontrados (COLARES *et al.*, 2002). Outra escala abordou as atitudes relacionadas aos aspectos sociais da profissão médica e Diretrizes Curriculares Nacionais (MIRANDA *et al.*, 2009). Dissertação do mestrado profissional da UNIFENAS-BH desenvolveu um instrumento para avaliar o profissionalismo direcionado a médicos residentes (ANDRADE, 2018). A revisão bibliográfica desta pesquisa não identificou nenhum instrumento em português do Brasil que avaliasse especificamente o profissionalismo entre estudantes de Medicina ou médicos em geral.

2 JUSTIFICATIVA

O profissionalismo floresceu recentemente como tópico de discussão relevante na educação médica. A relação do médico com a sociedade tem estado sob tensão nos últimos anos, devido a uma combinação de fatores, incluindo reação a comportamentos não profissionais. A resposta foi a redefinição dos valores e normas centrais do profissionalismo médico, principalmente em termos de comportamentos observáveis. O profissionalismo é um constructo complexo e multidimensional que varia ao longo de períodos históricos e contextos sociais e culturais.

Ele pode ser considerado uma competência baseada em conjunto de conhecimentos e habilidades que precisam ser formalmente ensinados ao longo do curso. Não é confiável acreditar que o estudante de Medicina aprenderá profissionalismo por meio, exclusivamente, do professor ou preceptor como “modelo”. Para que ele seja ensinado e aprendido, há, também, a necessidade de mensurá-lo, não apenas como forma de avaliar o ensino e o aprendizado, mas também de avaliar a preparação do estudante para o exercício profissional e fomentar o desenvolvimento do currículo. Dessa forma, a pesquisa sobre o profissionalismo médico mostra-se relevante para a literatura.

Os instrumentos de pesquisa para mensurar profissionalismo disponíveis em português são pouco específicos e longos, o que faz com que o preenchimento seja demorado, criando dificuldades operacionais e limitando a investigação sobre o tema. Portanto, é importante que existam outras opções de instrumentos de avaliação específica do profissionalismo, que permitam, além da comparação entre diferentes regiões do país, a comparação com outros países.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o profissionalismo entre médicos e estudantes de Medicina.

3.2 Objetivos específicos

- a) Realizar adaptação transcultural de instrumento de avaliação do profissionalismo médico.
- b) Validar a versão brasileira de instrumento de avaliação do profissionalismo médico.
- c) Avaliar os níveis de profissionalismo entre médicos e estudantes de Medicina.
- d) Identificar fatores que influenciam os níveis de profissionalismo entre médicos e estudantes de Medicina.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado em duas etapas. A primeira etapa foi a tradução e a adaptação transcultural do questionário original. A segunda englobou a validação psicométrica do instrumento e a avaliação do profissionalismo e dos fatores a ele associados, entre estudantes de Medicina e médicos.

4.1 População, amostra, amostragem e recrutamento

A população do estudo foi composta por estudantes de Medicina e médicos. Na primeira etapa, a amostra foi estimada entre 30 a 40 voluntários de cada grupo populacional. A amostra mínima da segunda etapa foi calculada em 400 voluntários de cada grupo, considerando a recomendação de 10 voluntários para cada pergunta do questionário (360 voluntários) e acrescentando-se 10% de perdas por preenchimento errado ou incompleto (SOUZA; ROJJANASRIRAT, 2011). Utilizou-se amostra não probabilística de conveniência, nas duas etapas.

Os critérios de inclusão foram:

- a) ser estudante de Medicina matriculado em instituição de ensino superior no Brasil e estar cursando pelo menos o 5º período; ou
- b) ser médico com registro no Conselho Regional de Medicina; e
- c) não conhecer previamente o PSCOMPQ; e
- d) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE I).

Os critérios de exclusão foram:

- a) preenchimento incompleto do questionário e;
- b) para segunda etapa, ter participado da primeira etapa do estudo.

4.2 Seleção e apresentação do instrumento

Uma revisão da literatura realizada no PubMed, com os termos *medical education*, *professionalism* e *assessment*, permitiu a identificação de 28 artigos que tratavam sobre instrumentos de avaliação de profissionalismo (LI *et al.*, 2017; TIM; WINNIE; DOUG, 2009). Entre os questionários disponíveis, selecionou-se o questionário *The Penn State College of*

Medicine Professionalism Questionnaire (PSCOMPQ) (BLACKALL *et al.*, 2007), pelos seguintes motivos:

- a) possui validação psicométrica;
- b) é curto e de aplicação rápida;
- c) é autoaplicado;
- d) foi elaborado no ocidente;
- e) possui versão em espanhol;
- f) sua utilização, em português, foi autorizada pelo autor.

O PSCOMPQ (ANEXO 1) foi desenvolvido na *Pennsylvania State University College of Medicine* (EUA) com objetivo de avaliar as opiniões relacionadas ao profissionalismo médico pela comunidade acadêmica, incluindo estudantes, professores médicos e médicos. O instrumento proposto foi validado, de acordo com critérios de confiabilidade e validade. Foi o primeiro questionário validado e confiável sobre o tema na educação médica americana (BLACKALL *et al.*, 2007). Sua adaptação transcultural e validação já foi realizada na Colômbia (BUSTAMANTE; SANABRIA, 2014) e o processo de validação também ocorreu no Paquistão (AKHUND; SHAIKH; ALI, 2014) e na Malásia (GOVINDARAJA; RAMACHANDRAN; MIN, 2016).

O PSCOMPQ contempla os seis atributos do profissionalismo descritos pelo ABIM: responsabilidade, altruísmo, dever, excelência, honestidade e integridade e respeito. Ele possui 36 afirmativas, divididas igualmente entre seis atributos. Para cada afirmativa, o respondente deve assinalar, numa escala de Likert de cinco pontos (Nunca = 1, Pouco = 2, Às vezes = 3, Muito = 4 e Sempre = 5), o seu nível de concordância em relação ao que foi declarado (Figura 1). O escore de profissionalismo corresponde ao somatório do valor assinalado em cada resposta, de modo que números mais altos indicam maiores níveis de profissionalismo.

Figura 1 – Exemplo de um dos atributos do *The Penn State College of Medicine Professionalism Questionnaire - Responsabilidade*

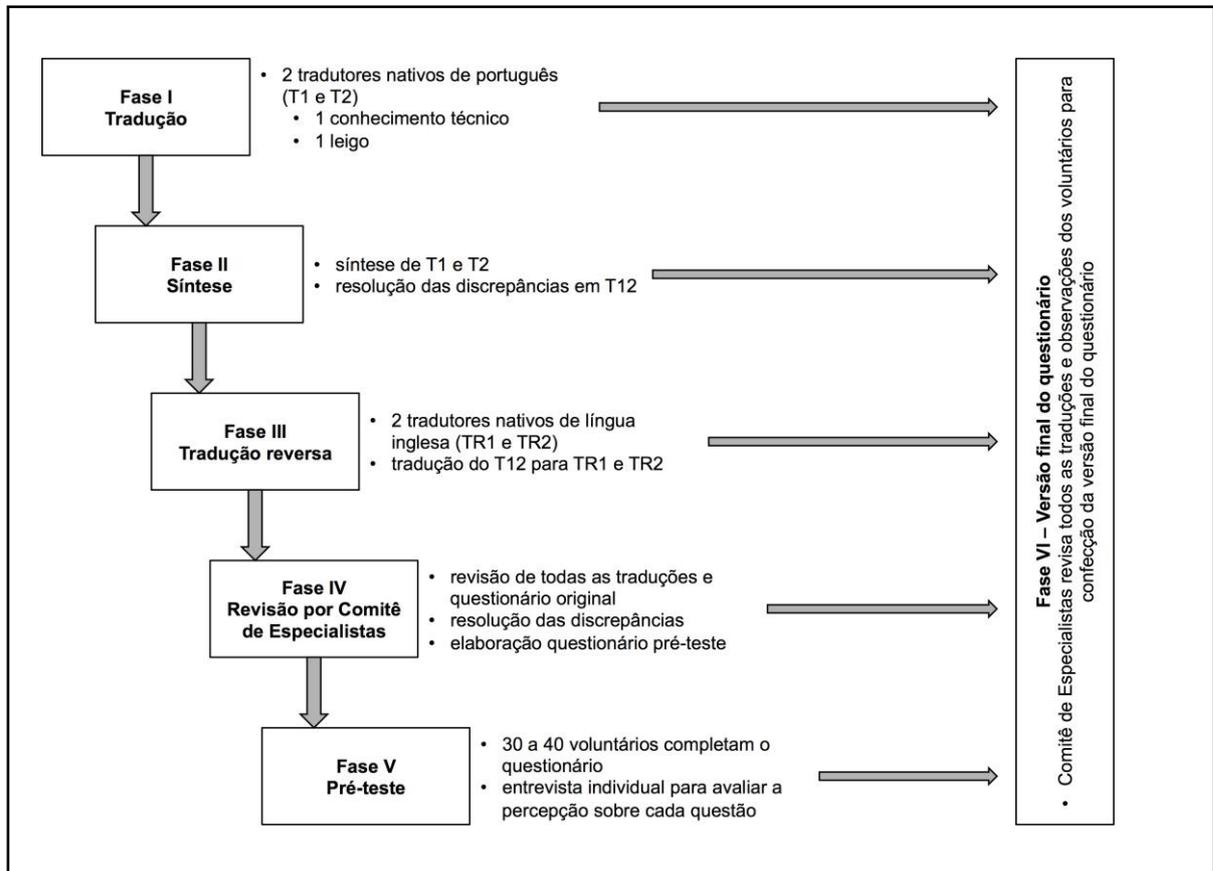
Item Group #1	Extent to which the statement reflects your definition				
	Circle your response				
Upholds scientific standards and bases decisions on scientific evidence and experience	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Maintains patient/physician relationships that do not exploit personal financial gain, privacy, or sexual advantages	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Takes time to review other colleagues' work and provides meaningful and constructive comments to improve it	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Seeks self improvement	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Reports data consistently, accurately and honestly	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Avoids offensive speech that offers unkind comments and unfair criticisms to others	Never	Little	Some	Much	Great Deal

Fonte: (BLACKALL *et al.*, 2007).

4.3 Tradução e adaptação transcultural

A adaptação transcultural foi realizada de acordo com as recomendações de Beaton *et al.* (2000) e de Souza e Rojjanasrirat (2011). O processo compreendeu seis fases: tradução, síntese, tradução reversa, revisão por comitê de especialistas, pré-teste e confecção da versão final, conforme disposto na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma de adaptação transcultural



Fonte: Beaton *et al.* (2000).

Inicialmente, o instrumento foi traduzido do inglês para o português, por dois tradutores independentes, nativos de língua portuguesa e com experiência com traduções do inglês para o português; sendo que um deles é um médico e o outro, um tradutor juramentado. Posteriormente, compararam-se as duas versões de tradução (T1 e T2), que foram sintetizadas em uma versão consenso (T1/T2), contemplando o esclarecimento de expressões ou termos que continham forma ou sentido semântico e idiomático diferente nas duas versões. Na sequência, foi realizada uma tradução reversa (RT1 e RT2), do português para o idioma original, por outros dois tradutores que não conheciam a versão original, nativos de língua inglesa e sem conhecimento médico ou da temática. Essa etapa permitiu identificar incoerências ou erros conceituais cometidos durante a tradução, buscando a equivalência conceitual e cultural.

O Comitê de Revisão foi formado pelos pesquisadores, pelos tradutores e por nove convidados, que representavam a Associação Médica de Minas Gerais, o Sindicato dos Médicos, a Sociedade de Acadêmicos de Medicina de Minas Gerais, médicos e professores de Medicina. Foi feita a análise do questionário original, T1/T2 e RT1 e RT2, para a confecção da versão pré-teste. O objetivo desse grupo foi identificar e resolver discrepâncias, considerando os quatro tipos de equivalência: semântica, idiomática, experiencial e conceitual (Quadro 2).

Quadro 2 - Definição de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual

Equivalência	Descrição
Semântica	As palavras têm o mesmo significado? Existem vários significados para o mesmo item? Existem dificuldades gramaticais na tradução?
Idiomática	Coloquialismos são difíceis de traduzir. Pode ser necessário que o Comitê elabore uma expressão equivalente a da versão original. Por exemplo, a expressão <i>feeling downhearted and blue</i> , do questionário SF-36, é difícil de traduzir, de modo geral. O Comitê deve identificar uma expressão de significado similar para a população-alvo.
Experiencial ou vivencial	Os itens devem capturar a experiência da vida cotidiana. Entretanto, em diferentes países e culturas, determinada tarefa pode não ser vivenciada, mesmo que o item possa ser traduzido. Nesse caso, o item do questionário deve ser substituído por um item similar, que realmente seja vivenciado na cultura da população-alvo. Por exemplo, o item “você tem dificuldade de comer com o garfo?” não seria aplicável a uma comunidade ou população que não utiliza talheres para comer.
Conceitual	Algumas palavras podem ter diferentes significados conceituais em diferentes culturas. Por exemplo, na expressão “ver sua família com a frequência que você gostaria”, a palavra “família” pode ter conceitos diferentes, de acordo com a cultura, de “o núcleo familiar” ou “toda a família”.

Fonte: Adaptado de Beaton *et al.* (2000).

Os profissionais convidados receberam um formulário on-line com o questionário para avaliar se as afirmativas apresentadas eram pertinentes para serem aplicadas a médicos, estudantes e professores. Havia, ainda, um campo para sugestões. O Comitê consolidou a versão produzida, confeccionando a versão pré-final. O autor do questionário original permitiu livre tradução para português e, dessa forma, não foi consultado.

Após a definição da versão pré-final do questionário pelo Comitê de especialistas, realizou-se a etapa do pré-teste, em amostra de conveniência de 30 a 40 pessoas. Além de responder ao questionário em entrevista presencial, os participantes dessa fase reescreveram as afirmativas com suas próprias palavras, para a conferência do entendimento do conteúdo da afirmativa (análise de validade de conteúdo). As respostas escritas foram analisadas uma a uma pelos pesquisadores e aquelas cujo significado diferiam do entendimento original foram separadas para reanálise das afirmativas, tendo como referência as definições apresentadas no Quadro 2. Após essa análise qualitativa e novas adequações, obteve-se a versão final do questionário, para utilização na segunda etapa do estudo.

4.4 Validação psicométrica e avaliação do profissionalismo

Após a definição da versão final do questionário, foi desenvolvida uma versão on-line, no Google Formulários, incluindo o TCLE. Além do questionário propriamente dito, também foram coletadas informações como idade (em anos) e sexo (masculino, feminino ou prefiro não informar). Quanto aos médicos, foram coletadas informações como ano de formatura, formação profissional, especialidade, pós-graduação (mestrado, doutorado e pós-doutorado), cidade e estado da atividade profissional, se exerce atividade de ensino e qual atividade de ensino exercida. Quanto aos estudantes, foram colhidos dados como cidade e estado de nascimento, instituição onde estuda Medicina, período do curso e graduação prévia.

A aplicação do questionário ocorreu exclusivamente por via eletrônica e sua divulgação por meio de abordagens individuais, com o encaminhamento do respectivo link da pesquisa; postagens em redes sociais e contatos telefônicos. Foram estratégias utilizadas para divulgação: *QR Code*, envio de e-mails, *Instagram*, *Facebook*, *LinkedIn*, *WhatsApp*, *Telegram*, *Workplace* e criação de memes motivacionais. Também foram criados um e-mail para a pesquisa (mestradoprofissionalismo@gmail.com), um site (www.mestradoprofissionalismo.com) e uma conta no Instagram (@profissionalismo.medico). Em todas as formas de abordagem, o

participante, médico ou estudante, era convidado a preencher o questionário através do Google Formulários, após apresentação on-line do TCLE.

4.5 Análise estatística

Foi realizada a análise psicométrica do PSCOMPQ e a avaliação dos fatores associados ao profissionalismo.

4.5.1 Análise psicométrica

Para validação psicométrica da versão brasileira do PSCOMPQ, foi testada a confiabilidade, a consistência interna e a validade do constructo. A confiabilidade e a consistência interna foram avaliadas pelo teste alfa de Cronbach, para o questionário como um todo. Para avaliar a influência de cada questão sobre a consistência interna do questionário, o teste foi calculado omitindo-se cada um dos itens individualmente. Se o item omitido obteve um valor de correlação quadrática múltipla baixa, um valor baixo de correlação total ajustado pelo item e um valor alfa de Cronbach substancialmente maior, foi avaliada sua retirada do questionário. O teste alfa de Cronbach foi interpretado de acordo com o Quadro 3.

Quadro 3 - Parâmetro de avaliação da consistência interna, de acordo com o teste alfa de Cronbach

Valor observado	Consistência interna
> 0,9	Excelente
> 0,8 e ≤ 0,9	Boa
> 0,7 e ≤ 0,8	Aceitável
> 0,6 e ≤ 0,7	Questionável
> 0,5 e ≤ 0,6	Fraca
< 0,5	Inaceitável

Fonte: Elaborado pela autora.

A validade de constructo foi feita por meio de análise fatorial exploratória utilizando o método de extração dos componentes principais (domínios) e a rotação Varimax. A conveniência do modelo da análise fatorial, como técnica para redução e sumarização de variáveis, foi verificada pelo teste de esfericidade de Bartlett, considerada adequada se o $p < 0,05$ e pela medida de adequacidade da amostra, de Kaiser-Meyer-Olkin, que foi interpretada de acordo com o Quadro 4.

Quadro 4 – Parâmetro de interpretação do teste de Kaiser-Meyer-Olkin

Valor observado	Interpretação
$\geq 0,9$	Muito boa
$\geq 0,8$ e $< 0,9$	Boa
$\geq 0,7$ e $< 0,8$	Média
$\geq 0,6$ e $< 0,7$	Aceitável
$\geq 0,5$ e $< 0,6$	Ruim
$< 0,5$	Inaceitável

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5.2 Avaliação do profissionalismo

O desfecho principal dessa etapa foi o nível de profissionalismo, medido pela soma da pontuação de cada afirmativa, considerando que “Nunca” corresponde a 1, “Pouco” a 2, “Às vezes” a 3, “Muito” a 4 e “Sempre” a 5. Quanto mais elevado o valor final, maior o nível de profissionalismo do participante. As variáveis de confusão foram: idade e sexo, para os dois grupos. As variáveis exclusivas dos médicos foram: ano de formatura, formação profissional, especialidade, pós-graduação (mestrado, doutorado e pós-doutorado), cidade e estado da atividade profissional, se exerce atividade de ensino e qual atividade de ensino. As variáveis exclusivas dos estudantes foram: cidade e estado de nascimento e onde estuda Medicina, período do curso e graduação prévia. Para fins de análise, o porte da cidade de nascimento e da instituição de ensino, foi classificado em pequeno (< 100.000 habitantes), médio (entre 100.000 e 300.000 habitantes) e grande (> 300.000 habitantes), de acordo com os critérios do IBGE).

Na análise descritiva, utilizaram-se medidas de tendência central, para variáveis contínuas e distribuição de frequência para variáveis categóricas. Na análise comparativa, utilizou-se o qui-quadrado, para variáveis categóricas; o teste de t de *Student* para variáveis contínuas e o coeficiente de relação de Pearson, para comparação de duas variáveis contínuas. Realizou-se análise multivariada por regressão linear, para as variáveis com $p \leq 0,15$ na análise bivariada. Utilizou-se o programa IBM *SPSS Statistics*, versão 19 (EUA). O nível de significância utilizado foi 0,05.

4.6 Aspectos éticos

A participação neste estudo não implicou em nenhum risco físico para os voluntários, pois não foi realizado nenhum procedimento invasivo. Pode ter havido algum constrangimento relacionado às respostas das questões. Todo esforço foi feito para manutenção do sigilo da identidade dos voluntários e de suas informações. Todas as informações relativas aos participantes foram identificadas apenas pelo número de registro e somente a equipe de pesquisadores teve acesso às informações e aos bancos de dados.

Este estudo encontra-se em concordância com a versão atual da Declaração de Helsinque e a Resolução 466/2012 do CONEP e suas atualizações e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS (Parecer nº 3.544.742), em 30 de agosto de 2019 (ANEXO 2). Todos os voluntários assinaram o TCLE, antes de sua inclusão no estudo.

5 RESULTADOS

5.1 Tradução e adaptação transcultural

A fase I transcorreu sem maiores problemas, ambos os tradutores enviaram o documento na data proposta, não reportando dificuldades no processo de tradução. Na fase II, os pesquisadores consideraram que houve equivalência em 88,9% (32/36) dos itens. As afirmativas 2, 14 e 29 apresentaram dificuldade relacionada à equivalência semântica e o item 33 apresentou dificuldade relacionada à equivalência idiomática.

Quadro 5 - Comparação das versões traduzidas e da versão de síntese da Fase I e Fase II do processo de tradução e validação transcultural onde houve discordância

Item	Tradutor 1 (não médico)	Tradutor 2 (médico)	Síntese (T1/T2)	Discordância
2	Não usa a relação médico paciente para obter vantagens financeiras ou sexuais, nem para explorar a privacidade.	Mantém relação médico paciente sem exploração financeira, pessoal, de privacidade ou de vantagens sexuais.	Não usa a relação médico paciente para ganhos financeiros pessoais ou vantagens sexuais e nem explorar a privacidade.	Semântica
14	Procura progredir profissionalmente, sem prejudicar a carreira de outro colega.	Não procura avançar sua carreira às expensas da carreira do outro.	Não procura avançar em sua carreira às custas da carreira do outro.	Semântica
29	Adota padrões uniformes e equitativos para o atendimento do paciente	Adota padrões uniformes e igualitários no cuidado do paciente.	Adota padrões uniformes e equitativos no cuidado ao paciente.	Semântica
33	Atua profissionalmente de forma respeitosa aos outros.	Veste-se de maneira respeitosa aos outros.	Veste-se de maneira profissional e respeitosa para com os outros.	Idiomática

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: T1/T2 - síntese da tradução 1 e 2.

Na fase III, tradução reversa, observou-se discrepância de equivalência semântica no item 29 (Quadro 6). Essa discrepância foi discutida com os tradutores e solucionada, antes da confecção da versão pré-teste.

Quadro 6 - Discrepância de equivalência semântica no item 29

Item	Original	Síntese (T1/T2)	RT1	RT2
29	Adopts uniform and equitable standards for patient care.	Adota padrões uniformes e equitativos no cuidado ao paciente.	Uses consistent and reasonable standards in patient care.	Adopts uniform and equitable standards in patient care.

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: T1/T2 - síntese da tradução 1 e 2. RT – retrotradução.

Após as retrotraduções, foi elaborada nova versão do questionário que foi avaliado pelo Comitê de Especialistas, composto por nove participantes, sendo três professores de Medicina, um médico gestor, um médico assistencial e um estudante de Medicina. A média do tempo de formado dos membros do comitê foi de 26 anos. O Comitê considerou que todos os itens eram pertinentes a médicos e professores. Em relação aos estudantes de Medicina, considerou-se que 19 itens eram pertinentes e 17 não eram adequados.

Na fase IV, os pesquisadores consideraram que seria necessário utilizar as afirmativas na primeira pessoa do singular, ao invés da terceira pessoa do singular, uma vez que o objetivo do projeto era avaliar a atitude do entrevistado em relação ao profissionalismo e não sua opinião sobre ele. Como o questionário original avaliava apenas o profissionalismo médico, optou-se por elaborar uma versão do questionário exclusiva para estudantes de Medicina, em função dos espectros diferentes de atuação apontados pelo comitê. Sete itens (1, 18, 20, 22, 23, 27 e 35) foram substituídas no questionário de estudantes, com base no Código de Ética do Estudante de Medicina (CEEM), do Conselho Federal de Medicina, conforme disposto no Quadro 7. Além desses itens, 11 sofreram pequenas alterações (2, 7, 8, 9, 13, 14, 17, 21, 25, 26 e 29), para serem contextualizados tendo em vista a realidade dos estudantes, mantendo a mesma estrutura nos dois questionários.

Quadro 7 - Relação de itens diferentes entre o questionário de avaliação de profissionalismo para médicos e para estudantes de Medicina

Item	Versão para médicos	Versão para estudantes de medicina
1	Baseio minhas condutas em evidências científicas.	Respeito as decisões do preceptor e de outros médicos da equipe, incluindo o médico residente.
18	Busco contribuir significativamente para o ensino e a formação de estudantes de Medicina e/ou residentes nos locais onde trabalho.	Dedico atenção ao atendimento ao paciente, evitando distrações com aparelhos eletrônicos, telefone celular e conversas alheias à atividade.
20	Demonstro capacidade de adaptação para responder a mudanças de necessidades e prioridades.	Resguardo o sigilo do paciente, inclusive em trocas de mensagens por meio de dispositivos eletrônicos, como telefones celulares e tablets.
22	Respeito a autonomia do paciente e procuro tomar decisões compartilhadas.	Realizo procedimentos médicos em ambientes sem supervisão.
23	Coordeno o cuidado ao paciente perante os demais profissionais de saúde.	Recuso-me a receber qualquer tipo de remuneração por minhas atividades acadêmicas, exceto as relacionadas a bolsas de pesquisa, monitoria ou de estágio.
27	Relato erros médicos ou de pesquisa.	Relaciono-me de maneira respeitosa com acadêmicos e profissionais de outras áreas de saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros.
35	Preocupo-me com a custo-efetividade no cuidado ao paciente.	Denuncio qualquer forma de assédio moral ou relação abusiva de poder entre membros da equipe, como estudantes, médicos residentes, preceptores e outros profissionais de saúde.

Fonte: elaborado pela autora.

As duas versões pré-teste, para estudantes de medicina e para médicos, foram reavaliadas pelo Comitê de Especialistas, juntamente com o questionário original e a versão T1/T2. As sugestões foram consolidadas pelos pesquisadores. Com base nessas sugestões, acrescentou-se uma nova afirmativa, sobre pontualidade (item 37). Foram realizados pequenos ajustes no texto dos itens 18 e 33, para alcançar 100% de equivalência semântica. O Apêndice 2 apresenta todas as versões elaboradas do questionário.

Na fase V, de pré-teste, a versão pré-final do questionário foi aplicada a 31 médicos e 32 estudantes de Medicina, no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020. A idade média dos médicos foi de 41,7 (\pm 7,3) anos e dos estudantes de 22,4 (\pm 2,2) anos. Na análise qualitativa, as discrepâncias entre pergunta e transcrição foram mínimas e poucos foram os ajustes necessários para a elaboração do questionário final, como correção ortográfica, gramatical e erros de digitação. Frases negativas foram substituídas por verbos de sentido negativo. O Quadro 8 apresenta a versão final do questionário para médicos e o Quadro 9, a versão final para estudantes. A afirmativa 22 do questionário de estudantes tem sentido negativo, por isso precisou ser codificada de forma invertida, antes do cálculo do escore final.

Quadro 8 - Versão final do questionário de avaliação de profissionalismo para médicos

Para cada uma das afirmativas a seguir, indique a frequência de ocorrência, de acordo com as colunas da direita	Nunca	Pouco	Às vezes	Muito	Sempre
Afirmativas					
1. Baseio minhas condutas em evidências científicas.					
2. Recuso-me a usar a relação médico/paciente para obter vantagens pessoais, sexuais e/ou financeiras de meus pacientes ou seus acompanhantes.					
3. Estou disponível para auxiliar meus colegas em seu trabalho e forneço comentários significativos e construtivos.					
4. Busco o autoaperfeiçoamento.					
5. Apresento informações de forma consistente, precisa e honesta.					
6. Evito fazer comentários ofensivos, indelicados e críticas injustas.					
7. Promovo o bem-estar e o desenvolvimento do colega iniciante.					
8. Recuso-me a violar meus valores pessoais e o código de ética médico.					
9. Valorizo e respeito a natureza diversa do paciente ou do sujeito de pesquisa e respeito essas diferenças no meu trabalho com eles.					
10. Apoio alunos, residentes e/ou colegas, participando de reuniões científicas, seminários e apresentações de pesquisas.					
11. Trabalho em equipe de forma colaborativa e respeitosa, para melhorar o atendimento ao paciente e/ou à pesquisa.					
12. Participo de intervenções corretivas direcionadas a pessoas que não cumprem os padrões de conduta profissional.					
13. Tenho disponibilidade em auxiliar colegas no seu desenvolvimento pessoal e profissional.					
14. Recuso-me a explorar o trabalho dos outros para avançar na carreira ou obter benefícios.					
15. Participo de atividades voluntárias na comunidade em que vivo.					
16. Cumpro meus compromissos e obrigações com responsabilidade.					
17. Respeito os direitos, a individualidade e a diversidade de pensamentos de colegas e estudantes.					
18. Busco contribuir significativamente para o ensino e a formação de estudantes de Medicina e/ou residentes nos locais onde trabalho (cursos de Medicina ou serviços assistenciais).					
19. Demonstro compaixão com o paciente e seus acompanhantes.					
20. Demonstro capacidade de adaptação para responder a mudanças de necessidades e prioridades.					
21. Promovo a justiça no sistema de saúde, combatendo a discriminação.					
22. Respeito a autonomia do paciente e procuro tomar decisões compartilhadas.					
23. Coordeno o cuidado ao paciente perante os demais profissionais de saúde.					
24. Reconheço minhas próprias limitações.					
25. Assumo responsabilidade pessoal por decisões relacionadas ao cuidado ao paciente.					
26. Participo de atividades com objetivo de alcançar excelência no cuidado ao paciente.					
27. Relato erros médicos ou de pesquisa.					
28. Atuo de modo a demonstrar compromisso com confidencialidade, privacidade, intimidade e pudor de pacientes e/ou sujeitos de pesquisa.					
29. Adoto padrões de conduta uniformes e justos no cuidado ao paciente.					
30. Demonstro empatia com o paciente e seus acompanhantes.					
31. Defendo o interesse do paciente e/ou do sujeito de pesquisa, acima de meus próprios interesses.					
32. Comunico conflitos de interesse no exercício de minhas atividades e deveres profissionais.					
33. Uso trajes adequados ao ambiente de trabalho, com objetivo de ser respeitoso com os outros.					
34. Reajo à crítica construtiva buscando melhorar minha habilidade na área criticada.					
35. Preocupo-me com o custo-efetividade no cuidado ao paciente.					
36. Apresento informações verdadeiras e atuo de maneira honesta.					
37. Sou pontual em meus compromissos profissionais.					

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 9 - Versão final do questionário de avaliação de profissionalismo para estudantes de Medicina

Para cada uma das afirmativas a seguir, indique a frequência de ocorrência de acordo com as colunas da direita	Nunca	Pouco	Às vezes	Muito	Sempre
Afirmativas					
1. Respeito as decisões do preceptor e de outros médicos da equipe, incluindo o médico residente.					
2. Recuso-me a usar a relação estudante/paciente para obter vantagens pessoais, sexuais e/ou financeiras de meus pacientes ou seus acompanhantes.					
3. Estou disponível para auxiliar meus colegas em seu estudo ou trabalho e forneço comentários significativos e construtivos.					
4. Busco o autoaperfeiçoamento.					
5. Apresento informações de forma consistente, precisa e honesta.					
6. Evito fazer comentários ofensivos, indelicados e críticas injustas.					
7. Tenho disponibilidade em auxiliar colegas no desenvolvimento pessoal e acadêmico.					
8. Promovo o bem-estar e o desenvolvimento dos colegas de turmas mais novas que a minha.					
9. Recuso-me a violar meus valores pessoais e o código de ética do estudante de Medicina.					
10. Valorizo e respeito a natureza diversa do paciente ou do sujeito de pesquisa e respeito essas diferenças no meu trabalho com eles.					
11. Apoio meus colegas, participando de reuniões científicas, seminários e apresentações de pesquisas.					
12. Trabalho em equipe de forma colaborativa e respeitosa, para melhorar o atendimento ao paciente e/ou contribuir com a pesquisa.					
13. Participo de intervenções corretivas direcionadas aos colegas que não cumprem os padrões de conduta ética dos estudantes.					
14. Recuso-me a explorar o trabalho de meus colegas para avançar na carreira ou obter benefícios.					
15. Participo de atividades voluntárias na comunidade em que vivo.					
16. Cumpro meus compromissos e obrigações com responsabilidade.					
17. Respeito os direitos, a individualidade e a diversidade de pensamentos de colegas de curso e de estudantes de outros cursos.					
18. Dedico atenção ao atendimento ao paciente, evitando distrações com aparelhos eletrônicos, telefone celular e conversas alheias à atividade.					
19. Demonstro compaixão com o paciente e seus acompanhantes.					
20. Resguardo o sigilo do paciente, inclusive em trocas de mensagens por meio de dispositivos eletrônicos, como telefones celulares e tablets.					
21. Promovo a justiça no sistema de saúde combatendo a discriminação.					
22. Realizo procedimentos médicos em ambientes sem supervisão.					
23. Recuso-me a receber qualquer tipo de remuneração por minhas atividades acadêmicas, exceto as relacionadas a bolsas de pesquisa, monitoria ou de estágio.					
24. Reconheço minhas próprias limitações.					
25. Assumo responsabilidade compartilhada com médico supervisor e outros médicos da equipe, incluindo o médico residente, por decisões relacionadas ao cuidado ao paciente.					
26. Participo de atividades extracurriculares, com objetivo de alcançar excelência em minha formação e no cuidado com o paciente.					
27. Relaciono-me de maneira respeitosa com acadêmicos e profissionais de outras áreas de saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros.					
28. Atuo de modo a demonstrar compromisso com confidencialidade, privacidade, intimidade e pudor de pacientes e sujeitos de pesquisa.					
29. Adoto padrões de conduta uniformes e justos no cuidado ao paciente, seus acompanhantes e/ou no relacionamento com os colegas.					
30. Demonstro empatia com o paciente e seus acompanhantes.					
31. Defendo o interesse do paciente ou do sujeito de pesquisa, acima de meus próprios interesses.					
32. Comunico conflitos de interesse no exercício de minhas atividades e deveres acadêmicos.					
33. Uso trajes adequados ao ambiente de trabalho (faculdade e unidades de saúde), com objetivo de ser respeitoso com os outros.					
34. Reajo à crítica construtiva, buscando melhorar minha habilidade na área criticada.					
35. Denuncio qualquer forma de assédio moral ou relação abusiva de poder entre membros da equipe, como estudantes, médicos residentes, preceptores e outros profissionais de saúde.					
36. Apresento informações verdadeiras e atuo de maneira honesta.					
37. Sou pontual em meus compromissos acadêmicos.					

Fonte: elaborado pela autora.

5.2 Avaliação psicométrica

Em função da pandemia de coronavírus, o recrutamento foi realizado apenas on-line, no período de março e junho de 2020. Todos os voluntários assinaram eletronicamente o TCLE, antes de sua inclusão no estudo.

5.2.1 *Questionário para médicos*

Inicialmente, 593 médicos preencheram o questionário. Após a conferência lógica do banco de dados, 29 voluntários foram eliminados: 26 por preenchimento incompleto ou duplicado e três por não informar o número de registro no Conselho Regional de Medicina. A amostra final de médicos contou com 564 participantes.

A Tabela 1 apresenta as características pessoais e profissionais dos voluntários médicos. Observou-se predomínio do sexo feminino (68,6%). A idade média foi de 39,1 (\pm 10,2) anos, variando de 23 a 74 anos, a mediana foi de 38, e o tempo médio de graduação foi de 14,1 (\pm 10,5) anos, variando de menos de 1 ano a 49 anos. A maioria dos participantes exercia a profissão em Minas Gerais (431 - 76,4%), seguido de São Paulo (53 - 9,4%) e Distrito Federal (14 - 2,5%). A maior parte deles relatou ter realizado Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (326 - 57,8%); 87 (15,4%) possuíam título de especialista concedido pela Associação Médica Brasileira e 77 (13,7%) estavam realizando Residência Médica ou curso de especialização. As especialidades médicas relatadas com maior frequência foram: Anestesiologia (92 - 16,3%), Ginecologia-obstetrícia (58 - 10,3%) e Pediatria (49 - 8,7%). Noventa e cinco (16,8%) médicos relataram possuir Mestrado e 33 (5,9%) Doutorado. Metade deles (283 - 50,2%) relatou trabalhar com ensino, sendo 105 (18,6%) professores de curso de graduação em Medicina. O escore médio de profissionalismo foi de 158,4 (\pm 11,8), o que corresponde a 85,64% do escore total.

Conforme demonstrado na Tabela 2, o banco de dados de médicos mostrou-se adequado para a análise fatorial exploratória.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais dos 564 médicos

Variável categórica		N	%	
Sexo	Feminino	387	68,6	
	Masculino	177	31,4	
Unidade Federada aonde exerce a profissão	Minas Gerais	431	76,4	
	São Paulo	53	9,4	
	Distrito Federal	14	2,5	
	Rio de Janeiro	13	2,3	
	Outros	53	9,4	
Especialização médica	Especialista MEC/AMB	207	36,7	
	Especialista MEC	119	21,1	
	Especialista AMB	87	15,4	
	Residente/especializando	77	13,7	
	Não especialista	43	7,6	
	Especialista sem título	31	5,5	
Especialidade relatada*	Anestesiologia	92	16,3	
	Ginecologia-obstetrícia	58	10,3	
	Pediatria	49	8,7	
	Generalista	43	7,6	
	Clínica Médica	27	4,8	
	Outras	294	52,3	
Pós-graduação <i>strictu sensu</i>	Não	436	77,3	
	Mestrado	95	16,8	
	Doutorado	33	5,9	
Atividade de ensino	Não	281	49,8	
	Professor de curso de graduação	105	18,6	
	Preceptor de residência ou pós-graduação	178	31,6	
Variável contínua	Média (\pm desvio padrão)	Mínimo	Máximo	
Idade**	39,1 (\pm 10,2)	23	74	
Tempo de graduação	14,1 (\pm 10,5)	0	49	
Escore profissionalismo	158,4 (\pm 11,8)	121	185	
	Mediana	25%	50%	75%
Idade**	38	31	38	43,5
Tempo de graduação	13	6	13	19
Escore profissionalismo	160	150	160	167

*1 (0,2%) não informou a especialidade; ** 3 (0,5%) voluntários não informaram a idade

Fonte: elaborada pela autora

Tabela 2 - Adequação do banco de dados de médicos à análise fatorial exploratória

Teste	Calculado	Referência
Kaiser-Meyer-Olkin	0,909	> 0,5
Teste da esfericidade de Bartlett	0,000	< 0,005
Medida da adequação da amostra	0,772-0,941	> 0,5

Fonte: elaborada pela autora

A tabela de variância total explicada (TAB. 3) mostra que não é possível a eliminação de nenhum item, uma vez que a soma total dos componentes foi inferior a 60%. Já a matriz rotacionada de componentes mostrou a possibilidade de existência de nove componentes ou domínios diferentes no questionário (TAB. 4).

Tabela 3 - Variância total explicada do questionário para 564 médicos

Item	Eigenvalues Iniciais			Extração do quadrado das médias			Rotação do quadrado das médias		
	Total	% de Variância	% Acumulado	Total	% de Variância	% Acumulado	Total	% de Variância	% Acumulado
1	8,239	22,268	22,268	8,239	22,268	22,268	2,715	7,337	7,337
2	2,235	6,042	28,310	2,235	6,042	28,310	2,619	7,078	14,415
3	1,502	4,060	32,370	1,502	4,060	32,370	2,599	7,023	21,438
4	1,327	3,586	35,956	1,327	3,586	35,956	2,490	6,731	28,169
5	1,269	3,430	39,386	1,269	3,430	39,386	2,271	6,139	34,308
6	1,174	3,174	42,560	1,174	3,174	42,560	1,745	4,717	39,025
7	1,141	3,084	45,644	1,141	3,084	45,644	1,546	4,179	43,203
8	1,083	2,927	48,571	1,083	2,927	48,571	1,539	4,160	47,364
9	1,041	2,814	51,385	1,041	2,814	51,385	1,488	4,022	51,385
10	0,974	2,633	54,018						
11	0,943	2,547	56,565						
12	0,919	2,484	59,049						
13	0,866	2,341	61,390						
14	0,855	2,310	63,701						
15	0,845	2,285	65,985						
16	0,808	2,185	68,171						
17	0,782	2,113	70,284						
18	0,751	2,028	72,312						
19	0,715	1,933	74,245						
20	0,684	1,849	76,093						
21	0,674	1,822	77,915						
22	0,656	1,774	79,689						
23	0,636	1,718	81,407						
24	0,605	1,634	83,041						
25	0,595	1,609	84,651						
26	0,583	1,577	86,227						
27	0,551	1,490	87,717						
28	0,540	1,459	89,176						
29	0,530	1,433	90,609						
30	0,501	1,355	91,964						
31	0,486	1,314	93,278						
32	0,462	1,248	94,527						
33	0,454	1,227	95,753						
34	0,435	1,177	96,930						
35	0,414	1,120	98,050						
36	0,363	0,980	99,030						
37	0,359	0,970	100,00						

Fonte: elaborada pela autora.

Tabela 4 - Matriz rotacionada de componentes do banco de dados de 564 médicos

Item	Domínios								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Q1			0,628	0,119		0,112			
Q2						0,524			-0,215
Q3	0,113	0,662	0,240				0,159		
Q4	0,336	0,307	0,345	0,217	0,229		-0,150		-0,134
Q5	0,182	0,235	0,597			0,160	0,269		
Q6	0,222	0,125	0,158		0,549		0,235		-0,141
Q7		0,692			0,252		0,173	0,112	
Q8	0,134	0,124	0,127	0,150		0,217	0,658		
Q9	0,296	0,226			0,403		0,361		
Q10		0,442	0,144	0,561		0,122	-0,150		-0,114
Q11	0,258	0,509		0,153	0,193	0,189	0,131		0,130
Q12		0,185		0,663			0,202		0,229
Q13	0,116	0,640		0,234	0,112				0,236
Q14					0,122			0,756	
Q15	0,132			0,634	0,181	-0,124	0,111		
Q16		0,119	0,216		0,261	0,470	0,381	-0,137	0,212
Q17	0,268				0,711	0,180			0,151
Q18	0,140	0,426		0,439		0,232	-0,264		0,178
Q19	0,650		0,110		0,119	0,147	0,135		
Q20	0,512	0,123		0,131	0,197			-0,162	0,291
Q21	0,487	0,109		0,210			0,383	0,172	0,207
Q22	0,480		0,207		0,136				0,433
Q23		0,162		0,215					0,649
Q24			0,459		0,481	-0,194		0,125	0,174
Q25			0,478	0,137			0,147	0,301	0,368
Q26	0,160	0,231	0,462	0,453		0,116	-0,110		
Q27			0,225	0,655					0,190
Q28	0,310		0,526	0,120	0,182	0,131	0,158		
Q29	0,357	0,133	0,402		0,215	0,117	0,178		0,188
Q30	0,701	0,219	0,176		0,159			0,154	
Q31	0,242	0,107			0,106	0,159		0,495	0,224
Q32			0,308	0,411	0,108	0,223		0,425	
Q33	0,204				0,282	0,571		0,229	
Q34		0,250	0,111		0,598	0,184			
Q35	0,299	0,166	0,269			0,279	-0,133	0,158	0,216
Q36	0,277	0,151	0,259			0,403	0,326	0,173	
Q37	-0,104	0,191	0,153		0,328	0,435	0,182	-0,358	0,142

Fonte: elaborada pela autora.

Nota: Método de extração: análise de componente principal. Método de rotação: Varimax com Kaiser Normalization. A rotação convergiu com 15 interações. Valores < 0,100 foram ocultados.

A seguir, com base na matriz rotacionada de componentes, realizou-se a análise qualitativa do conteúdo dos itens, para a definição dos domínios do questionário. Quando houve conflito entre a análise fatorial e o significado do item ou era possível incluir o item em dois domínios distintos, deu-se prioridade ao conteúdo do item, em detrimento da análise fatorial. Os 37 itens foram agrupados em seis domínios diferentes: Compromisso com o outro, Compromisso com a equipe, Integridade, Honestidade, Respeito e Dever (Quadro 10).

Quadro 10 - Questionário de avaliação de profissionalismo médico, versão para médicos, organizado em domínios

Compromisso com outro

- 15. Participo de atividades voluntárias na comunidade em que vivo.
- 19. Demonstro compaixão com o paciente e seus acompanhantes.
- 20. Demonstro capacidade de adaptação para responder a mudanças de necessidades e prioridades.
- 22. Respeito a autonomia do paciente e procuro tomar decisões compartilhadas.
- 26. Participo de atividades com objetivo de alcançar excelência no cuidado ao paciente.
- 30. Demonstro empatia com o paciente e seus acompanhantes.
- 35. Preocupo-me com o custo-efetividade no cuidado ao paciente.

Compromisso com a equipe

- 3. Estou disponível para auxiliar meus colegas em seu trabalho e forneço comentários significativos e construtivos.
- 7. Promovo o bem-estar e o desenvolvimento do colega iniciante.
- 10. Apoio alunos, residentes e/ou colegas participando de reuniões científicas, seminários e apresentações de pesquisas.
- 11. Trabalho em equipe de forma colaborativa e respeitosa, para melhorar o atendimento ao paciente e/ou a pesquisa.
- 12. Participo de intervenções corretivas direcionadas a pessoas que não cumprem os padrões de conduta profissional.
- 13. Tenho disponibilidade em auxiliar colegas no seu desenvolvimento pessoal e profissional.
- 18. Busco contribuir significativamente para o ensino e formação de estudantes de Medicina e/ou residentes nos locais onde trabalho (cursos de Medicina ou serviços assistenciais).
- 23. Coordeno o cuidado ao paciente perante os demais profissionais de saúde.

Integridade

- 1. Baseio minhas condutas em evidências científicas.
- 4. Busco o autoaperfeiçoamento.
- 5. Apresento informações de forma consistente, precisa e honesta.
- 24. Reconheço minhas próprias limitações.
- 27. Relato erros médicos ou de pesquisa.
- 34. Reajo à crítica construtiva, buscando melhorar minha habilidade na área criticada.

Respeito

- 6. Evito fazer comentários ofensivos, indelicados e críticas injustas.
- 9. Valorizo e respeito a natureza diversa do paciente ou do sujeito de pesquisa e respeito essas diferenças no meu trabalho com eles.
- 17. Respeito os direitos, a individualidade e a diversidade de pensamentos de colegas e estudantes.
- 33. Uso trajes adequados ao ambiente de trabalho, com objetivo de ser respeitoso com os outros.
- 37. Sou pontual em meus compromissos profissionais.

Honestidade

- 2. Recuso-me a usar a relação médico/paciente para obter vantagens pessoais, sexuais e/ou financeiras de meus pacientes ou seus acompanhantes.
- 8. Recuso-me a violar meus valores pessoais e o código de ética médico.
- 16. Cumpro meus compromissos e obrigações com responsabilidade.
- 28. Atuo de modo a demonstrar compromisso com confidencialidade, privacidade, intimidade e pudor de pacientes e/ou sujeitos de pesquisa.
- 36. Apresento informações verdadeiras e atuo de maneira honesta.

Dever

- 14. Recuso-me a explorar o trabalho dos outros para avançar na carreira ou obter benefícios.
- 21. Promovo a justiça no sistema de saúde combatendo a discriminação.
- 25. Assumo responsabilidade pessoal por decisões relacionadas ao cuidado ao paciente.
- 29. Adoto padrões de conduta uniformes e justos no cuidado ao paciente.
- 31. Defendo o interesse do paciente e/ou do sujeito de pesquisa acima de meus próprios interesses.
- 32. Comunico conflitos de interesse no exercício de minhas atividades e deveres profissionais.

Fonte: elaborada pela autora.

A consistência interna e a confiabilidade do questionário foram avaliadas por meio do teste alfa de Cronbach. Foram calculados o valor do questionário total e o valor após a retirada de cada

uma das questões individualmente (TAB. 5). O alfa de Cronbach do questionário total foi 0,885 e os valores referentes à retirada individual de cada questão variaram de 0,879 a 0,887, indicando boa consistência interna e confiabilidade.

Tabela 5 - Análise da consistência interna e confiabilidade do questionário de avaliação de profissionalismo para médicos, após a retirada de cada item

Item	Alfa de Cronbach	Item	Alfa de Cronbach	Item	Alfa de Cronbach
1	0,883	14	0,885	27	0,839
2	0,887	15	0,886	28	0,838
3	0,881	16	0,883	29	0,836
4	0,881	17	0,882	30	0,837
5	0,881	18	0,882	31	0,835
6	0,882	19	0,882	32	0,838
7	0,882	20	0,882	33	0,838
8	0,883	21	0,881	34	0,835
9	0,882	22	0,882	35	0,837
10	0,881	23	0,884	36	0,837
11	0,881	24	0,883	37	0,842
12	0,885	25	0,883		
13	0,880	26	0,879		

Fonte: elaborada pela autora.

A Tabela 6 mostra o cálculo de consistência interna e confiabilidade, de acordo com os diferentes domínios. Os valores observados mostram baixa confiabilidade para todos os domínios, apesar da boa confiabilidade do questionário como um todo.

Tabela 6 - Análise de consistência interna e confiabilidade para os diferentes domínios do questionário de avaliação de profissionalismo, versão para médicos

Domínio	Número de itens	Alfa de Cronbach
Compromisso com o outro	7	0,631
Compromisso com a equipe	8	0,736
Integridade	6	0,584
Honestidade	5	0,625
Respeito	5	0,545
Dever	6	0,614

Fonte: elaborada pela autora.

5.2.2 Questionário para estudantes de Medicina

Num primeiro momento, 639 estudantes de Medicina responderam ao questionário. Após conferência lógica do banco de dados, 236 foram eliminados: 55 por preenchimento incompleto ou duplicado, 15 por estudarem no exterior e 166 por estarem cursando do 1º ao 4º período. A amostra final de estudantes contou com 403 participantes.

A Tabela 7 apresenta as características pessoais e acadêmicas dos estudantes de Medicina. Observou-se predomínio do sexo feminino (69,5%). A idade média foi de 24,1 (\pm 3,6) anos, variando de 19 a 41 anos. A maioria dos participantes nasceram em Minas Gerais (241 - 59,8%), em cidades de médio (39,7%) ou grande (38,2%) porte. A maior parte estuda Medicina em Minas Gerais (306 - 75,9%). Um pouco mais da metade estuda em cidades de grande porte (224 - 55,6%) e 293 (72,7%), em instituições privadas de ensino, sendo a UNIFENAS-BH a mais frequente (118 - 29,3%). O escore médio de profissionalismo dos estudantes foi de 162,4 (\pm 10,8), o que corresponde a 87,7% da pontuação máxima.

Tabela 7 - Características sociodemográficas e acadêmicas dos 403 estudantes de Medicina respondentes

		(continua)	
Variável categórica		N	%
Sexo	Feminino	280	69,5
	Masculino	123	30,5
Naturalidade	Minas Gerais	241	59,8
	São Paulo	36	8,9
	Goiás	24	6,0
	Bahia	19	4,7
	Outros	83	20,6
Porte da cidade de nascimento	Grande	154	38,2
	Médio	160	39,7
	Pequeno	89	22,1
Unidade federada onde estuda Medicina	Minas Gerais	306	75,9
	São Paulo	14	3,5
	Rio Grande do Sul	13	3,2
	Bahia	11	2,7
	Paraná	9	2,2
	Outras	50	12,4

Tabela 7 - Características sociodemográficas e acadêmicas dos 403 estudantes de Medicina respondentes

		(conclusão)		
Variável categórica		N	%	
Cidade onde estuda Medicina	Belo Horizonte	171	42,4	
	Vespasiano	24	6,0	
	Uberaba	20	5,0	
	Barbacena	14	3,5	
	Ouro Preto	13	3,2	
	Outras	161	40,0	
Porte da cidade aonde estuda Medicina	Grande	224	55,6	
	Médio	179	44,4	
Tipo de instituição de ensino	Particular	293	72,7	
	Pública	110	27,3	
Nome da instituição de ensino	UNIFENAS-BH	118	29,3	
	Faculdade da Saúde e Ecologia Humana	24	6,0	
	UFTM	19	4,7	
	FAMINAS BH	16	4,0	
	FUNJOB Barbacena	15	3,7	
	Outras	211	52,4	
Graduação anterior	Nenhuma	376	93,3	
	Enfermagem	4	1,0	
	Fisioterapia	4	1,0	
	Outras	19	4,7	
Período do curso	5º	83	20,6	
	6º	60	14,9	
	7º	54	13,4	
	8º	50	12,4	
	9º	48	11,9	
	10º	41	10,2	
	11º	44	10,9	
	12º	23	5,7	
Variável contínua	Média (\pm desvio padrão)		Mínimo	Máximo
Idade**	24,1 (\pm 3,6)		19	41
Escore profissionalismo	162,4 (\pm 10,8)		128	184
	Mediana	25%	50%	75%
Idade**	23	22	23	25
Escore profissionalismo	163	156	163	170

Fonte: elaborada pela autora.

Nota: ** 15 (3,7%) voluntários não informaram a idade.

Conforme demonstrado na Tabela 8, o banco de dados de estudantes mostrou-se adequado para a análise fatorial exploratória.

Tabela 8 - Adequação do banco de dados de estudantes de Medicina à análise fatorial exploratória

Teste	Calculado	Referência
Kaiser-Meyer-Olkin	0,852	> 0,5
Teste da esfericidade de Bartlett	0,000	< 0,005
Medida da adequação da amostra	0,532-0,931	> 0,5

Fonte: elaborada pela autora.

A tabela de variância total explicada (TAB. 9) mostra que não é possível a eliminação de nenhum item, uma vez que a soma total dos componentes foi inferior a 60%. Já a matriz rotacionada de componentes mostrou a possibilidade de existência de 10 componentes ou domínios diferentes no questionário (TAB. 10).

Tabela 9 - Variância total explicada do questionário para 403 estudantes de Medicina

(continua)

Item	Eigenvalues Iniciais			Extração do quadrado das médias			Rotação do quadrado das médias		
	Total	% de Variância	% Acumulado	Total	% de Variância	% Acumulado	Total	% de Variância	% Acumulado
1	6,940	18,757	18,757	6,940	18,757	18,757	3,105	8,392	8,392
2	2,200	5,945	24,702	2,200	5,945	24,702	2,767	7,477	15,870
3	1,838	4,967	29,669	1,838	4,967	29,669	2,140	5,784	21,653
4	1,575	4,256	33,925	1,575	4,256	33,925	1,948	5,266	26,919
5	1,378	3,723	37,648	1,378	3,723	37,648	1,849	4,997	31,917
6	1,299	3,509	41,158	1,299	3,509	41,158	1,793	4,847	36,764
7	1,255	3,393	44,551	1,255	3,393	44,551	1,768	4,778	41,542
8	1,183	3,196	47,747	1,183	3,196	47,747	1,680	4,541	46,082
9	1,100	2,973	50,721	1,100	2,973	50,721	1,479	3,999	50,081
10	1,058	2,859	53,580	1,058	2,859	53,580	1,295	3,499	53,580
11	0,961	2,598	56,178						
12	0,948	2,561	58,739						
13	0,933	2,522	61,261						
14	0,907	2,452	63,713						
15	0,884	2,388	66,102						
16	0,849	2,293	68,395						
17	0,805	2,177	70,572						
18	0,780	2,107	72,679						
19	0,755	2,040	74,719						
20	0,740	2,000	76,719						
21	0,696	1,880	78,599						
22	0,666	1,800	80,399						
23	0,645	1,743	82,142						
24	0,614	1,659	83,801						
25	0,606	1,637	85,437						
26	0,556	1,502	86,939						
27	0,527	1,425	88,364						
28	0,516	1,395	89,759						
29	0,503	1,359	91,119						
30	0,489	1,323	92,441						
31	0,472	1,274	93,716						
32	0,463	1,252	94,967						

Tabela 9 - Variância total explicada do questionário para 403 estudantes de Medicina

(conclusão)

Item	Eigenvalues Iniciais			Extração do quadrado das médias			Rotação do quadrado das médias		
	Total	% de Variância	% Acumulado	Total	% de Variância	% Acumulado	Total	% de Variância	% Acumulado
33	0,411	1,110	96,077						
34	0,397	1,073	97,151						
35	0,383	1,034	98,185						
36	0,357	0,965	99,150						
37	0,314	0,850	100,00						

Fonte: elaborada pela autora.

Tabela 10 - Matriz rotacionada de componentes do banco de dados de 403 estudantes de Medicina

Item	Domínios									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q1		0,122				0,203			-0,101	0,715
Q2		0,145		-0,176	0,625			0,193	-0,121	-0,395
Q3		0,705	0,185	0,147		0,159			0,107	
Q4	0,157	0,436		-0,133		0,133	0,138	0,304	0,179	-0,186
Q5	0,369	0,449			0,218	0,156	0,104			0,123
Q6			0,176		0,126	0,668		0,105		0,154
Q7	0,137	0,765	0,116							0,123
Q8		0,614		0,388		-0,116				
Q9	0,231			0,229	0,424	0,391	0,253			-0,126
Q10	0,302		0,398	0,171	0,109	0,398		-0,118		0,168
Q11		0,414	0,242	0,191		-0,102	0,320		0,210	
Q12	0,282	0,389	0,201	0,220	0,134	0,120		0,196		0,106
Q13		0,240		0,714					0,108	
Q14	0,126		0,127	0,210	0,666	0,128				
Q15		0,163	0,248	0,223	-0,226		0,120		0,612	
Q16	0,267	0,171				0,155	0,708			
Q17	0,352	0,198		0,118		0,506	0,262			
Q18			0,203				0,287	0,527		
Q19	0,134	0,168	0,753					0,193		
Q20	0,501	0,133	-0,113	0,169	-0,182	0,323				-0,306
Q21	0,370	0,184		0,320	0,170				0,266	
Q22			-0,141				-0,136		0,633	-0,167
Q23	0,113				0,653		0,112			0,276
Q24	0,256					0,459	-0,173	0,194	0,105	0,109
Q25		0,264		0,204		0,230		0,378		-0,204
Q26		0,207					0,361	0,188	0,594	
Q27	0,498		0,435					-0,107	-0,120	
Q28	0,686		0,234			0,108		0,117	-0,115	
Q29	0,552	0,119	0,308	0,141	0,174	0,120				
Q30	0,144	0,217	0,785			0,105				
Q31	0,357		0,239	0,201	0,234			0,374	0,214	
Q32	0,206	0,118		0,406	0,159	-0,117	-0,200	0,530		
Q33	0,559						0,142	0,324	0,150	0,228
Q34	0,116	0,271		0,167	-0,146	0,256	0,126	0,482		0,343
Q35			0,109	0,686	0,111	0,186		0,227		
Q36	0,648	0,133			0,142		0,188			
Q37						-0,127	0,737	0,179		0,145

Fonte: elaborada pela autora.

Nota: Método de extração: análise de componente principal. Método de rotação: Varimax com Kaiser Normalization. A rotação convergiu com 18 interações. Valores < 0,100 foram ocultados.

Em seguida, com base na matriz rotacionada de componentes (TAB. 10), realizou-se a análise qualitativa do conteúdo dos itens, para a definição dos domínios do questionário. Quando houve

conflito entre a análise fatorial e o significado do item ou era possível incluir o item em dois domínios distintos, deu-se prioridade ao conteúdo do item, em detrimento da análise fatorial. Os 37 itens foram agrupados em seis domínios diferentes: Compromisso com o paciente, Compromisso com os colegas, Altruísmo, Respeito, Responsabilidade e Integridade (Quadro 11).

Quadro 11 - Questionário de avaliação de profissionalismo médico, versão para estudantes de Medicina, organizado em domínios

(continua)

Compromisso com o paciente

- 20. Resguardo o sigilo do paciente, inclusive em trocas de mensagens por meio de dispositivos eletrônicos, como telefones celulares e tablets.
- 21. Promovo a justiça no sistema de saúde combatendo a discriminação.
- 27. Relaciono-me de maneira respeitosa com acadêmicos e profissionais de outras áreas de saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos entre outros.
- 28. Atuo de modo a demonstrar compromisso com confidencialidade, privacidade, intimidade e pudor de pacientes e sujeitos de pesquisa.
- 29. Adoto padrões de conduta uniformes e justos no cuidado ao paciente, seus acompanhantes e/ou no relacionamento com os colegas. .
- 31. Defendo o interesse do paciente ou do sujeito de pesquisa, acima de meus próprios interesses.
- 33. Uso trajas adequados ao ambiente de trabalho (faculdade e unidades de saúde) com objetivo de ser respeitoso com os outros.

Compromisso com os colegas

- 3. Estou disponível para auxiliar colegas em seu trabalho e forneço comentários significativos e construtivos.
- 7. Tenho disponibilidade em auxiliar colegas no seu desenvolvimento pessoal e profissional.
- 8. Promovo o bem-estar e desenvolvimento do colega iniciante.
- 11. Apoio meus colegas, participando de reuniões científicas, seminários e apresentação de pesquisas.
- 12. Trabalho em equipe de forma colaborativa e respeitosa.
- 13. Participo de intervenções corretivas direcionadas aos colegas que não cumprem os padrões de ética dos estudantes.

Altruísmo

- 15. Participo de atividades voluntárias na comunidade em que vivo.
- 19. Demonstro compaixão com o paciente e seus acompanhantes.
- 30. Demonstro empatia com o paciente e seus acompanhantes.

Respeito

- 1. Respeito as decisões do preceptor e de outros médicos da equipe, incluindo o médico residente.
- 6. Evito fazer comentários ofensivos, indelicados e críticas injustas.
- 8. Recuso-me a violar meus valores pessoais e código de ética do estudante de medicina.
- 9. Valorizo e respeito a natureza diversa do paciente ou do sujeito de pesquisa e respeito essas diferenças no meu trabalho com eles.
- 14. Recuso-me a explorar o trabalho dos meus colegas para avançar na carreira ou obter benefícios.
- 17. Respeito os direitos, a individualidade e a diversidade de pensamentos de colegas de curso e de estudantes de outros cursos.
- 35. Denuncio qualquer tipo de assédio moral ou relação abusiva de poder entre membros da equipe, como estudantes, médicos, residentes, preceptores e outros profissionais de saúde.

Responsabilidade

- 5. Apresento informações de forma consistente, precisa e honesta.
 - 16. Cumpro meus compromissos e obrigações com responsabilidade.
 - 22. Realizo procedimentos médicos em ambientes sem supervisão.
 - 23. Recuso-me a receber qualquer tipo de remuneração por minhas atividades acadêmicas, exceto as relacionadas a bolsas de pesquisa, monitoria ou de estágio.
-

Quadro 11 - Questionário de avaliação de profissionalismo médico, versão para estudantes de Medicina, organizado em domínios

(conclusão)

Responsabilidade
26. Participo de atividades extracurriculares, com objetivo de alcançar excelência em minha formação e no cuidado ao paciente.
37. Sou pontual em meus compromissos acadêmicos.
Compromisso consigo mesmo – integridade
2. Recuso-me a usar a relação médico paciente para obter vantagens pessoais, sexuais e/ou financeiras de meus pacientes ou seus acompanhantes.
4. Busco o autoaperfeiçoamento.
18. Dedico atenção ao atendimento ao paciente, evitando distrações com aparelhos eletrônicos, telefone celular e conversas alheias à atividade.
24. Reconheço minhas próprias limitações.
25. Assumo responsabilidade compartilhada com médico supervisor e outros médicos da equipe, incluindo o médico residente, por decisões relacionadas ao cuidado ao paciente.
32. Comunico conflitos de interesse no exercício de minhas atividades e deveres profissionais.
34. Reajo à crítica construtiva, buscando melhorar minha habilidade na área criticada.

Fonte: elaborada pela autora.

A consistência interna e a confiabilidade do questionário foram avaliadas por meio do teste alfa de Cronbach. Foram calculados o valor do questionário total e o valor após a retirada de cada uma das questões individualmente (TAB. 11). O alfa de Cronbach do questionário total dos estudantes foi 0,843 e os valores referentes à retirada individual de cada questão variaram de 0,835 a 0,847, indicando boa consistência interna e confiabilidade.

Tabela 11 - Análise da consistência interna e confiabilidade do questionário de avaliação de profissionalismo para estudantes de Medicina, após a retirada de cada item

Item	Alfa de Cronbach	Item	Alfa de Cronbach	Item	Alfa de Cronbach
1	0,842	14	0,839	27	0,840
2	0,847	15	0,844	28	0,839
3	0,835	16	0,839	29	0,837
4	0,838	17	0,837	30	0,838
5	0,837	18	0,840	31	0,836
6	0,841	19	0,837	32	0,839
7	0,835	20	0,839	33	0,839
8	0,837	21	0,836	34	0,836
9	0,839	22	0,849	35	0,838
10	0,839	23	0,843	36	0,838
11	0,836	24	0,840	37	0,843
12	0,835	25	0,840		
13	0,837	26	0,840		

Fonte: elaborada pela autora.

A Tabela 12 mostra o cálculo de consistência interna e confiabilidade, de acordo com os diferentes domínios. Os valores observados mostram baixa confiabilidade para todos os domínios, apesar da boa confiabilidade do questionário como um todo.

Tabela 12 - Análise de consistência interna e confiabilidade para os diferentes domínios do questionário de avaliação de profissionalismo, versão para estudantes de Medicina

Domínio	Número de itens	Alfa de Cronbach
Compromisso com o paciente	8	0,646
Compromisso com os colegas	6	0,710
Altruísmo	3	0,459
Respeito	7	0,502
Responsabilidade	6	0,372
Integridade (compromisso consigo mesmo)	7	0,484

Fonte: elaborada pela autora.

5.3 Análise comparativa

5.3.1 Fatores associados ao profissionalismo entre médicos

A análise comparativa entre as variáveis independentes e o escore do nível de profissionalismo é apresentada na Tabela 13. Pontos de corte utilizados para classificar as variáveis em dicotômicas foram escolhidos em função do menor valor em que havia diferença significativa entre os grupos, sendo 40 anos para idade e 10 anos para tempo de formado. Médicos com idade ≥ 40 anos e com mais de 10 anos de formado tiveram maiores índices de profissionalismo. Em relação à formação profissional, os médicos que possuíam especialização (Residência Médica ou título de especialista) apresentaram níveis mais elevados de profissionalismo. Possuir pós-graduação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado) também representou um fator associado a níveis maiores de profissionalismo, bem como exercer atividades relacionadas ao ensino, independentemente do tipo de atividade.

Tabela 13 - Análise comparativa entre variáveis independentes e o nível de profissionalismo entre 564 médicos

Variável		N	Média	D.P.	p
Sexo	Feminino	387	157,9	11,54	0,317
	Masculino	177	159,6	12,34	
Idade	< 40 anos	335	156,7	11,61	<0,001
	≥ 40 anos	226	161,1	11,59	

(continua)

Tabela 13 - Análise comparativa entre variáveis independentes e o nível de profissionalismo entre 564 médicos

					(conclusão)
Variável		N	Média	D.P.	p
Tempo de formado	< 10 anos	229	156,6	11,62	0,003
	≥ 10 anos	335	159,7	11,80	
Especialização médica*	Generalista	43	158,6	10,76	<0,001
	Especializando	11	163,3	11,52	
	Residente	66	153,6	12,43	
	Especialista sem título	31	157,6	11,44	
	Especialista AMB	87	162,8	10,77	
	Especialista MEC	119	156,8	12,52	
	Especialista MEC/AMB	207	159,0	11,24	
Possui qualquer especialização	Não	120	156,3	12,11	0,024
	Sim	444	159,0	11,67	
Tipo de especialidade	Clínica	391	158,3	11,92	0,733
	Cirúrgica	173	158,7	11,59	
Estado em que trabalha	Minas Gerais	431	158,5	11,68	0,845
	Outros	133	158,3	12,25	
Região em que trabalha*	Centro-oeste	29	154,5	10,90	0,211
	Nordeste	14	162,9	8,38	
	Norte	7	155,3	12,93	
	Sudeste	501	158,6	11,88	
	Sul	13	158,5	12,45	
Possui mestrado ou doutorado**	Não	436	157,2	12,04	<0,001
	Sim	128	162,6	9,94	
Realiza atividade de ensino	Não	281	156,8	12,14	0,001
	Sim	283	160,1	11,26	
Professor de graduação**	Não	459	157,5	12,10	<0,001
	Sim	105	162,7	9,44	
Preceptor de internato	Não	463	157,9	11,77	0,020
	Sim	101	160,9	11,71	
Preceptor de Residência Médica	Não	352	157,6	11,92	0,022
	Sim	212	159,9	11,50	
Professor de curso <i>lato sensu</i>	Não	499	157,8	11,73	0,001
	Sim	65	163,1	11,45	
Professor de curso <i>stricto sensu</i>	Não	554	158,3	11,80	0,056
	Sim	10	165,5	10,32	

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: *ANOVA; **distribuição não normal pelo teste de Levene, teste de t não paramétrico

O teste de correlação de Pearson indicou correlação positiva fraca entre as variáveis idade e tempo de formado e o escore de profissionalismo (TAB. 14). Os gráficos de dispersão (FIG. 3) representam essa correlação. Utilizou-se curva de tendência baseada no quadrado das diferenças, para destacar a aceleração da correlação, a partir dos 40 anos de idade e 10 anos de formado, o que reforça os pontos de corte escolhidos.

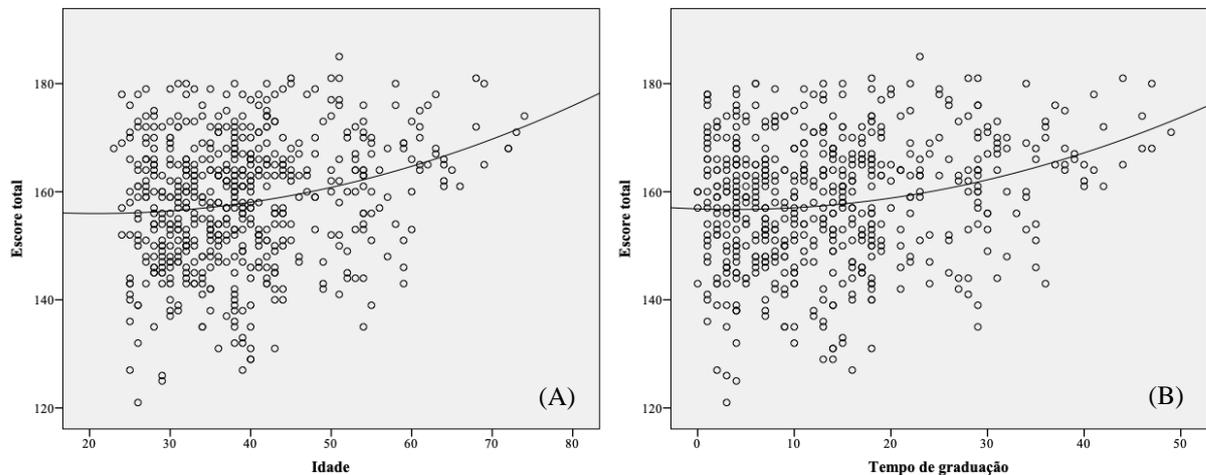
Tabela 14 - Correlação entre escore total de profissionalismo dos médicos e idade e tempo de graduação entre 564 médicos

Escore	ρ^*	p
Idade	0,224	<0,001
Tempo de formado	0,214	<0,001

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: * teste de correlação de Pearson; teste de Levene > 0,05 para todas as variáveis.

Figura 3 - Gráfico de dispersão entre escore total de profissionalismo médico e idade e tempo de graduação entre 564 médicos voluntários



Fonte: elaborada pela autora.

As variáveis que apresentaram $p \leq 0,15$, na análise bivariada, tiveram o p ajustado calculado após análise multivariada (TAB. 15). Para evitar possível colinearidade, não foram incluídas no modelo as diferentes atividades de ensino, como docência na graduação ou preceptoria em Residência Médica, uma vez que realizar atividade de ensino é uma variável derivada de todas as outras. Após análise multivariada, apenas a idade ≥ 40 anos e o fator possuir mestrado ou doutorado permaneceram associados a níveis mais elevados de profissionalismo.

Tabela 15 - Valores de p ajustados por regressão linear, para variáveis selecionadas e escore total de profissionalismo médico entre 564 médicos voluntários

Variável	beta	p bruto	p ajustado
Idade (< 40 anos; ≥ 40 anos)	0,147	<0,001	0,006
Tempo de formado (< 10 anos; ≥ 10 anos)	-0,022	0,003	0,724
Possui qualquer especialização	-0,010	0,024	0,850
Possui mestrado ou doutorado	0,134	<0,001	0,004
Realiza atividade de ensino	0,065	0,001	0,185

Fonte: elaborado pela autora.

5.3.2 Fatores associados ao profissionalismo entre estudantes de Medicina

A Tabela 16 apresenta os resultados da análise comparativa em estudantes. As estudantes apresentaram níveis mais elevados de profissionalismo, assim como aqueles que estudam em cidades de grande porte ou em instituições privadas. O fator idade e ter graduação prévia não interferiram. De acordo com a ANOVA, a região de nascimento e onde estuda também influenciaram o profissionalismo. O período do curso influenciou negativamente os níveis de profissionalismo. Quando os alunos do Internato (do 9º ao 12º períodos) foram comparados aos demais alunos, observou-se que os mais avançados no curso apresentaram níveis mais baixos de profissionalismo.

Tabela 16 - Análise comparativa entre variáveis independentes e o nível de profissionalismo entre 403 estudantes de Medicina

		(continua)			
Variável		n	Média	D.P.	p
Sexo	Feminino	280	163,9	10,15	<0,001
	Masculino	123	159,0	11,64	
Idade*	< 23 anos	136	162,5	12,05	0,827
	≥ 23 anos	252	162,2	10,14	
Porte da cidade em que nasceu**	Pequeno	89	162,6	11,73	0,975
	Médio	160	162,3	10,37	
	Grande	154	162,3	10,86	
Estado em que nasceu	Minas Gerais	162	161,3	11,30	0,092
	Outros	241	163,1	10,48	
Região em que nasceu**	Centro-oeste	36	159,4	10,79	0,023
	Nordeste	31	163,3	11,44	
	Norte	5	158,4	16,04	
	Sul	36	157,5	11,97	
	Sudeste	293	163,3	10,42	
	Exterior	2	164,5	0,707	
Porte da cidade em que estuda	Médio	179	160,4	11,17	0,001
	Grande	224	164,0	10,33	
Estado em que estuda	Minas Gerais	306	163,1	10,12	0,029
	Outros	97	160,0	12,63	
Região em que estuda**	Centro-oeste	17	156,7	11,60	<0,001
	Nordeste	20	164,0	12,63	
	Norte	4	172,0	10,46	
	Sul	27	153,9	11,82	
	Sudeste	335	163,2	10,238	
Tipo de instituição em que estuda	Pública	110	159,3	11,01	<0,001
	Privada	293	163,6	10,57	

Tabela 16 - Análise comparativa entre variáveis independentes e o nível de profissionalismo entre 403 estudantes de Medicina

		(conclusão)			
Variável		n	Média	D.P.	p
Possui graduação prévia?	Não	376	162,4	10,87	0,890
	Sim	27	162,1	10,68	
Período do curso**	5°	83	165,9	10,96	0,023
	6°	60	161,9	10,97	
	7°	54	163,1	12,03	
	8°	50	161,8	8,40	
	9°	48	160,5	11,41	
	10°	41	161,4	9,65	
	11°	44	162,0	9,34	
	12°	23	157,2	12,96	
Está cursando o internato	Não	247	163,5	10,83	0,012
	Sim	156	160,7	10,68	

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: *distribuição não normal pelo teste de Levene, teste de t não paramétrico; **ANOVA.

O teste de correlação de Pearson indicou ausência de correlação entre o escore total e a idade, com valor de ρ levemente negativo. Por outro lado, observou-se correlação negativa entre o período do curso e o escore de profissionalismo, indicando que quanto maior o período do curso, menores são os escores (TAB. 17). Os gráficos de dispersão (FIG. 4) ilustram os achados relatados na Tabela 17 e mostram, de maneira mais clara, a redução do profissionalismo nos períodos mais avançados no curso.

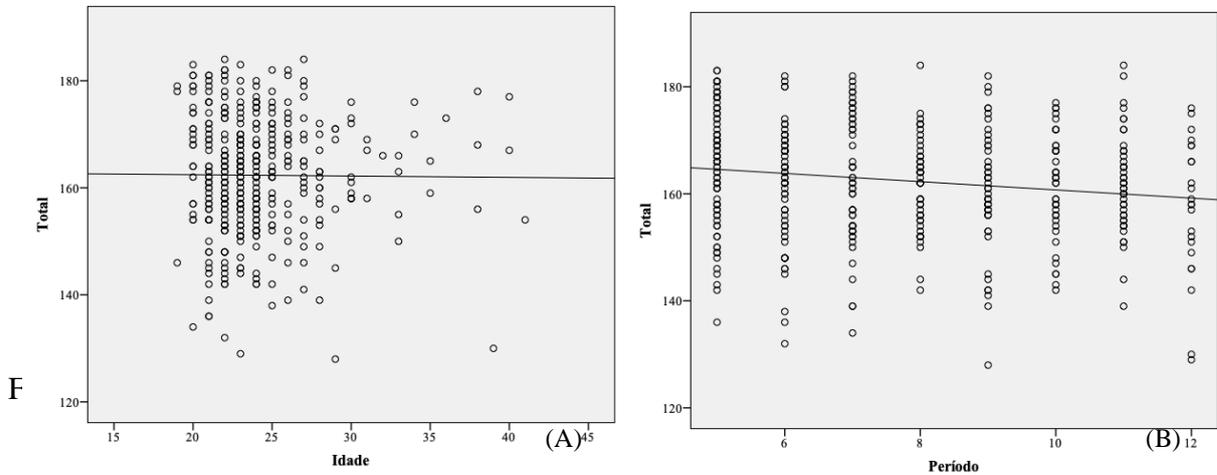
Tabela 17 - Correlação entre escore total de profissionalismo e idade e período do curso entre 403 estudantes de Medicina

Score	ρ^*	p
Idade	-0,008	0,874
Período do curso	-0,158	0,001

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: * teste de correlação de Pearson; teste de Levene > 0,05 para todas as variáveis.

Figura 4 - Gráfico de dispersão entre escore total de profissionalismo e idade (A) e período do curso entre 403 estudantes de Medicina



Fonte: elaborada pela autora.

As variáveis que apresentaram $p \leq 0,15$, na análise bivariada, tiveram o p ajustado calculado após análise multivariada (TAB. 18). O sexo feminino e estudar em instituição privada permaneceram estatisticamente associados a níveis mais elevados de profissionalismo. Os alunos que estavam no internato apresentaram escores de profissionalismo estatisticamente menores. Estudar em Minas Gerais também foi estatisticamente significativo (0,047), assim como o fator região de nascimento (0,049). A análise *post-hoc* da região de nascimento mostrou haver diferença apenas entre região Sudeste e Sul (dados não apresentados).

Tabela 18 - Valores de p ajustados por regressão linear para variáveis selecionadas e escore total de profissionalismo médico entre 403 estudantes de Medicina

Variável	p bruto	beta	p ajustado
Sexo	<0,001	-0,202	<0,001
Região em que nasceu	0,023	-0,115	0,049
Porte da cidade em que estuda	0,001	0,096	0,068
Estado em que estuda	0,029	-0,106	0,047
Região em que estuda	<0,001	0,104	0,104
Tipo de instituição em que estuda	<0,001	0,150	0,004
Está cursando o internato	0,012	-0,103	0,034

Fonte: elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi avaliar o nível de profissionalismo de médicos e estudantes e, para isso, optou-se por realizar a adaptação transcultural e a validação psicométrica de um instrumento já validado anteriormente em outro país.

6.1 Adaptação transcultural e validação do questionário

A adaptação ocorreu dentro do prazo proposto e cumprindo todas as fases planejadas (BEATON *et al.*, 2000; SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). O questionário tratava sobre a opinião das pessoas sobre o profissionalismo, não sobre a atitude delas. No questionário original, os respondentes foram solicitados a avaliar até que ponto cada afirmação refletia sua definição de profissionalismo. Como um dos objetivos do trabalho era avaliar o nível de profissionalismo do respondente, foi necessário transformar as afirmativas da 3ª pessoa para 1ª pessoa, a fim de avaliar a atitude do respondente em relação ao profissionalismo. A mudança na flexão verbal tornou a resposta mais pessoal e direta, motivando mais reflexão do indivíduo. Algumas afirmativas foram mais difíceis de adaptar.

A exploração do significado de cada questão permitiu que a versão adaptada permanecesse com equivalência na sua aplicação. O tópico sobre voluntariado, apesar de não fazer parte da cultura brasileira, foi mantido, pois foi considerado apropriado para avaliar o altruísmo. A pontualidade foi incluída entre as afirmativas, por ser um tópico relevante no Brasil, apesar de não estar no questionário original, uma vez que não é uma dificuldade nos EUA. A adaptação determinou a necessidade de questionários separados para avaliação de médicos e estudantes, em função de diferenças no espectro de atuação e no exercício profissional (BLACKALL *et al.*, 2007). Nos Estados Unidos, não há um código de ética separado para os estudantes de Medicina.

O questionário dos estudantes teve sete dos seus itens completamente substituídos, após discussão com comitê de especialistas (1, 18, 20, 22, 23, 27 e 35). Houve uma substituição de 19,4% dos itens relacionados a fatos e situações que o estudante deve aprender no curso, mas que não correspondem a ações deles. A opção do comitê de substituir os itens não pertinentes aos estudantes pode levar ao questionamento de não adaptação dos itens originais. No item 1, a adaptação de: “baseio minhas condutas em evidências científicas” não permite avaliar a

atitude do estudante, uma vez que estudantes não tomam condutas, eles aprendem no curso como tomar condutas e as discutem. Estudantes aprendem que é importante basear condutas em evidências científicas, no entanto uma mera adequação permitiria avaliar a opinião do estudante e não sua atitude. No item 18, a adaptação de: “busco contribuir significativamente para o ensino e a formação de estudantes de Medicina e/ou residentes nos locais onde trabalho” não permitiu uma versão para os estudantes, pois eles são o foco da afirmativa. No item 20, “demonstro capacidade de adaptação para responder a mudanças de necessidades e prioridades”, seria possível haver aplicabilidade aos estudantes, no entanto, em discussão pré-teste, o entendimento da maioria deles foi de que as mudanças de necessidades e prioridades relacionavam-se aos pacientes. Como essa decisão não cabe aos estudantes, a maioria do Comitê argumentou que a afirmativa não era pertinente à população de estudantes e sua substituição foi acolhida. No item 22, “respeito a autonomia do paciente e procuro tomar decisões compartilhadas” e, no item 23, “coordeno o cuidado ao paciente perante os demais profissionais de saúde”, assim como no item 1, o estudante não toma as decisões relativas ao cuidado com o paciente, nem coordena ações junto a demais profissionais. A exclusão do item 27, “relato erros médicos ou de pesquisa”, ocorreu pela discussão do Comitê sobre as condições do estudante para identificar criticamente erros, como o questionário seria de aplicação do 5º ao 12º período, nem todos os estudantes estariam aptos a responder de maneira adequada. No item 35, “preocupo-me com a custo efetividade no cuidado ao paciente”, dependendo do momento de seu aprendizado, o estudante não estaria apto para o julgamento de custo-efetividade no cuidado. Como no item 1, os estudantes, durante o aprendizado, não têm o entendimento adequado, dependendo do período do curso, sobre o custo-efetividade do cuidado. Muitas situações abordadas referem-se à atuação médica profissional no ensino, pesquisa, atendimento e gestão e, muitas vezes, não alcançam os estudantes. Várias situações, bastante corriqueiras e atuais, merecem ser avaliadas, a fim de motivar a reflexão por parte do estudante, para fomentar condutas éticas e profissionais, como o sigilo e o uso de celulares, a realização de procedimentos sem supervisão, o respeito aos profissionais de outras áreas e a não remuneração por atividades acadêmicas. Dessa forma, foram substituídos os referidos itens por afirmativas consolidadas e publicadas pelo CFM no CEEM, conforme discussão e indicação do Comitê.

O CEEM teve sua elaboração iniciada em 2016, em resposta à necessidade de apresentar aos estudantes uma carta de princípios universais, aplicáveis a vários contextos, que os estimula ao desenvolvimento de uma postura honesta, responsável, competente e ética, resultando na

formação de um médico mais atento aos princípios que o tornarão mais profissional (CFM, 2018). Mesmo com as referidas substituições, foi encontrado um alfa de Cronbach que indica boa consistência interna e confiabilidade do instrumento elaborado.

Em função da pandemia de covid-19, a estratégia de coleta de dados foi realizada apenas de forma on-line. Ela ocorreu no período de 72 dias e o número final de respondentes foi satisfatório, dentro da amostra proposta. A possibilidade da coleta exclusivamente através da internet abriu maiores perspectivas de comunicação e oportunidades para a pesquisa. Como vantagem da pesquisa on-line há a praticidade para o participante, que pode responder ao questionário da maneira que lhe for mais conveniente, além dessa modalidade de pesquisa facilitar o preenchimento do instrumento. Para o pesquisador, o alcance pode ser maior, há baixo custo, perguntas podem ser obrigatórias e o banco de dados é facilmente gerado. Por outro lado, uma das desvantagens da pesquisa on-line é a baixa taxa de resposta (CORRÊA; CASTRO; SCHUCH JÚNIOR, 2010; FALEIROS *et al.*, 2016). Outros problemas que podem ocorrer dizem respeito a respostas repetidas, questionários incompletos e preenchimento por pessoas que não fazem parte da população alvo, como observado nesse estudo.

O alfa de Cronbach do questionário total dos médicos foi 0,885, indicando que há boa consistência interna e confiabilidade na versão brasileira, permitindo validar seu uso no país. Os valores observados mostram baixa confiabilidade para todos os domínios, apesar da boa confiabilidade do questionário como um todo. Os domínios encontrados não apresentaram bons índices de consistência interna e confiabilidade, não permitindo subanálises por agrupamento de itens. A análise utilizando os domínios do questionário original também não apresentou bons índices de consistência interna e confiabilidade (dados não apresentados). Resultados semelhantes, com valores insatisfatórios da análise dos domínios, também foram encontrados na versão espanhola (BUSTAMANTE; SANABRIA, 2014).

O alfa de Cronbach do questionário total dos estudantes foi 0,843, indicando que há boa consistência interna e confiabilidade na versão brasileira, validando o uso da versão para estudantes no país. Assim como na versão para médicos, os domínios encontrados não apresentaram bons índices de consistência interna e confiabilidade. Os domínios do questionário original não foram utilizados, em função da substituição dos itens.

O estudo original apresentou questionamentos e preocupações quanto à confiabilidade, ao tentar usar uma versão on-line, propondo uma validação adicional da versão nessa modalidade, para estudos futuros (BLACKALL *et al.*, 2007; DAVIS; REYES, 2015). No presente estudo, cuja aplicação foi exclusivamente on-line, observaram-se bons índices de consistência interna e confiabilidade.

Desenvolver uma versão baseada no PSCOMPQ permitiu aumentar a profundidade, a qualidade da confiabilidade e a validade de uma ferramenta já existente, além de aumentar o número de testes e o contexto cultural, o que aumenta a confiabilidade do resultado. Da mesma forma, aumentar o número de observadores aumenta a confiabilidade (GOLDIE, 2013; HODGES *et al.*, 2011).

6.2 Nível de profissionalismo entre médicos

Após análise multivariada, observou-se que apenas os fatores idade maior que 40 anos e ter mestrado e/ou doutorado estavam estatisticamente associados a níveis mais elevados de profissionalismo. O tempo de formado é uma variável com relação estreita com a idade. Médicos mais velhos, provavelmente, têm mais tempo de formado, no entanto, a variável tempo de formado não apresentou associação significativa com os níveis de profissionalismo. Quarenta anos é uma idade associada à meia vida e à sabedoria, fruto de experiências vividas e consolidadas, de modo que já foram desenvolvidas boa aprendizagem e capacidade de interação social.

Após os 40 anos, habitualmente, é o período em que se espera que o indivíduo tenha sua vida organizada, seja ponderado e autocrítico. Nessa época, ocorre a estabilidade pessoal e profissional. O completo desenvolvimento cerebral se dá em torno dos 20 anos. Com o tempo, o indivíduo se torna mais competente e talentoso, lidando melhor com diferentes informações e emoções e, principalmente, atuando de forma mais assertiva na solução de problemas, tendo seu ápice em torno dos 45 anos (KAUFMAN, 2001), em função da plasticidade neuronal (GREENWOOD, 2007) e das experiências acumuladas e armazenadas através das inúmeras conexões entre as células nervosas e diferentes regiões cerebrais (HAMPSON *et al.*, 2012; HARTSHORNE; GERMINE, 2015).

Estudo recente sugere que as pessoas também começam a usar diferentes estratégias cognitivas à medida que envelhecem. Os indivíduos mais jovens demonstraram tempos de reação mais rápidos (devido à velocidade superior de processamento de informações ou à estratégia de resposta mais liberal), enquanto os indivíduos mais velhos apresentaram estratégia mais lenta e cautelosa e evidências de que fizeram mais ajustes após um erro. Embora os jovens possam superar as pessoas de outras idades na velocidade e flexibilidade de processamento de informações, os mais velhos possuem o conhecimento mais armazenado sobre o mundo, sugerindo que os adultos de meia-idade têm maior capacidade de permanecer atentos (FORTENBAUGH *et al.*, 2015). É possível que antes dos 40 anos, o médico esteja consolidando os princípios do profissionalismo.

Ao contrário dos estereótipos negativos generalizados de declínio da memória e da integridade cognitiva com a idade, outro estudo apontou que o bem-estar emocional pode aumentar com o envelhecimento normal (WILLIAMS *et al.*, 2006). À medida que se envelhece, a combinação de processamento neural, bem como o acúmulo de experiência de vida, fornece aos adultos mais velhos as ferramentas neurais para levar a vida com mais serenidade. A experiência de vida e a mudança dos objetivos motivacionais podem levar à plasticidade nos sistemas cerebrais pré-frontais mediais, para aumentar o controle seletivo sobre o equilíbrio das emoções negativas e positivas e, como consequência, melhorar o bem-estar emocional (WILLIAMS *et al.*, 2006). Dessa forma, o amadurecimento pessoal e neuronal e o acúmulo de experiências justificam o aumento do profissionalismo com a idade.

O local mais comum para a atuação de médicos com mestrado e/ou doutorado é a atividade docente, uma vez que as faculdades e universidades, de acordo com a legislação vigente, Decreto nº 9.235/2017 (BRASIL, 2017), devem ter um terço do seu corpo docente formado por mestres e doutores. Médicos que realizam o mestrado e/ou doutorado estão, muitas vezes, interessados em seguir uma carreira acadêmica como docente ou pesquisador. Após análise multivariada, apenas ter mestrado e doutorado continuaram sendo fator relacionado ao profissionalismo, independentemente do tipo da atividade relacionada ao ensino.

Formação *stricto sensu* exige um longo percurso e favorece o amadurecimento neural e pessoal. Desse modo, os indivíduos envolvidos nesse processo tendem a ser mais críticos e são motivados a reflexões constantes, que podem refletir em atitudes consistentes e coerentes com

a boa prática profissional e a atualização técnico-científica, possivelmente expressa através de maiores escores de profissionalismo (BORGES, 1994; WAISBERG; GOFFI, 2004).

6.3 Nível de profissionalismo entre estudantes de Medicina

Na análise comparativa dos estudantes, verificou-se que ser sexo feminino e estudar em instituição privada foram fatores associados a maiores escores de profissionalismo. Estar cursando o internato implicou em menores escores de profissionalismo.

Há estudos que afirmam que as mulheres, em todos os anos do curso, eram mais propensas a serem atenciosas (CRANDALL *et al.*, 2007; NATH; SCHMIDT; GUNEL, 2006). Moreto (2015), em estudo sobre a temática, encontrou maiores níveis de empatia em mulheres. Uma pesquisa sobre as percepções dos alunos sobre profissionalismo, em uma universidade da Malásia, relatou que as mulheres pontuaram mais em responsabilidade (GOVINDARAJA; RAMACHANDRAN; MIN, 2016; HAQUE *et al.*, 2016). As qualidades das mulheres são amplamente discutidas e atribuídas a sua aprendizagem social e adaptação aos modelos sociais, assim como suas implicações. Empatia, comportamento atencioso e responsabilidade são aspectos importantes implicados no conceito do profissionalismo (MORETO, 2015), o que pode explicar e justificar os maiores escores de profissionalismo encontrados nas estudantes do sexo feminino deste estudo.

O ambiente da instituição tem um papel crítico no desenvolvimento, na implementação e na avaliação de um currículo de profissionalismo de sucesso (BIRDEN *et al.*, 2013). As instituições privadas podem possuir organização institucional mais profissional, corpo docente submetido a maiores exigências profissionais, estrutura física adequada e maior acesso a equipamento e treinamento do corpo docente, devido às avaliações e vistorias do Ministério da Educação. Nas instituições privadas, a pesquisa e as publicações não são tão exigidas quanto nas públicas, dessa maneira o médico pode ter maior experiência profissional. Alunos têm mais interferência no papel do professor, pois um docente mal avaliado pela comunidade acadêmica, em função de atitudes não profissionais, pode ser advertido ou mesmo retirado do corpo docente, o que normalmente não acontece nas instituições públicas. Além disso, o dispêndio financeiro pode gerar maior responsabilidade e compromisso por parte do aluno. No entanto, cabe ressaltar que as instituições privadas representam dois terços da amostra de estudantes e a UNIFENAS foi a instituição de maior representatividade entre elas, o que pode configurar um

viés amostral e, dessa maneira, impossibilitar a afirmação de que instituições privadas apresentam maiores escores de profissionalismo, a despeito dos resultados encontrados.

Observou-se que os escores são decrescentes à medida em que se avança no curso, ou seja, alunos do 12º período apresentaram escores menores que alunos dos períodos anteriores. Isso também foi observado em outros estudos (GOVINDARAJA; RAMACHANDRAN; MIN, 2016; MORETO, 2015), que indicaram que os alunos tendem a mudar sua atitude em relação aos valores de profissionalismo ao longo do curso. Os alunos ingressam na faculdade de Medicina com idealismos, fantasias, ansiedades e expectativas altas (KIRK, 2007). Eles precisam ter experiência para adquirir competência profissional, mesmo diante de circunstâncias desafiadoras, como a diferença entre teoria e prática, as limitações do sistema de saúde, o atendimento a pacientes reais nos ambulatórios, a assistência a pacientes graves nos internatos e a proximidade da formatura. Todas essas situações confrontam suas expectativas idealizadas no ciclo básico.

A demonstração constante de competências profissionais na situação do mundo real vem com a experiência e os alunos dos últimos anos aprendem a desenvolvê-las, à medida que as praticam. A mudança na atitude dos alunos, com o passar dos anos, em direção ao distanciamento emocional e à diminuição da empatia foi relatada por alguns autores (HOJAT *et al.*, 2004; NEWTON *et al.*, 2008; REDDY *et al.*, 2007). A literatura revela que a empatia e o idealismo diminuem nos estudantes de Medicina, à medida que avançam em direção à conclusão do curso de graduação em Medicina. Descreve-se a “amnésia de socialização” e ocorre quando os alunos perdem empatia involuntariamente, com o tempo (HAFFERTY; FRANKS, 1994). Também pode ser que a Medicina baseada em evidências mantenha os médicos emocionalmente distantes dos pacientes e apoie essa atitude nos alunos (COULEHAN; WILLIAMS, 2001).

O declínio de atitude talvez se deva a ansiedade para realizar suas tarefas acadêmicas, sono insuficiente, dificuldades na comunicação com os pacientes e o estabelecimento de relações interpessoais no ambiente hospitalar (NEWTON *et al.*, 2008). Questiona-se uma maior autocrítica dos alunos na autoavaliação de seu escore ou perda/desgaste acerca das questões de profissionalismo à medida em que avançam e amadurecem no curso. Questiona-se, ainda, se esse decréscimo nos escores se trata de mudança do conceito de profissionalismo, em função da metacognição, fazendo com que o aluno ao final do curso tenha uma visão mais real e prática

do que é o profissionalismo e da sua forma de agir. Além disso, nos últimos períodos, o ensino de profissionalismo deixa seu aspecto formal curricular e é vivenciado sob a forma do currículo oculto (GOVINDARAJA; RAMACHANDRAN; MIN, 2016; JOHNSTON, 2006; LEACH, 2004).

As variáveis região de nascimento e onde estuda apresentaram p ajustado significativo, porém limítrofe, indicando que o profissionalismo pode ter variações em função do contexto sociocultural vivenciado. O Brasil tem grande extensão territorial, com influências étnicas e culturais variadas, que podem influenciar as atitudes avaliadas. Maiores escores foram observados na região Sudeste. Há teorias que descrevem aspectos culturais gerais, demonstrando que as culturas orientais tendem a ser mais conservadoras e hierárquicas e a valorizar relativamente a autoridade. Já os europeus tendem a ser intelectualmente autônomos, igualitários e harmoniosos, e os norte-americanos parecem ser afetivamente autônomos e valorizam o controle em maior extensão. Todos esses valores podem variar entre os países, dentro do mesmo país ou região (CHANDRATILAKE; MCALEER; GIBSON, 2012). Em relação ao presente estudo, é possível que esse efeito tenha sido causado por viés amostral, já que a maior parte da amostra estava concentrada em Belo Horizonte (42,4%) e em Minas Gerais (75,9%), sendo pouco representativa do país como um todo.

6.4 Limitações e vantagens

Uma das limitações desse estudo é inerente ao instrumento utilizado para a avaliação dos níveis de profissionalismo. Os instrumentos autoaplicáveis que avaliam atitude apresentam tendência a superestimar os escores, uma vez que os respondentes podem indicar a resposta que consideram socialmente aceitável e não revelando necessariamente a avaliação sincera de sua atitude, apresentando um viés cognitivo descrito como desejabilidade social (EDWARDS, 1957). O próprio sujeito da pesquisa pode determinar um fator de erro, quando apresenta o desejo de uma imagem socialmente aceitável ou uma tendência a concordar ou não com afirmações, independentemente do seu conteúdo. Há incapacidade de determinar em que medida as respostas refletem, com precisão, as experiências e expectativas dos entrevistados.

Para minimizar esses possíveis fatores de erro, os voluntários foram informados de que suas respostas eram confidenciais, utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa devidamente aprovada pelo Comitê de Ética e pesquisa da instituição. Essa garantia pode reduzir a tendência

de respostas socialmente desejáveis, mas pode não ser suficiente (HOJAT; VELOSKI; GONNELLA, 2009; MORETO, 2015) Ao utilizar um questionário, autoaplicado não foi analisado o comportamento real do respondente e sim sua atitude. Estudos observacionais podem fornecer melhores avaliações dos comportamentos relacionados ao profissionalismo, mas são, tecnicamente, mais difíceis de ser aplicados em um número grande de pessoas. Por outro lado, um grande número de participantes ajuda a diluir esse viés cognitivo. Embora existam vínculos entre atitudes e comportamentos, é preciso ter cautela, pois esse instrumento fornece um quadro instantâneo de atitudes em relação ao profissionalismo em um determinado momento. Não é possível identificar se os entrevistados realmente se comportam de maneira consistente com as atitudes relatadas.

Outra limitação do estudo é o viés amostral de resposta voluntária, que se refere à motivação do respondente em colaborar com a pesquisa. Os questionários certamente atingiram um público muito maior que o total de respondentes, no entanto os estudantes e médicos que participaram, provavelmente, tinham mais interesse no tema, mais interesse em colaborar com pesquisas e empatia com os pesquisadores. Além disso, como já observado, há uma grande representação de pessoas residentes em Belo Horizonte e em Minas Gerais, nas duas amostras, assim como grande representatividade de estudantes de Medicina do curso da UNIFENAS de Belo Horizonte, local de realização do estudo (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2010). Esses vieses podem ter influenciado principalmente na segunda etapa do estudo, todavia não há razões para acreditar que possam ter comprometido a fase de adaptação transcultural do instrumento.

A amostra concentrada em Minas Gerais não impediu a avaliação dos fatores relacionados, mas não permite que sejam realizadas generalizações acerca dos médicos brasileiros. Apesar da amostra satisfatória para validação e avaliação do profissionalismo, o estudo não contou com amostra representativa dos médicos e estudantes do país. No último estudo sobre demografia médica, publicado em 2020, o país possuía aproximadamente, 502.475 médicos e cerca de 30.000 estudantes concluíram o curso ao ano (CFM, 2020).

Apesar de haver diferenças estatisticamente significativas nos escores de profissionalismo, as diferenças em números absolutos são pequenas. Números muito baixos podem refletir níveis baixos de profissionalismo. No entanto, é preciso refletir até que ponto escores intermediários e baixos podem, de fato, caracterizar comportamentos menos profissionais (DAVIS; REYES, 2015). Por outro lado, apesar dos escores elevados, não foi possível identificar um efeito teto,

ou seja, apesar de elevados, ainda permitiram a identificação de diferenças. Nem todos os elementos do profissionalismo podem ser adequadamente avaliados através de um questionário autoadministrado, de modo que uma associação de abordagens pode ser mais indicada.

Apesar dessas limitações, as versões desenvolvidas com base no PSCOMPQ são ferramentas que podem ajudar a educação médica a avançar nos esforços para aprimorar o profissionalismo e, até onde se sabe, trata-se de estudo inédito no Brasil, tanto entre médicos, quanto entre estudantes de Medicina. Diferente de estudos anteriores, este foi realizado em múltiplas instituições, teve um bom número de participantes nas duas populações avaliadas, obteve a participação de vários estados da federação e as associações observadas apresentam alta significância. Mais estudos podem ser desenvolvidos no país a partir desses instrumentos, utilizando amostra mais representativa, a fim de se confirmarem esses resultados (AKHUND; SHAIKH; ALI, 2014; BLACKALL *et al.*, 2007; BUSTAMANTE; SANABRIA, 2014; GOVINDARAJA; RAMACHANDRAN; MIN, 2016; MANZOOR; BAIG; ALY, 2019).

7 PERSPECTIVAS

Considerando que o profissionalismo representa um conjunto de competências e habilidades que podem ser ensinadas e treinadas, deve-se considerar a possibilidade de realizar mais estudos que avaliem o ensino dessas habilidades e investiguem os níveis de profissionalismo entre médicos e estudantes de Medicina.

Além de instrumentos de avaliação, os questionários podem ser utilizados como ferramentas formativas, tanto para indicar o comportamento esperado, como para rastrear mudanças ao longo do tempo. Eles podem ser utilizados não apenas para avaliação da atitude pontual de determinada pessoa ou grupos de pessoas, mas também para avaliar mudanças de atitude antes e depois da introdução de intervenções. Também permitem fornecer *feedback* para instituições, programas de residência, especializações, professores, perfil de egressos, entre outros. O questionário pode ser útil na provocação de reflexão em intervalos de tempo e se prestar à avaliação longitudinal de uma pessoa ou grupo, uma vez que o preenchimento do questionário propriamente dito motiva a autocrítica acerca das atitudes de profissionalismo. A própria participação do respondente pode levar a uma ponderação sobre suas atitudes que não necessariamente se refletem em escores. O uso repetido do questionário pode auxiliar o estabelecimento de um “padrão de atitude” desejável que, conseqüentemente, pode gerar comportamento desejável.

Este estudo pode auxiliar no desenvolvimento de currículos em que o profissionalismo precisa ser inserido formalmente, além do currículo oculto, pois fornece instrumento validado no Brasil, a fim de compreender, de maneira mais abrangente, a profundidade e a amplitude das atitudes do profissionalismo médico, docente e discente. São necessários meios avaliativos para garantir que o ensino e a vivência do profissionalismo sejam bem integrados em contextos clínicos, com modelos positivos e bem avaliados.

Os questionários aqui adaptados não são definitivos, podem ser melhorados e impulsionar novos estudos, além de poderem ser associados a outras formas de avaliação e de ensino do profissionalismo. Outros questionários podem ser desenvolvidos a partir dessa discussão, a fim

de aprofundar o estudo do tema. Não é esperado que existam soluções fáceis para problemas e discussões complexas.

8 CONCLUSÃO

Foram desenvolvidas duas versões de instrumentos, com base na adaptação transcultural do PSCOMPQ, uma para estudantes de Medicina e outra para médicos. Os dois instrumentos apresentaram boa consistência interna e confiabilidade, apesar de não ser possível identificar domínios específicos, como indicado no instrumento original.

Os níveis de profissionalismo foram elevados nas duas populações avaliadas. Os médicos com mais de 40 anos e que possuíam mestrado ou doutorado apresentaram escores mais elevados de profissionalismo. Entre os estudantes de Medicina, ser do sexo feminino e estudar em instituição privada foram associados a escores mais elevados, enquanto os alunos dos últimos anos apresentaram escores mais baixos.

REFERÊNCIAS

- ABIM FOUNDATION; AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS-AMERICAN SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE; EUROPEAN FEDERATION OF INTERNAL MEDICINE. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. **Annals of Internal Medicine**, [S.l.], v. 136, n. 3, p. 243–246, 2002.
- AKHUND, S.; SHAIKH, Z. A.; ALI, S. A. Attitudes of Pakistani and Pakistani heritage medical students regarding professionalism at a medical college in Karachi, Pakistan. **BMC Research Notes**, [S.l.], v. 7, n. 1, 2014.
- AL-ERAKY, M. M. *et al.* Medical professionalism: Development and validation of the Arabian LAMPS. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 35, n. sup1, p. S56–S62, 2013.
- ALTIRKAWI, K. Teaching professionalism in medicine: what, why and how? **Sudanese Journal of Paediatrics**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 31–8, 2014.
- AMORE FILHO, E. D.; DIAS, R. B.; TOLEDO JR, A. C. de C. Ações para a Retomada do Ensino da Humanização nas Escolas de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 42, n. 4, p. 14–28, 2018.
- ANDRADE, R. A. **Profissionalismo Médico: Desenvolvimento de um instrumento de avaliação do médico residente**. 55f. Dissertação. (Mestrado em Ensino em Saúde) - Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde, Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2018.
- ARAMESH, K. *et al.* Measuring professionalism in residency training programs in Iran. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 31, n. 8, p. e356-61, 2009.
- ARNOLD, E. L. *et al.* Can professionalism be measured? The development of a scale for use in the medical environment. **Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges**, [S.l.], v. 73, n. 10, p. 1119–21, 1998.
- ARNOLD, L. Assessing professional behavior: Yesterday, today, and tomorrow. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 77, n. 6, p. 502–515, 2002.
- BEATON *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.
- BIRDEN, H. *et al.* Teaching professionalism in medical education: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 35, n. 7, p. e1252–e1266, 2013.
- BLACKALL, G. F. *et al.* Professionalism in medical education: The development and validation of a survey instrument to assess attitudes toward professionalism. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 29, n. 2–3, p. e58-62, 2007.
- BLANK, L. *et al.* Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter 15

Months Later. **Annals of Internal Medicine**, [S.l.], v. 138, n. 10, p. 839–841, 2003.

BLUE, A. V *et al.* Assessment of matriculating medical students' knowledge and attitudes towards professionalism. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 31, n. 10, p. 928–32, 2009.

BORGES, D. R. Considerações sobre a pós-graduação na área médica. **Revista Associação Médica Brasileira**, [S.l.], p. 271–5, 1994.

BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. Artigos Revisão Epidemiologia Explicada – Viéses. **Acta Urologica**, [S.l.], v. 3, p. 47–52, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara Superior. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 26 mar. 2021.

BRASIL. **Decreto 9.235, de 15 de dezembro de 2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9235.htm. Acesso em: 12 jan. 2021.

BUSTAMANTE, E.; SANABRIA, A. Spanish adaptation of The Penn State College of Medicine Scale to assess professionalism in medical students. **Biomedica**, [S.l.], v. 34, n. 2, p. 291–299, 2014.

BYSZEWSKI, A.; GILL, J. S.; LOCHNAN, H. Socialization to professionalism in medical schools: A Canadian experience. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 15, n. 1, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética do estudante de medicina**. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=23&edicao=4442#page/4>. Acesso em: 26 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil 2020**: Gestão em Saúde, Trabalho e Ensino Médico. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/pub/cfm/index10/?numero=23&edicao=5058>. Acesso em: 12 jan. 2021.

CHANDRATILAKE, M.; MCALEER, S.; GIBSON, J. Cultural similarities and differences in medical professionalism: A multi-region study. **Medical Education**, [S.l.], v. 46, n. 3, p. 257–266, 2012.

COHEN, J. J. Professionalism in medical education, an American perspective: From evidence to accountability. **Medical Education**, [S.l.], v. 40, p. 607–617, 2006.

COLARES, M. F. A. *et al.* Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 26, n. 3, p. 194–203, 2002.

COOKE, M. *et al.* Medical education: American Medical education 100 years after the

Flexner report. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 355, n. 13, p. 1339–1344, 2006.

CORRÊA, H. V.; CASTRO, A. E.; SCHUCH JÚNIOR, F. V. **O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes**. XIII SEMEAD - Seminários em Administração. Santa Maria, RS, 2010. Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/13semead/resultado/trabalhosPDF/612.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020.

COULEHAN, J.; WILLIAMS, P. C. Vanquishing virtue: The impact of medical education. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 76, n. 6, p. 598–605, 2001.

CRANDALL, S. J. S. *et al.* Medical students' attitudes toward underserved patients: A longitudinal comparison of problem-based and traditional medical curricula. **Advances in Health Sciences Education**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 71–86, 2007.

CROSSLEY, J.; VIVEKANANDA-SCHMIDT, P. The development and evaluation of a Professional Self Identity Questionnaire to measure evolving professional self-identity in health and social care students. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 31, n. 12, p. e603-7, 2009.

DAVIS, K.; REYES, A. Critical Synthesis Package: Penn State College of Medicine Professionalism Questionnaire. **MedEdPORTAL Publications**, [S.l.], n. 11, 2015.

DELISA, J. A. *et al.* Measuring professionalism in a psychiatry residency training program. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, [S.l.], v. 80, n. 3, p. 225–9, 2001.

EDWARDS, A. L. **The social desirability variable in personality assessment and resesarch**. New York: Dryden Press, 1957.

FALEIROS, F. *et al.* Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. **Texto e Contexto Enfermagem**, [S.l.], v. 25, n. 4, 2016.

FORTENBAUGH, F. C. *et al.* Sustained attention across the life span in a sample of 10,000: Dissociating ability and strategy. **Psychological Science**, [S.l.], v. 26, n. 9, p. 1497–1510, 2015.

GENERAL MEDICAL CONCIL. **Tomorrow's doctors: Regulation doctors ensuring good medical pratice**. 2003. Disponível em: <https://www.educacionmedica.net/pdf/documentos/bmodelos/tomorrowdoc.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2021.

GOLDIE, J. Assessment of professionalism: A consolidation of current thinking. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 35, n. 2, p. e952–e956, 2013.

GOVINDARAJA, C.; RAMACHANDRAN, G.; MIN, A. K. K. The Ecology of Medical Professionalism: Perceived and Emulated, What matters? **MedEdPublish**, [S.l.], v. 5, n. 3, 2016.

GREENWOOD, P. M. Functional Plasticity in Cognitive Aging: Review and Hypothesis. **Neuropsychology**, [S.l.], v. 21, n. 6, p. 657–673, 2007.

HAFFERTY, F. W.; FRANKS, R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 69, n. 11, p. 861–871, 1994.

HAMPSON, M. *et al.* Intrinsic Brain Connectivity Related to Age in Young and Middle Aged Adults. **PLoS ONE**, [S.l.], v. 7, n. 9, 2012.

HAQUE, M. *et al.* Professionalism perspectives among medical students of a novel medical graduate school in Malaysia. **Advances in Medical Education and Practice**, [S.l.], v. 7, p. 407–422, 2016.

HARTSHORNE, J. K.; GERMINE, L. T. When Does Cognitive Functioning Peak? The Asynchronous Rise and Fall of Different Cognitive Abilities Across the Life Span. **Psychological Science**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 433–443, 18 abr. 2015.

HILTON, S.; SOUTHGATE, L. Professionalism in medical education. **Teaching and Teacher Education**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 265–279, 2007.

HODGES, B. D. *et al.* Assessment of professionalism: Recommendations from the Ottawa 2010 Conference. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 33, n. 5, p. 354–363, 2011.

HOJAT, M. *et al.* An empirical study of decline in empathy in medical school. **Medical Education**, [S.l.], v. 38, n. 9, p. 934–941, 2004.

HOJAT, M.; VELOSKI, J. J.; GONNELLA, J. S. Measurement and Correlates of Physicians' Lifelong Learning. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 84, n. 8, p. 1066–1074, 2009.

JIANG, S. *et al.* Initial knowledge of medical professionalism among Chinese medical students. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 32, n. 12, p. 961–970, 2010.

JOHNSTON, S. See one, do one, teach one: Developing professionalism across the generations. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, [S.l.], v. 449, n. 449, p. 186–192, 2006.

KAUFMAN, A. S. WAIS-III IQs, Horn's theory, and generational changes from young adulthood to old age. **Intelligence**, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 131–167, 2001.

KIRK, L. M. Professionalism in Medicine: Definitions and Considerations for Teaching. **Baylor University Medical Center Proceedings**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 13–16, 2007.

KLEMENC-KETIS, Z.; VRECKO, H. Development and validation of a professionalism assessment scale for medical students. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 5, p. 205–11, 2014.

LEACH, D. C. Professionalism: The formation of physicians. **American Journal of Bioethics**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 11–12, 2004.

LI, H. *et al.* Assessing medical professionalism: A systematic review of instruments and their measurement properties. **PLoS ONE**, [S.l.], v. 12, n. 5, p. 1–28, 2017.

MANZOOR, A.; BAIG, L. A.; ALY, S. M. Attitudes of faculty and residents of surgical

specialties towards professionalism at a tertiary care hospital of Islamabad. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 371, 2019.

SILVA, J. M. Medical education and professionalism. **Acta medica portuguesa**, [S.l.], v. 26, n. 4, p. 420–7, 2013.

MIRANDA, S. M. *et al.* Construção de uma escala para avaliar estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 33, n. supl. 1, p. 104–110, 2009.

MORETO, G. **Avaliação da empatia de estudantes de Medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos**. 107 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MORETO, G. *et al.* O Profissionalismo e a formação médica de excelência: Desafios encontrados na academia e na prática clínica. **Medicina Familiar**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 183–189, 2018.

MUELLER, P. S. Teaching and Assessing Professionalism in Medical Learners and Practicing Physicians. **Rambam Maimonides Medical Journal**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. e0011, 2015.

NATH, C.; SCHMIDT, R.; GUNEL, E. Perceptions of Professionalism Vary Most with Educational Rank and Age. **Journal of Dental Education**, [S.l.], v. 70, n. 8, p. 825–834, 2006.

NEWTON, B. W. *et al.* Is There Hardening of the Heart During Medical School? **Academic Medicine**, [S.l.], v. 83, n. 3, p. 244–249, 2008.

NHAN, V. T. *et al.* Cross-Cultural Construct Validity Study of Professionalism of Vietnamese Medical Students. **Teaching and Learning in Medicine**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 72–80, 2014.

PAGLIOSA, L. F.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PAPADAKIS, M. A. *et al.* Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 353, n. 25, p. 2673–2682, 2005.

REDDY, S. T. *et al.* Third-Year Medical Students' Participation in and Perceptions of Unprofessional Behaviors. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 82, n. Suppl, p. S35–S39, 2007.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA. 2020. Disponível em: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about/history-canmeds-e>. Acesso em: 24 jun. 2020.

SÁ JR, L. S. M. **Conselho Federal de Medicina: uma introdução à medicina - Volume I - O médico**. Brasília: CFM, 2013.

SANG, N. M. *et al.* Validity and reliability of the Vietnamese Physician Professional Values

Scale. **Global Public Health**, [S.l.], v. 10, n. Suppl 1, p. S131-48, 2015.

SANTOS, R. A.; NUNES, M. DO P. T. Medical education in Brazil. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 41, n. 10, p. 1106–1111, 2019.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 268–274, 2011.

SWING, S. R. The ACGME outcome project: Retrospective and prospective. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 29, n. 7, p. 648–654, 2007.

SYMONS, A. B. *et al.* A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 1, 2009.

TIM, W. J.; WINNIE, W. B.; DOUG, K. L. A Blueprint to Assess Professionalism: Results of a Systematic Review. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 84, n. 5, p. 551–58, 2009.

TSAI, T. C. *et al.* Students' perception on medical professionalism: the psychometric perspective. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 29, n. 2–3, p. 128–34, 2007.

VELOSKI, J. J. *et al.* Measuring professionalism: A review of studies with instruments reported in the literature between 1982 and 2002. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 80, n. 4, p. 366–370, 2005.

WAISBERG, J.; GOFFI, F. S. Avaliação dos Egressos de Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Cirurgia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 16–20, 2004.

WILLIAMS, L. M. *et al.* The mellow years?: Neural basis of improving emotional stability over age. **Journal of Neuroscience**, [S.l.], v. 26, n. 24, p. 6422–6430, 2006.

WITTICH, C. M. *et al.* Validation of a method for measuring medical students' critical reflections on professionalism in gross anatomy. **Anatomical Sciences Education**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 232–238, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano, conforme descrito 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 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

1. Identificação do voluntário CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome _____

RG _____ - Órgão expedidor: _____ - Data nascimento: |__|__|__|__|__|__|

Celular (____) _____ - E-mail: _____

2. Dados sobre a pesquisa. Título do Projeto: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DO *PENN STATE COLLEGE OF MEDICINE PROFESSIONALIM QUESTIONNAIRE*

b. Instituição: Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – UNIFENAS-BH.

c. Projeto: unicêntrico

d. Instituição coparticipante: FAMINAS.

e. Patrocinador: nenhum.

f. Professor orientador: Prof. Antonio Carlos de Castro Toledo Júnior

Pesquisador responsável: Professor orientador

3. Objetivo da pesquisa

O objetivo geral desse projeto é a realização da adaptação transcultural do PSCOMPQ e sua validação psicométrica, para avaliar o profissionalismo em estudantes de Medicina, professores médicos de cursos de Medicina, médicos residentes e médicos generalistas ou especialistas.

4. Justificativa

O profissionalismo pode ser considerado uma competência baseada em um conjunto de conhecimentos e habilidades que precisa ser formalmente ensinado ao longo do curso. Não é confiável acreditar que o estudante de Medicina aprenderá profissionalismo por meio, exclusivamente, do professor ou preceptor como “modelo”. Dentro dessa linha, há, também, necessidade de medir/avaliar o profissionalismo, não apenas como forma de medir o ensino, mas também de avaliar a preparação do estudante para o exercício profissional. Dessa forma, a pesquisa de profissionalismo médico mostra-se relevante para a literatura.

5. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados

Na fase da adaptação transcultural, 30-40 voluntários responderão a um questionário de 36 questões. Cada questão apresenta cinco alternativas, que variam de “nunca” (1) a “sempre” (5). Para cada questão, o voluntário deverá registrar sua percepção. Na fase da validação psicométrica, 400 voluntários responderão a um questionário de 36 questões, cada questão apresenta cinco alternativas, que variam de “nunca” (1) a “sempre” (5).

6. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa

Risco Mínimo Risco Baixo Risco Médio Risco Alto

A participação do voluntário, neste estudo, não implica em nenhum risco físico, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo. Pode haver algum constrangimento relacionado à participação por si só. Todo esforço será feito para manutenção do sigilo da identidade dos voluntários e de suas informações. O TCLE será arquivado em espaço fisicamente separado do espaço onde serão arquivados os questionários. Todas as informações relativas aos voluntários serão identificadas apenas pelo número de registro e somente a equipe de pesquisadores terá acesso às informações e aos bancos de dados.

7. Descrição dos benefícios da pesquisa

Sua participação não trará nenhum benefício direto para você, mas a adaptação transcultural e a validação do PSCOMPQ em estudantes de Medicina, professores de Medicina e médicos ajudará o desenvolvimento de novos estudos que podem aprimorar as estratégias de ensino da Medicina e conhecimento sobre profissionalismo médico

8. Despesas, compensações e indenizações

Nenhum dos voluntários receberá pagamento ou benefício pessoal por sua participação no projeto. As avaliações serão aplicadas em dias de aula habitual ou através de questionários on-line,. Logo, sua participação também não implicará em nenhuma despesa adicional.

9. Direito de confidencialidade

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

Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.

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 do seu estudo 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:

Prof. Orientador: Antonio Carlos de Castro Toledo Jr - Mestranda: Michelle Reis de Lucena

Tel. (31) 2536-5678 - E-mail: antonio.toledo@unifenas.br

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 abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS

Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG

Tel.: (35) 3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

14. Consentimento

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 e 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, para 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.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2020

Assinatura do voluntário que quer participar da pesquisa

Nome pesquisador: Michelle Reis de Lucena

Assinatura pesquisador

APÊNDICE 2 - Quadro resumo com todas as versões realizadas

Original	T12	RT1	RT2	Ajuste pós-RT12	Pós-comitê - final médico	Final estudante
1. Upholds scientific standards and bases decisions on scientific evidence and experience.	Respeita as normas científicas e baseia suas decisões em evidências e experiências científicas.	Respects scientific standards and bases one's decisions on evidence and scientific experiments.	Respects the scientific norms and bases decisions on scientific evidence and experiences.	Respeita as normas científicas e baseia suas decisões em evidências e experiências científicas.	Baseio minhas condutas em evidências científicas.	Respeito as decisões do preceptor e de outros médicos da equipe, incluindo o médico residente.
2. Maintains patient/physician relationships that do not exploit personal financial gain, privacy, or sexual advantages.	Não usa a relação médico paciente para ganhos financeiros pessoais ou vantagens sexuais e nem explorar a privacidade.	Does not use the doctor-patient relationship for personal financial gain, sexual favors nor privacy invasion.	Does not use the doctor patient relationship for personal financial gains or sexual advantages and does not exploit privacy.	Não usa a relação médico paciente para ganhos financeiros pessoais ou vantagens sexuais e nem explorar a privacidade.	Recuso-me a usar a relação médico paciente para obter vantagens pessoais, sexuais e/ou financeiras de meus pacientes ou seus acompanhantes.	Recuso-me a usar a relação estudante paciente para obter vantagens pessoais, sexuais e/ou financeiras de meus pacientes ou seus acompanhantes.
3. Takes time to review other colleagues' work and provides meaningful and constructive comments to improve it.	Gasta tempo revisando o trabalho de outros colegas e fornece comentários significativos e construtivos para melhorá-lo.	Spends time reviewing colleague's activity and offers helpful and constructive comments in order to improve it.	Spends time reviewing the work of other colleagues and provides significant and constructive comments to improve it.	Gasta tempo revisando o trabalho de outros colegas e fornece comentários significativos e construtivos para melhorá-lo.	Estou disponível para auxiliar meus colegas em seu trabalho e forneço comentários significativos e construtivos.	Estou disponível para auxiliar meus colegas em seu estudo ou trabalho e forneço comentários significativos e construtivos.
4. Seeks self improvement.	Busca o autoaperfeiçoamento.	Seeks self-improvement.	Searches for self-improvement.	Busca o autoaperfeiçoamento.	Busco o autoaperfeiçoamento.	Busco o autoaperfeiçoamento.
5. Reports data consistently, accurately and honestly.	Apresenta dados de forma consistente, precisa e honesta.	Presents data in a consistent, precise and honest manner.	Presents data consistently, precisely and honestly.	Apresenta dados e informações de forma consistente, precisa e honesta.	Apresento informações de forma consistente, precisa e honesta.	Apresento informações de forma consistente, precisa e honesta.
6. Avoids offensive speech that offers unkind comments and unfair criticisms to others.	Evita falar com os outros de forma ofensiva, comentários indelicados e críticas não construtivas.	Avoids speaking to others in an offensive manner, rude comments and negative criticism.	Avoids talking with others offensively, making impolite comments or non-constructive criticisms.	Evita fazer comentários ofensivos, indelicados e críticas não construtivas.	Evito fazer comentários ofensivos, indelicados e críticas injustas.	Evito fazer comentários ofensivos, indelicados e críticas injustas.
7. Shows a willingness to initiate and offer assistance toward a colleague's professional and personal development.	Demonstra boa vontade em auxiliar colegas no desenvolvimento pessoal e profissional.	Has a good attitude in helping colleagues in their personal and professional development.	Demonstrates willingness to help colleagues in their personal and professional development	Tem disponibilidade em auxiliar colegas no desenvolvimento pessoal e profissional.	Tenho disponibilidade em auxiliar colegas no seu desenvolvimento pessoal e profissional.	Tenho disponibilidade em auxiliar colegas no desenvolvimento pessoal e acadêmico.

8. Promotes the welfare and development of junior faculty.	Promove o bem-estar e o desenvolvimento do professor iniciante.	Fosters the well-being and development of new professors.	Promotes the well-being and development of the novice teacher.	Promove o bem-estar e o desenvolvimento do professor iniciante.	Promovo o bem-estar e o desenvolvimento do colega iniciante.	Promovo o bem-estar e o desenvolvimento dos colegas de turmas mais novas que a minha.
9. Refusal to violate one's personal and professional code of conduct.	Recusa-se a violar o seu código de conduta pessoal e profissional.	Refuses to violate one's personal and profession code of conduct.	Refuses to infringe the personal and professional code of conduct.	Recusa-se a violar o seu código de conduta pessoal e profissional.	Recuso-me a violar meus valores pessoais e o código de ética médico.	Recuso-me a violar meus valores pessoais e o código de ética do estudante de Medicina.
10. Appreciates and respects the diverse nature of research subjects and/or patients, and honors these differences in one's work with them.	Reconhece e respeita a natureza diversa dos temas de pesquisa e/ou pacientes e honra estas diferenças no seu trabalho com eles.	Recognizes and respects the diverse nature of research themes and/or patients and honors these differences in one's interaction with them.	Recognizes and respects the diverse nature of the subjects of research and/or patients and honors these differences in the work with them.	Valoriza e respeita a natureza diversa dos temas de pesquisa e/ou pacientes e age de acordo com estas diferenças no seu trabalho com eles.	Valorizo e respeito a natureza diversa do paciente ou do sujeito de pesquisa e respeito essas diferenças no meu trabalho com eles.	Valorizo e respeito a natureza diversa do paciente ou do sujeito de pesquisa e respeito essas diferenças no meu trabalho com eles.
11. Attends faculty meetings, seminars, and student research presentations as a reflection of support.	Participa de reuniões, seminários e apresentações de pesquisas de alunos, como forma de apoio.	Participates in students' meetings, seminars and research presentations as a form of support.	Participates in meetings, seminars and students research presentations, as a form of support.	Participa de reuniões, seminários e apresentações de pesquisas de alunos, como forma de apoio.	Apoio alunos, residentes e/ou colegas participando de reuniões científicas, seminários e apresentações de pesquisas.	Apoio meus colegas participando de reuniões científicas, seminários e apresentações de pesquisas.
12. Works collaboratively and respectfully within a team to the benefit of improved patient care or to the contribution of research.	Trabalha em equipe de forma colaborativa e respeitosa, para melhorar a assistência ao paciente e contribuir com a pesquisa.	Works as part of a team in a collaborative and respectful manner in order to improve patient care and contribute to Research.	Works in a team collaboratively and respectfully in order to improve the patient care and to contribute to the research.	Trabalha em equipe de forma colaborativa e respeitosa, para melhorar a assistência ao paciente e contribuir com a pesquisa.	Trabalho em equipe de forma colaborativa e respeitosa, para melhorar o atendimento ao paciente e/ou a pesquisa.	Trabalho em equipe de forma colaborativa e respeitosa, para melhorar o atendimento ao paciente e/ou contribuir com a pesquisa.
13. Participates in corrective action processes toward those who fail to meet professional standards of conduct.	Participa de intervenções corretivas direcionadas a pessoas que não atingiram os padrões de conduta profissional.	Participates in corrective interventions directed at persons who have not reached the standards of professional conduct.	Participates in corrective interventions directed at people who do not reach the standards of professional conduct.	Participa de intervenções corretivas direcionadas a pessoas que não atingiram os padrões de conduta profissional.	Participo de intervenções corretivas direcionadas a pessoas que não cumprem os padrões de conduta profissional.	Participo de intervenções corretivas direcionadas aos colegas que não cumprem os padrões de conduta ética dos estudantes.
14. Does not seek to advance one's career at the expense of another's career.	Não procura avançar em sua carreira às custas da carreira do outro.	Seeks to advance one's own career at the cost of another's.	Does not seek career advancement at the expense of another's career.	Não procura avançar em sua carreira às custas da carreira do outro.	Recuso-me a explorar o trabalho dos outros para avançar na carreira ou obter benefícios.	Recuso-me a explorar o trabalho de meus colegas para avançar na carreira ou obter benefícios.

15. Volunteers one's skills and expertise for the welfare of the community.	Oferece voluntariamente seus habilidades e conhecimentos para o bem-estar da comunidade.	Freely offers one's skills and knowledge for the benefit of the community.	Voluntarily offers skills and knowledge for the well-being of the community.	Oferece voluntariamente suas habilidades e conhecimentos para o bem-estar da comunidade.	Participo de atividades voluntárias na comunidade em que vivo.	Participo de atividades voluntárias na comunidade em que vivo.
16. Meets commitments and obligations in a conscientious manner.	Cumpro seus compromissos e obrigações com responsabilidade.	Fulfills one's commitments and obligations with responsibility.	Fulfills commitments and obligations responsibly.	Cumpro seus compromissos e obrigações com responsabilidade.	Cumpro meus compromissos e obrigações com responsabilidade.	Cumpro meus compromissos e obrigações com responsabilidade.
17. Respects the rights, individuality, and diversity of thought of colleagues and students.	Respeita os direitos, a individualidade e a diversidade de pensamentos de colegas e estudantes.	Respects the right to, the distinctiveness and diversity of colleagues' and students' thoughts.	Respects the rights, the individuality and the diversity of thoughts of colleagues and students.	Respeita os direitos, a individualidade e a diversidade de pensamentos de colegas e estudantes.	Respeito os direitos, a individualidade e a diversidade de pensamentos de colegas e estudantes.	17. Respeito os direitos, a individualidade e a diversidade de pensamentos de colegas de curso e de estudantes de outros cursos.
18. Meaningfully contributes to the teaching mission of the department and the College of Medicine.	Contribui significativamente para a missão de ensino do departamento e da Faculdade de Medicina.	Significantly contributes to the teaching mission of the department and of the Medical School.	Contributes significantly to the teaching mission of the department and the Faculty of Medicine.	Contribui significativamente para a missão de ensino do departamento e da Faculdade de Medicina.	Busco contribuir significativamente para o ensino e formação de estudantes de Medicina e/ou residentes nos locais onde trabalho (cursos de Medicina ou serviços assistenciais).	Dedico atenção ao atendimento ao paciente, evitando distrações com aparelhos eletrônicos, telefone celular e conversas alheias à atividade.
19. Shows compassion.	Demonstra compaixão.	Shows compassion.	Demonstrates compassion.	Demonstra compaixão.	Demonstro compaixão com o paciente e seus acompanhantes.	Demonstro compaixão com o paciente e seus acompanhantes.
20. Demonstrates adaptability in responding to changing needs and priorities.	Demonstra capacidade de adaptação para responder a mudanças das necessidades e prioridades.	Demonstrates the ability to adapt in order to respond to changes in demands and priorities.	Demonstrates capability of adaptation in order to respond to changes of the needs and priorities.	Demonstra capacidade de adaptação para responder a mudanças das necessidades e prioridades.	Demonstro capacidade de adaptação para responder a mudanças de necessidades e prioridades.	Resguardo do sigilo do paciente, inclusive em trocas de mensagens por meio de dispositivos eletrônicos, como telefones celulares e tablets.
21. Promotes justice in the health-care delivery system by demonstrating efforts to eliminate discrimination in health care.	Promove a justiça no cuidado à saúde por meio de esforços para eliminar a discriminação no sistema de saúde.	Promotes social justice in healthcare by undertaking to eliminate discrimination in the healthcare system.	Promotes justice in health care by means of efforts to eliminate discrimination in the health system.	Promove a justiça no cuidado à saúde ao demonstrar esforços para eliminar a discriminação no sistema de saúde.	Promovo a justiça no sistema de saúde combatendo a discriminação.	Promovo a justiça no sistema de saúde combatendo a discriminação.

22. Respects patient autonomy and helps them make informed decisions.	Respeita a autonomia do paciente e o ajuda a tomar decisões baseadas em informações.	Respects the patient's autonomy and helps him/her to make decisions based on facts and findings.	Respects the autonomy of the patient and helps with decision-making based on information.	Respeita a autonomia do paciente e o ajuda a tomar decisões baseadas em informações.	Respeito a autonomia do paciente e procuro tomar decisões compartilhadas.	Realizo procedimentos médicos em ambientes sem supervisão.
23. Assumes leadership in patient management.	Assume a liderança no cuidado ao paciente.	Takes the lead in patient care.	Assumes leadership in patient care.	Assume a liderança no cuidado ao paciente.	Coordeno o cuidado ao paciente perante os demais profissionais de saúde.	Recuso-me a receber qualquer tipo de remuneração por minhas atividades acadêmicas, exceto as relacionadas a bolsas de pesquisa, monitoria ou de estágio.
24. Recognize one's own limitations.	Reconhece suas próprias limitações.	Recognizes one's own limitations.	Recognizes own limitations.	Reconhece suas próprias limitações.	Reconheço minhas próprias limitações.	Reconheço minhas próprias limitações.
25. Assumes personal responsibility for decisions regarding patient care.	Assume responsabilidade pessoal por decisões relacionadas ao cuidado ao paciente.	Takes personal responsibility for decisions related to patient care.	Assumes personal responsibility for decisions related to patient care.	Assume responsabilidade pessoal por decisões relacionadas ao cuidado ao paciente.	Assumo responsabilidade pessoal por decisões relacionadas ao cuidado ao paciente.	Assumo responsabilidade compartilhada com médico supervisor e outros médicos da equipe, incluindo o médico residente, por decisões relacionadas ao cuidado ao paciente.
26. Participates in activities aimed at attaining excellence in patient care.	Participa de atividades com objetivo de alcançar excelência no cuidado ao paciente.	Participates in activities with the objective of attaining excellence in patient care.	Participates in activities with the objective of achieving excellence in patient care.	Participa de atividades com objetivo de alcançar excelência no cuidado ao paciente.	Participo de atividades com objetivo de alcançar excelência no cuidado ao paciente.	Participo de atividades extracurriculares com objetivo de alcançar excelência em minha formação e no cuidado paciente.
27. Reports medical or research errors.	Relata erros médicos ou de pesquisa.	Reports medical or research errors.	Reports medical or research errors.	Relata erros médicos ou de pesquisa	Relato erros médicos ou de pesquisa.	Relaciono-me de maneira respeitosa com acadêmicos e profissionais de outras áreas de saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros.

28. Acts in ways that show a commitment to confidentiality.	Age de modo a demonstrar compromisso com a confidencialidade.	Acts in a manner that demonstrates a commitment to confidentiality.	Acts in a manner that demonstrates commitment to confidentiality.	Age de modo a demonstrar compromisso com a confidencialidade.	Atuo de modo a demonstrar compromisso com a confidencialidade, privacidade, intimidade e pudor de pacientes e/ou sujeitos de pesquisa.	Atuo de modo a demonstrar compromisso com a confidencialidade, privacidade, intimidade e pudor de pacientes e sujeitos de pesquisa.
29. Adopts uniform and equitable standards for patient care.	Adota padrões uniformes e equitativos no cuidado ao paciente.	Uses consistent and reasonable standards in patient care.	Adopts uniform and equitable standards in patient care.	Adota padrões uniformes e justos no cuidado ao paciente Age de modo a demonstrar compromisso com a confidencialidade.	Adoto padrões de conduta uniformes e justos no cuidado ao paciente.	Adoto padrões de conduta uniformes e justos no cuidado ao paciente, seus acompanhantes e/ou no relacionamento com os colegas.
30. Demonstrates empathy.	Demonstra empatia.	Shows empathy.	Demonstrates empathy.	Demonstra empatia.	Demonstro empatia com o paciente e seus acompanhantes.	Demonstro empatia com o paciente e seus acompanhantes.
31. Advocates a patient's or research subject's interest over one's own interest.	Defende o interesse do paciente ou do sujeito de pesquisa, acima de seus próprios interesses.	Defends the patient's or research subject's interest above your own interests.	Defends the interests of the patient or the research subject above own interests.	Defende o interesse do paciente ou do sujeito de pesquisa, acima de seus próprios interesses.	Defendo o interesse do paciente e/ou do sujeito de pesquisa, acima de meus próprios interesses.	Defendo o interesse do paciente ou do sujeito de pesquisa, acima de meus próprios interesses.
32. Discloses conflicts of interest in the course of professional duties and activities.	Comunica conflitos de interesse no exercício de suas atividades e deveres profissionais.	Communicates any conflicts of interest in your professional practice and duties.	Communicates conflicts of interest in the exercise of professional activities and duties.	Comunica conflitos de interesse no exercício de suas atividades e deveres profissionais.	Comunico conflitos de interesse no exercício de minhas atividades e deveres profissionais.	Comunico conflitos de interesse no exercício de minhas atividades e deveres acadêmicos.
33. Is professionally attired in a manner that is respectful of others.	Veste-se de maneira profissional e respeitosa para com os outros.	Dresses in a manner that is professional and respectful to others.	Dresses professionally and respectful of others.	Veste-se profissionalmente, para ser respeitoso com os outros.	Uso trajes adequados ao ambiente de trabalho, com objetivo de ser respeitoso com os outros.	Uso trajes adequados ao ambiente de trabalho (faculdade e unidades de saúde), com objetivo de ser respeitoso com os outros.
34. Responds to constructive criticism by working to improve one's capability in the area criticized.	Responde à crítica construtiva, trabalhando para melhorar sua habilidade na área criticada.	Responds to constructive criticism by working towards improvement in the cited area.	Responds to constructive criticism by working to improve ability in the criticized area.	Reage à crítica construtiva, buscando melhorar sua habilidade na área criticada.	Reajo à crítica construtiva, buscando melhorar minha habilidade na área criticada.	Reajo à crítica construtiva, buscando melhorar minha habilidade na área criticada.

35. Commits to implement cost-effective patient care.	Compromete-se a implantar cuidado custo-efetivo ao paciente.	Is committed to establishing cost-effective patient care.	Promises to implement cost-effective care to the patient.	Compromete-se a implantar cuidado custo-efetivo ao paciente.	Preocupo-me com o custo-efetividade no cuidado ao paciente.	Denuncio qualquer forma de assédio moral ou relação abusiva de poder entre membros da equipe, como estudantes, médicos residentes, preceptores e outros profissionais de saúde.
36. Represents information and actions in a truthful way.	Apresenta informações e ações de maneira verdadeira.	Presents information and conduct in a truthful manner.	Presents information and actions truthfully.	Apresenta informações e ações de maneira verdadeira.	Apresento informações verdadeiras e atuo de maneira honesta.	Apresento informações verdadeiras e atuo de maneira honesta.
---	---	---	---	---	Sou pontual em meus compromissos profissionais.*	Sou pontual em meus compromissos acadêmicos.*

*Itens não constam da versão original do artigo, foram acrescentados pelo Comitê de Revisão.

ANEXOS

**ANEXO 1 - PENN STATE COLLEGE OF MEDICINE PROFESSIONALISM
QUESTIONNAIRE**

INSTRUCTIONS

Column #1 Carefully read each item statement, keeping in mind how it fits into YOUR definition of professionalism and how important it is to that definition.

Column #2 Circle the response that best reflects the extent to which you consider each statement in your definition of professionalism.

Use the scale: Never - Little - Some - Much - Great Deal.

Sample: Rate your favorite food

Item Group	Extent you would consider this good food <i>Circle your response</i>				
Broccoli	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Potatoes	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Hot dogs	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Bread	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Chocolate	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Carrots	Never	Little	Some	Much	Great Deal

Item Group #1	Extent to which the statement reflects your definition <i>Circle your response</i>				
Upholds scientific standards and bases decisions on scientific evidence and experience	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Maintains patient/physician relationships that do not exploit personal financial gain, privacy, or sexual advantages	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Takes time to review other colleagues' work and provides meaningful and constructive comments to improve it	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Seeks self improvement	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Reports data consistently, accurately and honestly	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Avoids offensive speech that offers unkind comments and unfair criticisms to others	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Item Group #2	Extent to which the statement reflects your definition <i>Circle your response</i>				
Shows a willingness to initiate and offer assistance toward a colleague's professional and personal development	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Promotes the welfare and development of junior faculty	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Refusal to violate one's personal and professional code of conduct	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Appreciates and respects the diverse nature of research subjects and/or patients, and honors these differences in one's work with them	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Attends faculty meetings, seminars, and student research presentations as a reflection of support	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Works collaboratively and respectfully within a team to the benefit of improved patient care or to the contribution of research	Never	Little	Some	Much	Great Deal

Item Group #3	Extent to which the statement reflects your definition <i>Circle your response</i>				
Participates in corrective action processes toward those who fail to meet professional standards of conduct	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Does not seek to advance one's career at the expense of another's career	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Volunteers one's skills and expertise for the welfare of the community	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Meets commitments and obligations in a conscientious manner	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Respects the rights, individuality, and diversity of thought of colleagues and students	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Meaningfully contributes to the teaching mission of the department and the College of Medicine	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Item Group #4	Extent to which the statement reflects your definition <i>Circle your response</i>				
Shows compassion	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Demonstrates adaptability in responding to changing needs and priorities	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Promotes justice in the health-care delivery system by demonstrating efforts to eliminate discrimination in health care	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Respects patient autonomy and helps them make informed decisions	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Assumes leadership in patient management	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Recognizes one's own limitations	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Item Group #5	Extent to which the statement reflects your definition <i>Circle your response</i>				
Assumes personal responsibility for decisions regarding patient care	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Participates in activities aimed at attaining excellence in patient care	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Reports medical or research errors	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Acts in ways that show a commitment to confidentiality	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Adopts uniform and equitable standards for patient care	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Demonstrates empathy	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Item Group #6	Extent to which the statement reflects your definition <i>Circle your response</i>				
Advocates a patient's or research subject's interest over one's own interest	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Discloses conflicts of interest in the course of professional duties and activities	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Is professionally attired in a manner that is respectful of others	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Responds to constructive criticism by working to improve one's capability in the area criticized	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Commits to implement cost-effective patient care	Never	Little	Some	Much	Great Deal
Represents information and actions in a truthful way	Never	Little	Some	Much	Great Deal

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DO PENN STATE COLLEGE OF MEDICINE PROFESSIONALIM QUESTIONNAIRE

Pesquisador: Antonio Carlos de Castro Toledo Junior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19224519.8.0000.5143

Instituição Proponente: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.544.742

Apresentação do Projeto:

Adequado.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Enviar os questionários traduzidos (pré-teste e final) antes de se realizar as Fases V e VI do projeto para validação pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada digno de nota.

Considerações Finais a critério do CEP:

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: 3.544.742

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1412289.pdf	17/08/2019 10:10:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoprofissionalismo.pdf	16/08/2019 17:47:31	MICHELLE REIS DE LUCENA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	16/08/2019 17:45:16	MICHELLE REIS DE LUCENA	Aceito
Outros	anexo.pdf	16/08/2019 17:45:00	MICHELLE REIS DE LUCENA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaofaminas.pdf	16/08/2019 17:38:25	MICHELLE REIS DE LUCENA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaounifenas.pdf	16/08/2019 17:38:08	MICHELLE REIS DE LUCENA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_michelle.pdf	14/08/2019 11:29:30	Antonio Carlos de Castro Toledo Junior	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 30 de Agosto de 2019

**Assinado por:
MARCELO REIS DA COSTA
(Coordenador(a))**

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