



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MAGDA MOURA DE ALMEIDA PORTO

CONSTRUÇÃO DE UMA MATRIZ DE COMPETÊNCIAS PARA
PROFISSIONALISMO MÉDICO NO BRASIL

BUILDING A MEDICAL PROFESSIONALISM FRAMEWORK IN BRAZIL

CAMPINAS

2018

MAGDA MOURA DE ALMEIDA PORTO

CONSTRUÇÃO DE UMA MATRIZ DE COMPETÊNCIAS PARA
PROFISSIONALISMO MÉDICO NO BRASIL

BUILDING A MEDICAL PROFESSIONALISM FRAMEWORK IN BRAZIL

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Ciências na Área de Ensino em Saúde.

e

Thesis presented to the Faculty of Medical Sciences of the University of Campinas in fulfillment of the requirements for the degree of Doctor, in the area of Sciences/Health Education.

ORIENTADORA: ELIANA MARTORANO AMARAL

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA MAGDA MOURA DE ALMEIDA PORTO, E ORIENTADA PELA
PROFA. DRA. ELIANA MARTORANO AMARAL

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 2036/2010

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4806-2345>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

P838c Porto, Magda Moura de Almeida, 1979-
Construção de uma matriz de competências para profissionalismo médico no Brasil / Magda Moura de Almeida Porto. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Eliana Martorano Amaral.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Profissionalismo. 2. Competência profissional. 3. Educação médica. I. Amaral, Eliana Martorano, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Building a framework of medical professionalism competencies in Brazil

Palavras-chave em inglês:

Professionalism

Professional competence

Medical education

Área de concentração: Ensino em Saúde

Titulação: Doutora em Ciências

Banca examinadora:

Eliana Amaral Martorano

Valdes Roberto Bolella

Luís Fernando Farah de Tófoli

Jacqueline Costa Teixeira Caramori

Gastão Wagner de Sousa Campos

Data de defesa: 21-09-2018

Programa de Pós-Graduação: Clínica Médica

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

MAGDA MOURA DE ALMEIDA PORTO

ORIENTADOR: ELIANA MARTORANO AMARAL

MEMBROS:

- 1. PROFA. DRA. ELIANA MARTORANO AMARAL**
 - 2. PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS**
 - 3. PROF. DR. VALDES ROBERTO BOLELLA**
 - 4. PROF. DR. LUIS FERNANDO FARAH DE TÓFOLI**
 - 5. PROFA. DRA. JACQUELINE COSTA TEIXEIRA CARAMORI**
-

Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: DATA DA DEFESA [21/09/2018]

DEDICATÓRIA

Ao meu marido e meus filhos Lucas, Aimê e Dante que suportaram minhas ausências.

Aos meus pais, que mesmo com muito sacrifício, compartilharam muito carinho e apoio para que eu pudesse chegar até esta etapa da minha vida profissional.

A todos os pacientes sob nossa responsabilidade, espero que esse trabalho possa contribuir na construção de um sistema de saúde mais justo e equânime.

AGRADECIMENTOS

À professora Eliana Amaral pela confiança depositada quando aceitou me guiar neste projeto, pelas suas inúmeras orientações, correções em madrugadas, fins-de-semana e feriados. Pelo cuidado e apoio nas intercorrências no meio do percurso, duas mudanças de cidade, uma gravidez, três concursos públicos, uma mudança de local de trabalho e duas nomeações de representação institucional. Gratidão pela compreensão com as falhas e pelo incentivo para sempre me superar. Obrigada pelas oportunidades nos projetos que nos estimulam, e desafiam a pensar que é possível oferecer uma educação médica de excelência. E principalmente por ser modelo de docência, me mostrando que existem professores que cuidam e se preocupam com seus alunos.

À UNICAMP e seus professores, por me mostrarem caminhos e possibilidades que eu ainda não conhecia na pesquisa e na docência e, principalmente, talvez o mais importante, por me acolherem tão bem no período em que moramos em Campinas. Em especial, meus sinceros agradecimentos aos professores Angélica Zeferino, Gastão Wagner e Nelson Filice com que pude ampliar e aprimorar meu repertório referente à Educação Médica, Saúde Coletiva e Ciências Sociais.

À Tânia Alencar, Sílvia Setúbal e Ivana César por toda a amizade e carinho com que cuidaram da minha saúde física e mental no primeiro ano do doutorado.

À comunidade FAIMER, em especial à Simone Regina, Valéria Coberlini, Adriane Batiston e Leonardo Targa que me acolheram em suas cidades e me indicaram pessoas sem as quais não teria conseguido realizar os grupos focais nas várias regiões do país.

À Luzia Simons, minha tia querida, que financiou a maior parte das viagens e diárias para a realização da coleta de dados. Vielen Danke!

Ao GT de Ensino da Sociedade Brasileira de Medicina de Família pela participação na etapa e-Delphi do estudo.

Ao Hotel Corujinha e sua equipe que ajudaram a cuidar de Dante e Aimê nas horas em que precisava estudar e escrever, Rui estava de plantão e não tinha qualquer outro suporte que pudesse ficar com as crianças. Obrigado por terem viabilizado esse espaço de apoio às mães.

À Juliana de Paula que ofereceu suporte presencial e à distância nesta minha primeira incursão na pesquisa qualitativa. Obrigada por ser me parceira de leitura flutuante, de categorização, de organização das ideias (ou desorganização). Gratidão pelas indicações de outros profissionais para tradução e revisão, e sobretudo pelo apoio no compartilhamento de angústias.

Ao professor Luís Fernando Tófoli por ser amigo e mestre, e disponibilizar seu tempo e suas gentis contribuições quando da qualificação, além de aceitar o novo convite para a defesa da tese, diante de tantas atividades que possui.

E por fim, aos alunos e pacientes que são o grande motor propulsor dessa tese.

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar como profissionalismo médico é redefinido pelas crenças, valores e cultura da população brasileira. **MÉTODOS:** Inicialmente foi realizada revisão narrativa com os termos “*medical professionalism*”, “profissionalismo médico”, “profissionalismo ou profissões em saúde”, “profissionalismo e educação médica”, a partir de publicações dos anos de 1997 a 2017, utilizando as bases de dados do *Pubmed*, *Education Resources Information Center* (ERIC) e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Posteriormente, foram coletados dados originais a partir da triangulação de métodos quantitativos e qualitativos, em duas fases. A primeira fase utilizou do método e-Delphi para obter opinião de especialistas em ensino na saúde. Os convidados que aceitaram participar responderam três questionários (Q1 a Q3) eletrônicos. Q1 solicitou aos participantes que indicassem seis características ou comportamentos importantes em um bom profissional médico. Q2 solicitou a validação da lista destes atributos a partir de atributos identificados por mais de 50% dos experts na fase prévia. Q3 ordenou os dez itens mais importantes do Q2. Em todos os questionários, os painelistas possuíam espaço para emitir suas considerações. A segunda fase coletou a percepção de usuários do Sistema Único de Saúde e profissionais de saúde de diferentes regiões através de Grupos Focais (GF). GF de pacientes e profissionais da saúde ocorreram em cinco municípios brasileiros. Foi realizada análise de conteúdo após transcrição. Os dados dos GF foram comparados às categorias extraídas pelo consenso do e-Delphi. **RESULTADOS:** A revisão bibliográfica identificou vasta literatura originária de países europeus ou da América do Norte, mas poucos estudos em outras regiões. Apesar da ausência de consenso, a maior parte das publicações inclui domínios como cuidados com o paciente, habilidades interpessoais e de comunicação, desenvolvimento pessoal e profissional. O Q1 foi respondido por 92 painelistas do e-Delphi e 59% finalizaram as três etapas. O sexo feminino foi a maioria (55%) dos respondentes, e médicos e médicas representavam a principal categoria de painelistas (48% e 38%, respectivamente). As competências foram categorizadas em seis domínios: “habilidades de comunicação e colaboração”, “compromisso com o desempenho técnico”, “compromisso com a ética”, “competência cultural”, “prática reflexiva e autoconhecimento”, “responsabilidade social”. Houve maior número de competências dentro do domínio de comunicação e colaboração. Os GF de usuários e profissionais agregaram comportamentos tais, como “aceitação e valorização dos acompanhantes”, “uso adequado das tecnologias de informação e comunicação”, “disponibilidade para dirimir às perguntas e dúvidas de pacientes e acompanhantes”, “identificar os determinantes sociais da saúde”. **CONCLUSÕES:** A abordagem do tema na cultura brasileira com várias perspectivas, permitiu observar que existem diferentes valorizações de acordo com o grupo avaliado. Contudo, foi

unânime a importância das atitudes e das habilidades de comunicação no cotidiano da prática médica, sugerindo que estes atributos precisam ser melhor enfatizados dentro da formação dos recursos humanos para a saúde.

Palavras-chaves: Profissionalismo. Competência Profissional. Educação Médica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate how medical professionalism is redefined by beliefs, values and culture of the Brazilian population. **METHODS:** Initially, a review was carried out in the literature with terms “medical professionalism”, “profissionalismo medico”, “profissionalismo ou profissões em saúde”, “profissionalismo e educação médica” from publications ranging from 1997 to 2017, accessing databases PubMed, Education Resources Information Center (ERIC) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). Original data were collected in a two-staged mixed methods research for the construction of a Brazilian framework of medical professionalism competencies. The first stage used the e-Delphi method to obtain health education expert opinion. The second stage collected the perception of Unified Health System users and health professionals from different regions through Focal Groups (FG). Guests who accepted to participate in e-Delphi answered three questionnaires (Q1 to Q3). Q1 asked participants to indicate six important characteristics or behaviors of a good medical professional. Q2 requested the validation of the list of these attributes from attributes identified by more than 50% of the experts in the previous stage (Q1). Q3 selected and sorted the ten most important Q2 items. In all the questionnaires, panelists were allowed to express their views on the categorizations and textual composition of competencies. The FG of patients and health professionals occurred in five municipalities of different sizes, each in a region of Brazil, which were recorded and are under content analysis after transcription. FG data were compared to the categories extracted by e-Delphi consensus. **RESULTS:** The narrative bibliographic review identified a vast literature originating in European and North American countries, but few studies in other regions. Despite the lack of consensus, most publications include domains such as patient care, interpersonal and communication skills, personal and professional development. Ninety-two e-Delphi panelists answered the Q1 and 59% completed the three stages. Female respondents prevailed (55%) and male and female physicians were the main category of panelists (48% and 38%, respectively) Competencies were categorized into six domains, in descending order: “communication and collaboration skills”, “commitment to technical performance”, “commitment to ethics” “cultural competence”, “reflective practice and self-knowledge” and “social responsibility”. The number of communication and collaboration skills cited was higher than others were. The FGs of patients and health team professionals added other skills and behaviors such as “acceptance and appreciation of the companions”, “appropriate use of information and communication technologies”, “availability to answer questions and clarify issues of patients and companions”, “identifies social health determinants”. **CONCLUSIONS:** The approach of this topic for the Brazilian culture under

various perspectives allowed to observe different concepts according to the group evaluated. However, the importance of attitudes and communication skills in medical practice was unanimous, suggesting that these attributes need to be better emphasized within the training of human resources for health.

Keywords: Professionalism. Professional Competence. Medical Education.

[LISTA DE ILUSTRAÇÕES]

Figura 1.	Detalhamento das fases do e-Delphi.....	34
Artigo 2 – Figura 1.	Fluxograma das fases do painel e-Delphi para a construção da matriz de profissionalismo médico no Brasil.....	85
Artigo 2 - Figure 1.	Flowchart of e-Delphi panel phases for the construction of the matrix of medical professionalism in Brazil.....	103
Artigo 4 - Figura 1.	Síntese da composição da competência de trabalho em equipe de saúde para a matriz de profissionalismo médico no Brasil.....	160
Figura 2.	Livreto ilustrado com as principais competências de profissionalismo médico no Brasil.....	168
Figura 3.	Modelos de ambiência que facilitam a interação médico-paciente.....	175

[LISTA DE TABELAS E QUADROS]

Quadro 1.	Procedimento para a seleção dos painelistas do estudo.....	32
Tabela 1.	Características sociodemográficas dos municípios selecionados para realização dos Grupos Focais.....	36
Artigo 1 - Tabela 2.	Description of the Brazilian articles that deal with medical professionalism.....	49
Artigo 1 - Tabela 3.	Books that deal with professional identity in medicine in Brazil.....	54
Artigo 1 - Tabela 1.	Description of professional competences in medicine in different countries.	72
Artigo 2 - Tabela 1.	Características dos 91 participantes no estudo e-Delphi sobre competências de profissionalismo médico no Brasil, 2014-2015.....	85
Artigo 2 - Tabela 2.	Ordenação das Competências de Profissionalismo, resultados Etapa 3.....	88
Artigo 2 - Tabela 1.	Characteristics of the 91 participants in the e-Delphi study on competencies of medical professionalism in Brazil, 2014-2015.....	104
Artigo 2 - Tabela 2.	Ordering of Professionalism Competencies, Step 3 results.	105
Artigo 3 - Tabela 1.	Características sociodemográficas dos 93 participantes dos grupos focais sobre competências de profissionalismo médico no Brasil, 2015-2016.....	127
Artigo 3 - Quadro 1.	Elementos que compõe a competência de demonstrar atenção para com o paciente, acompanhantes e familiares, segundo os grupos focais de usuários do SUS e profissionais da saúde.....	133
Artigo 3 - Quadro 2.	Elementos que compõe a competência de compromisso com o paciente, com o serviço de saúde e com a profissão, segundo os grupos focais de pacientes e profissionais da saúde.....	136
Artigo 4 - Tabela 1.	Competências de Profissionalismo médico relacionadas ao trabalho em equipe, resultados da Etapa 3 painel e-Delphi.....	151

Quadro 2. Quadro síntese das competências de profissionalismo médico no Brasil do painel E-Delphi modificadas pelas sugestões dos Grupos Focais.....	165
Quadro 3. Matriz de competências de profissionalismo médico no Brasil.....	167
Quadro 4. Comparação entre das habilidades de comunicação Calgary–Cambridge e os comportamentos de profissionalismo no Brasil, segundo os grupos focais de profissionais da saúde e usuários do SUS.....	172

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS	28
2.1. Objetivo Geral	28
2.2. Objetivos Específicos.....	28
3. METODOLOGIA.....	29
3.1. Revisão bibliográfica sobre profissionalismo médico.....	29
3.2. Estudo original para consenso sobre profissionalismo no Brasil	29
3.2.1. E-Delphi	29
3.2.2 Seleção de Sujeitos e Tamanho Amostral.....	31
3.2.3 A perspectiva dos pacientes e da equipe de trabalho - Grupos Focais.....	35
4. RESULTADOS	41
4.1 Artigo 1	42
4.2. Artigo 2	77
4.3. Artigo 3	120
4.4. Artigo 4.....	144
4.5 Análise das competências de profissionalismo médico no Brasil	165
4.6 Livreto para uso público.....	168
5.DIUSSÃO DA TESE.....	169
5.1 Atuação médica à brasileira: o profissionalismo à luz da academia e da sociedade civil	169
5.2 A comunicação adequada como elemento essencial do profissionalismo médico	170
5.3 A formação, a inserção no mercado de trabalho e o status da profissão	175
.....	182
5.4 O profissionalismo e o trabalho em equipe	182
5.5 O desenvolvimento e aprimoramento do profissionalismo médico no Brasil	184
Conclusões.....	189
Referências	190
Anexos	206
Anexo 1 – Parecer consubstanciado CEP página 01 de 05.....	206
Anexo 2- Termo de consentimento livre e esclarecido – painel e-Delphi.....	211
Anexo 3- Termo de consentimento livre e esclarecido – Grupos Focais.....	215
Apêndice 1 - Roteiro de Entrevista Grupo Focal.....	217

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2018, o Brasil já contava com 317 escolas médicas autorizadas, e a oferta de 32.201 vagas novas ao ano, num crescimento exponencial a partir dos anos 2000¹. Enquanto as escolas mais antigas tem buscado renovar seus currículos², os cursos de medicina surgidos após 2001 já teriam sido iniciados sob a recomendação de adoção de metodologias centradas no estudante, com inserção precoce na comunidade e ênfase na Atenção Primária, em atenção ao perfil proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Graduação em Medicina³⁻⁵. A mudança para o paradigma da integralidade, que tende a aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades de saúde da população tem ocorrido de modo heterogêneo^{6,7}. Esse movimento de transformação não foi acompanhado de avaliações que pudessem comprovar se estamos formando profissionais médicos adequados às necessidades de saúde da população brasileira.

A incorporação de novas tecnologias trouxe inúmeros avanços no campo do diagnóstico e tratamento de doenças, mas ampliou proporcionalmente a complexidade e a incerteza das decisões médicas e aumentou a possibilidade de interesses políticos e econômicos nos cuidados de saúde. A saúde passou a ser entendida também como um bem de consumo e não como um direito, com atuação de grupos privados de seguro saúde e conflitos de interesses com a indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. O sistema organizado antes em uma lógica liberal, onde predominava a taxa de serviço (*fee-for-service*), foi sendo transformada em um sistema corporativo cada vez mais concentrado e globalizados. A incorporação do Brasil nesse cenário precisa ser considerada nas análises sobre as mudanças nas práticas profissionais contemporâneas^{8,9}.

A bioética, incorporada a prática médica há apenas 50 anos, foi fruto da necessidade de discussão sobre as implicações éticas advindas do progresso tecnológico e científico. O inclusão e respeito à perspectiva do paciente no cuidado em saúde são bastante recentes e a participação ativa nas deliberações sobre a sua saúde tem modificado a relação assistencial médico-paciente nas últimas décadas. Mas os tradicionais referenciais da ética hipocrática não foram suficientes para impedir abusos cometidos em nome da ciência^{8,10-17}.

Vários autores têm questionado os limites das normas e princípios que regulam a prática médica na promoção do bom relacionamento médico-paciente. Eles defendem que, para o exercício pleno da medicina, há de se incorporar valores, virtudes, atitudes e comportamentos^{8,10-17}. Nesse sentido, não parece suficiente avaliar a prática médica considerando apenas as normas deontológicas vigentes¹⁴.

“Vejo traços de heroicidade em quem fica ao lado de agonizante, segurando-lhe a mão e substituindo o familiar ausente ou inexistente; quem ultrapassa o horário e perde parte do descanso a que tem direito, em quem desperta para atender uma chamada noturna, em quem opera fora de hora, reanima sem esquema burocrático, atende sem pressa, ouve com empatia, informa com delicadeza, conforta com solidariedade. Este é como tão acertadamente afirmou João Lobo Antunes, o “currículo invisível” dos médicos, o que não consta em nenhum documento nem serve para nenhum concurso, mas distingue, dignifica e exalta esta singular profissão que é a nossa.” (Osswald citado por ¹⁴)

A Medicina como profissão e o conceito de profissionalismo

Na definição sociológica, a medicina possui um status especial na divisão do trabalho, apoiado pela crença pública de que ela é digna de tal status, passando de ocupação a profissão. Contudo, até a Idade Média, ela não poderia ser considerada sequer um grupo único e organizado. A sua fundamentação sistemática só ganharia corpo com o desenvolvimento da Física e da Química, e o seu posto de “ocupação de consulta” só é firmado no século XIX com a criação das universidades, onde o título de “médico” passa a distinguir esse profissional dos demais curandeiros¹⁷⁻¹⁹. A certificação pelas universidades foi suficiente para criar a confiança pública nos serviços médicos^{14,18}.

O entendimento sobre a apropriação e a sistematização do conhecimento médico pelas universidades é importante na construção da organização política e autonomia profissional da Medicina como ela é vista hoje^{14,17,19}.

O controle da Medicina sobre o seu próprio trabalho acontece antes da legitimação social dos seus serviços. A exclusividade do conhecimento e das competências para a realização de determinadas tarefas determinam tensões permanentes, nas quais as profissões disputam privilégios junto ao Estado, reivindicando autonomia e monopólio sobre o seu campo de sua atuação^{12,14,17-19}. A autonomia da medicina é, portanto, fruto direto da sua relação com a organização estatal, que ajudou na sua criação e apoia sua permanência como profissão.

A medicina, que era até pouco tempo somente uma das várias formas de cura e alívio de sofrimento da humanidade, tornou-se quase hegemônica quando foi legitimada pela sociedade, através do convencimento acerca de seus benefícios e vantagens sobre os outros métodos de cura¹⁷. O médico recebe a demanda prática de resolver os problemas que os pacientes lhes trazem. Diferente das profissões acadêmicas, científicas ou eruditas nas quais o questionamento trazido é sobre a veracidade ou não de fatos, o paciente procura o médico esperando que ele “faça algo” para aliviar sintomas e sofrimento^{14,17}.

Todavia, para sua existência, não é necessário apenas a apropriação de um campo teórico e técnico de conhecimentos e o monopólio sobre a prática. Como uma “*profissão de consulta*”, além do convencimento do Estado, os médicos precisam convencer também a população de que são necessários, pois a *práxis* médica depende diretamente do sujeito, geralmente leigo. Se as profissões eruditas, como o clérigo e o acadêmico, podem sobreviver a partir de interesses particulares e econômicos específicos, as profissões de consultas só conseguem manter seu status através da interseção com os interesses do Estado, das associações profissionais e da sociedade leiga⁸.

Ainda, as mudanças nos saberes e na constituição das práticas médicas acompanham as transformações na compreensão do processo saúde-doença em um dado período histórico, a disponibilidade de recursos tecnológicos para responder às demandas e necessidades de saúde, e as diferentes formulações de organização dos sistemas de atenção à saúde²⁰.

Deste modo, os médicos são continuamente induzidos a redefinir, estabelecer, manter ou renovar as atividades que realizam, assim como, as relações que possuem com os outros profissionais e com a sociedade^{17-19,21,22}.

O profissionalismo como indicador de qualidade

Pacientes e serviços de saúde esperam que médicos sejam bem formados e que isso garanta que serão bons profissionais. Mas há que se diferenciar a situação de possuir um diploma de nível superior em medicina e ser médico¹⁴. O diploma certifica a competência para o exercício da profissão, mas é o grau de compromisso, ou a promessa de que essas competências serão usadas a favor dos pacientes que identificam o médico no exercício da sua profissão. Isso demanda um grau implícito de dedicação; há uma expectativa da sociedade de que o médico exerça seu ofício em qualquer dia e em qualquer lugar, mesmo que não esteja em serviço ou se apresente distante do seu local de trabalho, principalmente se a situação em questão se apresentar como uma urgência ou emergência^{10,14}. Esse compromisso implícito seria o contrato social, que embasa o relacionamento da medicina com a sociedade, e extrapola os códigos de ética e deontológicos^{10,11,15,23-30}.

Cruess e Cruess¹⁰ defendem que o profissionalismo seria melhor descrito em termos de contrato social, fundamentado nas perspectivas filosóficas e na ciência política. Freidson¹⁷, por sua vez, defende que o profissionalismo é *“um conjunto de atitudes em relação ao trabalho”*. Le Bourtef³¹ argumenta que, para agir com profissionalismo, um profissional combina e mobiliza os recursos pessoais e os recursos do meio, pois é praticamente impossível ser competente sozinho e de forma isolada. Agir com profissionalismo é ser capaz de conduzir práticas profissionais pertinentes, em relação às exigências de um posto de trabalho ou de uma missão a cumprir.

Os autores concordam que a sociedade concedeu a autonomia para a prática da medicina através de recompensas financeiras e não financeiras, exemplificadas pelo monopólio sobre o uso de sua base de conhecimento e o privilégio da autorregulação (dos próprios pares sobre si mesmo). Em contrapartida, espera-se que os médicos coloquem o interesse dos pacientes acima dos seus próprios, utilizem a

autorregulação para assegurar a excelência da competência profissional, abordem questões de interesse social e sejam dedicados ao bem da coletividade^{10,12,14,32-34}.

Embora o conceito de profissionalismo médico seja amplamente debatido, não há definições claras e atuais sobre o que seria um bom profissional médico. Um dos pontos convergente é que o profissionalismo é uma competência essencial que não depende exclusivamente do domínio cognitivo³⁵⁻⁴². A divergência do debate é se o profissionalismo seria apenas um domínio de competência, ou seja, uma das grandes áreas de competência distinguíveis que, a partir do seu conjunto, constituiriam o quadro descritivo geral para a profissão; ou se podemos considerar o profissionalismo em si, como o descritor abrangente da qualidade da prática médica em ato^{23,42-44}.

Na língua portuguesa, o termo competência é um substantivo que possui vários significados com a mesma grafia, entre eles: capacidade que um indivíduo possui de expressar um juízo de valor sobre algo a respeito de que é versado; soma de conhecimentos ou de habilidades, e indivíduo de grande autoridade num ramo do saber ou do fazer. No inglês, as palavras *competency* e *competence* são diferentes em sua definição e ênfase⁴⁵. *Competence* é usada para descrever a capacidade geral de uma pessoa, enquanto a *competency* é usada para descrever a capacidade de uma pessoa em executar uma tarefa específica. De fato, o termo “*competências humanas ou profissionais*” tem sido utilizado por autores da área de educação e saúde, mas possui suas origens nas ciências administrativas e se refere às “*combinações sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes, expressas pelo desempenho profissional dentro de determinado contexto organizacional*”⁴⁶. Percebe-se distanciamento de autores e pesquisadores de educação médica com as origens da gestão por competências nas áreas administrativas. Autores desse último setor sugerem a adoção de alguns cuidados metodológicos para a descrição de competências profissionais que nem sempre são observados em marcos regulatórios da educação ou da saúde^{4,5}.

As DCN de 2001 indicavam que o médico precisaria ser formado com competências em seis domínios: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Alguns desses domínios são similares aos cinco domínios de competências de profissionalismo identificados em uma revisão sistemática: adesão aos princípios éticos da prática;

interações efetivas com os pacientes e com as pessoas que são importantes para os pacientes; interações efetivas com outras pessoas que trabalham no sistema de saúde; confiabilidade e compromisso com o aperfeiçoamento de competências em si mesmo⁴². O grande diferencial entre as duas abordagens é que os itens do segundo grupo podem ser facilmente observáveis e, portanto, avaliados, diferente da proposta das DCN que tem critérios com interpretação abstrata, dificultando a identificação de padrões formativos e avaliativos.

Os autores defendem que é através da ação que o profissional competente se revela³¹. Esta proposição vai ao encontro de outros autores que defendem que a competências indiquem exatamente aquilo que o profissional deve ser capaz de fazer. Os autores orientam que o comportamento seja descrito utilizando-se verbos que expressem comportamentos observáveis no trabalho, como analisar, organizar, examinar, comunicar, avaliar, estabelecer, propor e elaborar e um objeto de ação como: *“identifica sinais de risco”* e desaconselham o uso de verbos como saber, conhecer, apreciar, acreditar, pensar e internalizar⁴⁶. Na atualização das DCN, no ano de 2014, buscou-se corrigir a fragilidade da versão 2001, quando se detalhou os desempenhos e seus respectivos descritores. Ex: *“cuidado máximo com a segurança, privacidade e conforto da pessoa sob seus cuidados”*⁴.

Uma vertente defende que a competência de profissionalismo inclui somente dimensões, vinculadas às responsabilidades éticas e morais: o altruísmo, a responsabilidade, a excelência, o dever, a honra, a integridade, e o respeito pelos outros^{37,47,48}. Assim, em um primeiro momento, poder-se-ia imaginar que o profissionalismo seria algo inato, dependente do caráter da pessoa, e seria, portanto, imutável, impossível de ser ensinado ou aprendido. Contudo, embora haja diferença nas expectativas dos médicos e da sociedade devido à diversidade cultural, certos valores centrais são universalmente aceitos. Ao ingressar na profissão médica, a pessoa está aceitando um pacto que inclui valores compartilhados por aquela comunidade, em troca de ser habilitado para exercer a profissão. Assim, o sujeito não deve se sentir livre para escolher as obrigações que deve seguir para se tornar um médico.

Há alguns anos, a literatura defende que os objetivos educacionais dos currículos de medicina devem garantir que os alunos compreendam a base cognitiva

do profissionalismo, internalizem o sistema de valores da profissão médica e demonstrem os comportamentos esperados profissionais pertinentes^{32,44,49,50}. Atualmente discute-se a formação de uma identidade profissional, reconhecendo que fatores internos e externos, como gênero, cultura, família e amigos possuem influência, fazendo com que valores pessoais e profissionais sejam integrados e aplicados, independentemente da carreira escolhida. Autores que defendem a teoria construtivista do desenvolvimento apontam que não se espera que uma identidade profissional esteja totalmente desenvolvida até meados dos trinta anos de idade²⁶

“A identidade de um médico é uma representação de si mesmo, alcançada em etapas ao longo do tempo, durante as quais características, valores e normas da profissão médica são internalizadas, resultando em um modo individual de pensar, agir e sentir-se um médico.” (Cruess et al., 2014. Pág 1447)

Por outro lado, Wear e Castellani³⁸ defendem que o desenvolvimento de competências referentes ao profissionalismo não pode ser deixado ao acaso, para que os alunos se automodelem, nem que se conceba que seja assimilado naturalmente. Argumentam que deve ser promovido pelo envolvimento dos estudantes com conteúdo e experiências. Os autores comparam o desenvolvimento do profissionalismo com o raciocínio clínico, que deve ser construído e desenvolvido sobre determinados conhecimentos, métodos e habilidades.

Identidade profissional e profissionalismo não são sinônimos, todavia se aproximam quando os objetivos educacionais da formação são direcionados para o desenvolvimento da identidade profissional. Para isto, a identidade deve ser claramente delineada a partir de um ideal socialmente negociado do "bom médico", ou seja, do que se entende e espera dentro do contrato com a sociedade^{25,26,32,51}.

Veloski et al.⁴⁰ avaliaram os elementos utilizados para desenvolver instrumentos relacionados a “aferição” de profissionalismo em cento e trinta e quatro estudos publicados entre 1982 e 2002. Os autores se depararam com duas perspectivas distintas: aquela que considerava o profissionalismo como um aspecto

da excelência médica, relacionada a ética, tomada de decisão ética, raciocínio moral e humanismo; e a outra que compreendia o profissionalismo como um construto abrangente, que incluía um conjunto de competências, e deste modo envolviam conhecimentos, habilidades clínicas e habilidades de comunicação. Devido a grande heterogeneidade de conceitos encontrada, a conclusão do estudo foi de que poucos instrumentos atendiam aos mínimos critérios de validade do conteúdo, confiabilidade e praticidade que poderiam apoiar o seu uso para a tomada de decisões acadêmicas⁴⁰.

Estudo americano conduzido por Green, Zick e Makoul⁵² demonstraram que pacientes, médicos e enfermeiros têm percepções distintas sobre a importância de comportamentos que inferem ser o profissionalismo médico. Nove entre trinta comportamentos considerados importantes para pelo menos 75% dos pacientes não tiveram o mesmo grau de importância para os médicos, incluindo manter o paciente e / ou familiares informados, e comunicar-se com outros profissionais de saúde para coordenar os cuidados.

A elaboração de competências de profissionalismo em países orientais tem amplificado essa discussão. Países asiáticos⁵³⁻⁵⁶ e árabes^{30,55,57}, em trabalhos recentes de construção de matrizes, enfatizam o fato de o profissionalismo médico ser um construto social. Como tal, constituem uma mistura de acordos morais implícitos demonstrados em comportamentos explícitos, e, ainda que compartilhem valores universais, esperam-se diferentes expectativas sobre a medicina em países ocidentais e orientais. O que é considerado profissional vindo de um médico norte-americano ou europeu pode não ser percebido do mesmo modo por pacientes e sociedade no contexto asiático ou árabe. Os chineses, por exemplo, incorporam nos seus atributos de profissionalismo profundas influências culturais do Confucionismo, como o “*Ren ai*”, no qual todos devem ser tratados igualmente⁵³.

É mister observar que os atributos de profissionalismo variam conforme a cultura e o contexto, mas também entre as pessoas de uma mesma comunidade. Na matriz de profissionalismo construída por treze setores da sociedade chinesa, os participantes acrescentaram quatro categorias a uma matriz pré-formatada: trabalho em equipe, autogestão, promoção da saúde e considerações econômicas. Apenas os

voluntários do hospital e os médicos residentes incluíram o gerenciamento das suas próprias necessidades de saúde ou estresse emocional, como um dos itens relevantes. Somente especialistas em saúde pública priorizaram a promoção da saúde. Os pacientes simulados foram os únicos a mencionar as "considerações econômicas" como uma das características importante para o profissionalismo médico⁵³.

Em diferentes sistemas de educação médica, o profissionalismo procura ser explicitado, abordando-o como um resultado, apesar da ausência de consenso sobre os elementos que o compõe. Nossa hipótese para esse estudo parte do entendimento que o profissionalismo se trata de um conjunto abrangente de competências em relação ao trabalho, intimamente atrelado a um sistema de valores, crenças e comportamentos. A construção de uma matriz de competências ocorre no intuito de propor uma representação organizada e estruturada de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes importantes inter-relacionadas. Além disso, a utilização de comportamentos observáveis em vez de atributos permite que se possam criar instrumentos de avaliação confiáveis para a aferição de profissionalismo, como discutiremos a seguir. Entendemos que assim poderemos tornar o profissionalismo médico algo mais tangível para os profissionais da saúde, gestores e para os próprios pacientes.

Como avaliar profissionalismo médico?

Stern e Papadakis(2006) referem que a maioria dos profissionais está continuamente aprendendo a ser “melhor profissional”. No entanto, essa perspectiva possui como alicerce uma base desenvolvida na escola médica, nos estágios iniciais da pós-graduação e incluem três ações básicas para o ensino do profissionalismo: cenários bem definidos de expectativas sobre comportamentos e atitudes, diversidade de experiências proporcionadas e a avaliação dos resultados. No sistema de avaliação de resultados para profissionalismo, os professores devem avaliar os alunos para determinar se as lições foram aprendidas e para motivá-los a aprender o que é importante. A ausência de métodos sistemáticos e embasados para aferir profissionalismo deixa os estudantes liberados para consultar suas próprias regras

morais sobre o que constitui um comportamento profissional. Para avaliação de profissionalismo, destacam entrevistas antes da entrada na escola médica, as avaliações do corpo docente, dos pares, dos pacientes e avaliação de perspectiva múltipla, ou 360°.

Wilkinson, Wade e Knock⁴² em revisão sistemática sobre métodos e instrumentos de avaliação de profissionalismo elaboraram uma matriz (*blueprint*) associando as competências/atributos a serem analisados e os instrumentos/métodos existentes. A avaliação de 360°, também chamada de *feedback* de múltiplas fontes (*multisource feedback* – MSF), com coleta sistemática de dados e *feedback* sobre o desempenho de um indivíduo a partir de um número de colaboradores, permite uma visão da atuação daquele indivíduo sob várias perspectivas, incluindo as pessoas que estão no mesmo nível organizacional, aquelas que estão acima e aquelas que estão abaixo. Em serviços de saúde, os colegas médicos, os parceiros de trabalho não médicos e os pacientes são convidados a responder o inquérito sobre o médico avaliado⁵⁸. A auto-avaliação dos médicos pode ser prejudicada, visto que os mesmos tendem a relacionar a sua competência clínica à sua carga de trabalho, e não aos atributos e comportamentos que apresentam frente ao paciente e a equipe^{42,58}. Davidson⁵⁹ traz recomendações essenciais sobre a organização de uma avaliação tipo MSF: são necessários ao menos 11 (onze) avaliadores-pares para atingir um coeficiente de confiabilidade de 0,70 e 20 a 40 respostas de pacientes para obter uma confiabilidade de 0,70-0,82.

A avaliação 360° requer questionários projetados para determinar competência para tarefas ou comportamentos específicos⁵⁸. Porém, não existe referência na literatura brasileira sobre as tarefas ou comportamentos específicos do bom profissional médico. É necessário ter cautela na adoção de instrumentos desenvolvidos para outros contextos, tornando-se imperativo validar instrumentos que avaliem profissionalismo no Brasil³⁵. O “*Evaluation of Professional Behaviour in General Practice (EPRO-GP)*” abrange quatro dimensões do profissionalismo: comportamento profissional em relação ao paciente; comportamento profissional perante outros profissionais; comportamento profissional perante o público; e comportamento profissional em relação a si mesmo⁶⁰. Baumann e Kolotylo elaboraram o *Professionalism and Environmental Factors in the Workplace*

Questionnaire[®] (PEFWQ[®]), um questionário destinado a determinar os atributos fundamentais do profissionalismo e os principais atributos ambientais que influenciam o profissionalismo dos enfermeiros em seus ambientes de prática.⁶¹

A investigação existente sobre profissionalismo médico debruça-se preponderantemente sobre as perspectivas de médicos ou estudantes de medicina para determinar seus atributos. Poucos estudos abordam a perspectiva de pacientes^{52,62} e outros atores^{52,53,63}. O “*Wake Forest Physician Trust Scheme*”⁶⁴ é um instrumento que pode ser utilizado para a coleta da opinião dos pacientes sobre o profissionalismo. Essa escala avalia quatro dimensões da relação médico paciente (fidelidade, competência, honestidade, confiança global) através de um questionário de 10 (dez) perguntas que deve ser aplicado ao paciente.

Revisão sistemática identificou que os métodos mais utilizados para aferir o profissionalismo atualmente são *“as avaliações por pares, as observações por membros do corpo docente (com o uso de listas de verificação padronizadas), portfólios reflexivos desenvolvidos pelos estudantes e discussão de dilemas éticos”*. A avaliação global do profissionalismo envolveria aspectos contidos nos quatro níveis da Pirâmide de Miller, que se estendem desde as dimensões pessoal, interpessoal até a institucional e a social. Como reforça Hodges *et al*³⁵: *“O que é o profissionalismo, como será ensinado e avaliado deve ser claramente articulado através de um diálogo entre a profissão e a sociedade”*. Estes são nós críticos referentes à contextualização cultural e à operacionalização dos métodos propostos para avaliar profissionalismo. Métodos de avaliação mais completos, que incluam a abordagem dos aspectos contextuais e sociais, necessitam ainda de maior desenvolvimento⁴³.

Por que estudar profissionalismo médico no Brasil

Há muitas vantagens na definição clara das competências esperadas do profissional médico no Brasil, incluindo a divulgação pública do que estão habilitados a fazer; o estabelecimento de metas mais claras para orientar a formação; a demarcação, para o estudante de graduação, sobre o que se espera alcançar no desenvolvimento dos diferentes estágios e da sua trajetória profissional, e principalmente a oportunidade de reflexão sobre o papel social da profissão⁶⁵. A construção coletiva de um referencial nacional de competências para o trabalho do médico brasileiro contemporâneo poderá estabelecer diretrizes de responsabilização e compromissos culturalmente validados, que subsidiem programas de ensino, normas de regulação da profissão e a própria práxis médica. Os atributos e os comportamentos de profissionalismo podem ser mais bem ensinados, aprendidos ou avaliados quando claramente descritos em seu contexto local⁵⁷.

Como não há a necessidade de certificação e re-certificação dos profissionais médicos por entidades de classe regulatórias, as competências essenciais das DCN de 2014 permanecem como parâmetros para atuação médica. Sisson⁶⁶ reforça as críticas à inércia do aparelho formador, principalmente às universidades, nas quais existe grande resistência frente às mudanças, e *“onde permanecem sendo formados profissionais que realimentam modelos assistenciais que algumas reformas buscaram superar”*. Construir uma definição que oriente a matriz de profissionalismo para estes futuros médicos pode permitir orientar os médicos em relação ao exercício esperado da profissão, frente às novas demandas da sociedade e as condições do fazer profissional. Urge o debate sobre os elementos de comportamento ou valores que compõe o profissionalismo médico no Brasil. Através de abordagens de avaliação defensáveis, essas competências prossigam sendo revisadas e aperfeiçoadas regularmente para refletir as mudanças sociais e os cuidados em saúde próprios de cada tempo, lugar e cultura.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Definir atributos e comportamentos associados à competência de profissionalismo médico segundo crenças, valores e cultura brasileiros.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar, na literatura, as características essenciais que devem compor o profissionalismo médico.
- Identificar as características essenciais de profissionalismo médico entre especialistas em ensino na saúde.
- Identificar as características essenciais de profissionalismo médico na perspectiva de usuários e outros profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde.

3. METODOLOGIA

3.1. Revisão bibliográfica sobre profissionalismo médico

Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, que busca descrever e discutir o “estado da arte” sobre um determinado tema através da análise crítica e pessoal do autor, com a perspectiva de discutir a teoria e o contexto, para provocar a reflexão⁶⁷⁻⁶⁹. São revisões que reúnem muitas informações em um formato conciso e de fácil leitura. Eles são úteis quando se pretende realizar a apresentação de uma perspectiva ampla sobre um tópico, descrevendo o percurso histórico ou o desenvolvimento do problema⁶⁷.

Utilizando os termos *medical professionalism*, “profissionalismo médico”, “profissionalismo ou profissões em saúde”, “profissionalismo e educação médica”, a partir de publicações dos anos de 1997 a 2017, foram realizadas buscas nas bases de dados do *Pubmed*, *Education Resources Information Center* (ERIC) e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para complementar a revisão, foi realizada a leitura de livros-textos, teses e outros documentos identificados sobre o tema.

3.2. Estudo original para consenso sobre profissionalismo no Brasil

Foi realizado em duas fases, a serem detalhadas a seguir. A primeira utilizou a técnica Delphi por via eletrônica (e-Delphi), em uma série de questionários sequenciais ou “etapas”, intercaladas de *feedback*, para obtenção do consenso entre os educadores das profissões da saúde, convidados como painelistas. Na segunda etapa, complementar a precedente, o registro da perspectiva dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e profissionais da saúde que atuam em conjunto com médicos, foi obtida utilizando-se Grupos Focais (GF).

3.2.1. E-Delphi

A técnica Delphi é usada para combinar sistematicamente a opinião de especialistas, buscando um consenso de grupo para um problema complexo^{70,71}.

Pode se beneficiar da plataforma web 2.0 (e-Delphi) sem descaracterizar o método tradicional, pois os atributos essenciais da técnica, como o anonimato dos participantes, o *feedback* interativo, a seleção de especialistas e a busca pelo consenso não são prejudicados. Além disso, torna esses processos mais ágeis, e cria-se possibilidade de intercâmbio com os participantes⁷². Os formulários são interativos e circulam repetidas vezes por um coletivo de especialistas, buscando a convergência de opinião. A utilização do método eletrônico permite que sejam construídas homepages interativas, com *layouts* agradáveis e acessíveis, que sirvam também à divulgação dos resultados do processo para o público. Sugere-se que os dados coletados nos painéis de especialistas sejam armazenados em um sistema gerenciador, que mais tarde auxiliará na análise, com suporte técnico de programadores⁷⁰⁻⁷².

A metodologia Delphi foi aplicada no estudo em dois importantes estágios:

- a) Identificação de indivíduos com experiência e conhecimentos no tema em estudo, no caso, profissionalismo em medicina, denominados *experts*, especialistas ou painelistas.
- b) Exploração das competências de Profissionalismo Médico subdividido em três fases:
 - Fase (1) - brainstorming para fatores importantes,
 - Fase (2) - redução da lista original para comportamentos mais importantes
 - Fase (3) - ordenação de comportamentos importantes.

Inicialmente, o cenário utilizado para sediar a pesquisa em sua etapa virtual foi o Moodle (*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*), um software livre, que contou com o suporte técnico do Grupo Gestor de Tecnologias Educacionais (GGTE), do Centro de Computação (CCUEC) da UNICAMP. O acesso ao ambiente virtual foi planejado durante seis meses e alocado na subcategoria "Grupos de Estudo e Pesquisa" dentro do site da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP. Seguindo a literatura que reforça a importância do sigilo dos painelistas, foi criado *login* particular e senha comum para todos os convidados, sendo depois permitida a criação de senhas individuais pelos próprios participantes para acessar o ambiente

virtual onde ocorreria a pesquisa, garantindo assim um *hiperlink* seguro. Participantes vinculados a UNICAMP tiveram acesso através de seus dados institucionais, enquanto que os participantes externos foram cadastrados na plataforma como “usuário externo”. Para o envio de e-mails foi criada uma conta com o endereço *profissionalismobr@gmail.com* e utilizada a *Blind Carbon Copy* (BCC), ferramenta que não permitiu que os destinatários fossem capazes identificar os outros membros.

3.2.2 Seleção de Sujeitos e Tamanho Amostral

No presente estudo, foram utilizados os termos “*experts*”, “especialistas”, “peritos” e “painelistas” como sinônimos dos sujeitos integrantes/participantes do painel e-Delphi⁷⁰⁻⁷³. Um estudo Delphi envolve técnicas de amostragem não probabilística, ou seja, com amostragem intencional ou por critérios, resumindo-se a grupos relevantes^{70,71}. A representatividade é avaliada considerando a qualidade do painel de especialistas, em lugar de números⁷⁴. Os painelistas deste estudo foram convidados a partir do fluxograma detalhado no quadro 1, e deveriam cumprir determinados critérios de inclusão: (a) falantes nativos de português do Brasil; (b) possuir residência há pelo menos cinco anos com endereço no Brasil, e (c) serem envolvidos em educação médica de graduação e / ou de pós-graduação há pelo menos 6 (seis) meses.

Em fevereiro de 2014, foi enviado convite *on-line* para o recrutamento de educadores médicos como painelistas, visando iniciar o cadastramento dos participantes na plataforma virtual. Esses primeiros painelistas foram estimulados a compartilhar o convite com outras pessoas das suas redes profissionais, a fim de localizar outros voluntários com o perfil necessário para a pesquisa. Esses, por sua vez, também podiam indicar novos contatos, utilizando-se metodologia da “bola de neve”, que utiliza cadeias de referência para compor uma amostra não-probabilística⁷⁵. Em seis meses foram identificados 91 painelistas ao redor do Brasil.

Quadro 1 - Procedimento para a seleção dos painelistas do estudo (adaptado Okoli e Pawlowski ⁷⁰)	
<p>Passo 1: <i>Preparando o recrutamento de experts</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos temas e disciplinas afins: educação médica, avaliação de programas, sociologia das profissões, educação baseada em competências, antropologia médica • Identificação de organizações relevantes: ABEM, CFM, FAIMER, Pró-Ensino, SBMFC, SEGETS • Identificação da literatura acadêmica e profissional relevantes
<p>Passo 2: <i>Identificando a lista de experts</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escrever os nomes de pessoas em temas e disciplinas afins • Escrever os nomes de pessoas de organizações relevantes • Escreva os nomes de pessoas a partir da literatura acadêmica e profissional
<p>Passo 3: <i>Expandindo o quadro de experts</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contactar os especialistas listados no passo 2 • Solicitar aos contatos para indicar outros especialistas
<p>Passo 4: <i>Classificando os experts</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de sub-listas • Categorizar experts de acordo com a lista apropriada: gestores, docentes, profissionais da saúde não-médicos, estudantes • Classificação dos especialistas dentro de cada lista com base em suas qualificações
<p>Passo 5: <i>Convidando os experts</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enviar convite on-line com as explicações sobre a metodologia do estudo para cada especialista • O tamanho de cada painel será de 10 a 18 participantes • A solicitação de experts será concluída quando o tamanho de cada painel for atingido

A participação dos painelistas ocorreu em três etapas representadas por questionários eletrônicos disponibilizados, detalhados abaixo^{57,63,70,71}:

- Questionário 1: coleta inicial de itens.

- Questionário 2: etapa utilizada para reconsiderar os itens e validar uma lista categorizada de fatores, com não mais do que 20-23 itens.
- Questionário 3: escolha e classificação dos itens mais importantes^{57,63,70}.

Lembretes por e-mail foram enviados até duas semanas após os questionários estarem disponibilizados em todas as etapas. A literatura sugere uma média de oito semanas para cada rodada, sendo o prazo usual para uma aplicação completa de quatro a doze meses⁷⁶.

Obedecendo aos preceitos éticos e legais preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos, através da Resolução 466/12, foi enviado aos convidados deste estudo, o Termo Eletrônico de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizado mediante CAAE 31901414.1.0000.5404 (Anexos 1 e 2). Os participantes convidados só tiveram a sua participação efetivada após o esclarecimento de todas as etapas do estudo, não havendo remunerações de quaisquer naturezas.

Os especialistas que optaram por participar na primeira rodada deveriam participar nas etapas posteriores. Caso não realizasse acesso ao questionário durante o período estipulado (três semanas), o mesmo não era excluído do estudo, podendo participar na etapa seguinte (Figura 1).

e-Delphi Profissionalismo Médico

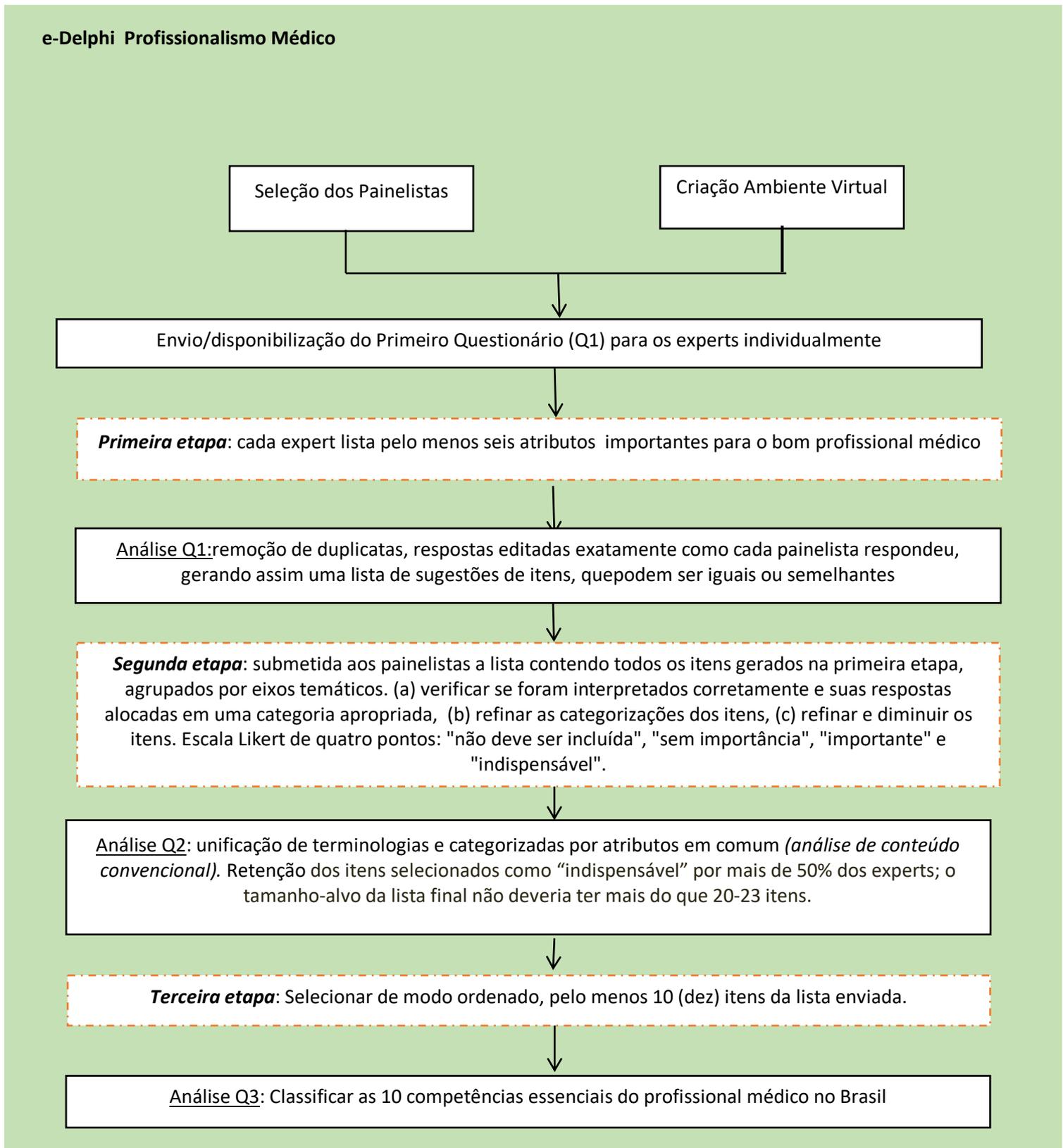


Figura 1 - Detalhamento das fases do e-Delphi

Como houve baixa adesão inicial ao uso da plataforma *on-line*, foram criados questionários eletrônicos através da plataforma *SurveyMonkey*® para envio por e-mail, sem perda da validade^{71,72,77-79}.

Foram coletadas algumas variáveis sociodemográficas para caracterizar a amostra: sexo, idade, categoria profissional, área de atuação (atenção primária, atenção especializada, urgência e emergência, outros), procedência (cidade/estado), tempo de docência, vínculo com instituições de ensino, natureza da principal instituição que está vinculado (pública/privada/ambos).

3.2.3 A perspectiva dos pacientes e da equipe de trabalho - Grupos Focais

Foi utilizada a metodologia de Grupos Focais (GF) para explorar comportamentos de profissionalismo médico sob a perspectiva de outros profissionais da saúde, e dos pacientes. Os usuários do SUS e as demais categorias profissionais foram recrutados por conveniência para a formação de grupos de 8-10 pessoas, de diferentes idades, escolaridade e sexo, em serviços de Atenção Primária nas cidades de Nova Petrópolis (região sul), Marituba (região norte) e Campinas (região sudeste) e em Hospitais Universitários nas cidades de Fortaleza (região nordeste) e Campo Grande (região centro-oeste). A escolha das cidades de Fortaleza, Marituba, Campinas, Campo Grande e Nova Petrópolis procurou abranger diversos cenários e contextos de saúde (Tabela 1). Segundo a classificação do IBGE teríamos na nossa amostra: duas metrópoles (Campinas e Fortaleza), um município de grande porte (Campo Grande), um município de médio porte (Marituba) e um município de pequeno porte (Nova Petrópolis).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos municípios selecionados para realização dos Grupos Focais

Cidade	Estado	População estimada [2017] - pessoas	Densidade demográfica [2010] - hab/km²	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]	Mortalidade Infantil [2014] - óbitos por mil nascidos vivos
Campinas	São Paulo	1.182.429	1.359,6	0,805	8,13
Campo Grande	Mato Grosso do Sul	874.210	97,22	0,784	7,96
Fortaleza	Ceará	2.627.482	7.786,44	0,754	11,5
Marituba	Pará	127.858	1.047,44	0,676	15,13
Nova Petrópolis	Rio Grande do Sul	20.675	65,38	0,78	20,41

Fonte: IBGE, 2017

O recrutamento dos participantes ocorreu previamente por meio de informantes-chaves e foram constituídos dois grupos focais para cada local/instituição, definindo-se, por consenso entre os membros da instituição, o local, o dia e o horário de realização do encontro de cada grupo. Para cada encontro de grupo focal havia um moderador local com experiência em pesquisa qualitativa, e a pesquisadora principal, que atuou como observadora, encarregada de captar os comportamentos verbais e não verbais expressos pelos participantes, de registrar os tópicos apontados pelo grupo e de operar os equipamentos de gravação das falas. Optou-se pela seleção de um moderador procedente do mesmo local e que não fosse médico para reduzir o viés de cortesia dos participantes e também considerando a competência cultural que facilita o processo de moderação, pela familiaridade com a linguagem local.

A leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era feita antes do início de cada grupo, reforçando o caráter voluntário de todo o processo. Os sujeitos participantes do estudo concordaram em participar da pesquisa registrando sua assinatura no TCLE (Anexo 3). Todos os aspectos éticos foram respeitados, segundo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as orientações do Comitê de Ética da UNICAMP, que autorizou a pesquisa mediante CAAE 31901414.1.0000.5404 (Anexo 1).

As falas foram transcritas na íntegra e os textos correspondentes foram inseridos no software NVivo®. No julgamento temático deste estudo foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, no intuito de descobrir os núcleos de sentido que se sobressaem na construção da identidade do bom profissional médico, a partir da perspectiva do seu público-alvo e de outros profissionais da saúde que compartilham o campo de prática com médicos e médicas, em hospitais e unidades básicas de saúde.

A técnica de análise de conteúdo convencional percorreu as seguintes etapas: a) leitura flutuante do material coletado para assimilação das primeiras impressões dos textos; b) levantamento de núcleos de sentido (temas); d) agregação dos dados em categorias; e) análise do corpus⁸⁰. A leitura flutuante dos textos permitiu a codificação, a partir das palavras e expressões significativas⁸¹.

Para que ficasse mais evidente a relação entre as características do bom profissional médico com o atributo de profissionalismo, questionamos aos participantes dos grupos focais sobre sua percepção em relação ao conceito de profissionalismo médico. No tratamento dos resultados obtidos e interpretação, primeiramente, comparamos os elementos emergentes dos grupos focais com as categorias já elencadas pelos educadores durante o estudo e-Delphi anterior, para depois destacarmos aquelas que foram específicas de cada estrato.

A condução dos GF se deu a partir de um roteiro (Apêndice 1), onde as perguntas disparadoras foram semelhantes às do painel Delphi:

- “Quais características e/ou comportamentos são importante em um bom profissional médico?”
- “O que o termo - profissionalismo médico - significa para você?”
- “Em sua opinião, quais os fatores que estão envolvidos no profissionalismo médico?”
- “Dos comportamentos e características discutidas hoje aqui, qual você considera o/a mais importante em um médico?”

Durante o piloto do projeto, observou-se a necessidade de aprimorar a pergunta para o grupo de profissionais da saúde para que eles não se detivessem somente nas características relacionais da perspectiva médico-paciente, mas que pudessem identificar características relacionais no ambiente de trabalho. Caso não fosse mencionado o tema, o moderador deveria apresentar a seguinte pergunta norteadora: “E para o trabalho de equipe? Existe alguma característica desejável em um profissional médico?” (Apêndice 2).

Os GF de profissionais tiveram em média 59 minutos de duração (desvio padrão de ± 05), enquanto os GF de usuários tiveram média de 52 minutos (desvio padrão de ± 25 minutos). Os GF de profissionais da APS dos municípios de Campinas e Nova Petrópolis ocorreram nas próprias unidades básicas de saúde e o GF de usuários, em centros comunitários. Em Marituba, todos os grupos focais ocorreram na secretaria

municipal de saúde. Em Campo Grande e Fortaleza, os GF foram realizados em locais reservados pelas próprias instituições de saúde, dentro das suas dependências. Com a dificuldade dos pacientes dos hospitais universitários para se deslocarem para espaços reservados fora das enfermarias, optamos por recrutar acompanhantes e visitantes destes pacientes na categoria de usuários do SUS.

Trechos das entrevistas que ilustram os sentidos abstraídos foram citados *ipsis litteris*, com uma codificação alfanumérica, referente a cada GF realizado, identificando se tratar do grupo de usuários e de profissionais da saúde daquele lugar. Os GF de usuários serão identificados através de “GU” (grupos usuários) e os GF de profissionais da saúde “GP” (grupos profissionais), seguidos da descrição “NP” para Nova Petrópolis, “MB” para Marituba, “CG” para Campo Grande, “CP” para Campinas e “FT” para Fortaleza. Portanto, a fala de um usuário de Campo Grande será codificada como “GU-CG”

Posteriormente, as categorias dos GF foram confrontadas com as categorias que emergiram no estudo Delphi, para identificar similaridades e divergências entre as perspectivas de usuários, especialistas e profissionais da saúde.

No campo dos resultados é preciso situar aos leitores sobre o referencial da autora que concebe a produção científica à luz das provocações de Boaventura Santos⁸² de que toda pesquisa e todo o conhecimento é local e total. Ou seja, mesmo reconhecendo que os saberes advindos dessa pesquisa são reflexos de conceitos e teorias locais, é possível que ainda assim eles possam migrar para outros espaços e serem utilizados fora do seu contexto de origem. Por isso, insiste-se que também nas produções internacionais geradas a partir dos nossos produtos, haja a presença explícita da produção intelectual nacional e da nossa língua mãe, que é o português.

“ Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada. Só uma constelação de métodos pode captar o silêncio que persiste entre cada língua que pergunta”⁸².

As escolhas metodológicas sobre o modo de apresentação e os locais de publicação dos resultados objetivaram ocupar espaços de diálogo com o público nativo

em português, para que não haja separação, mas sim união pessoal aos sujeitos que estudamos. A ampliação do alcance dos resultados através da divulgação simultânea em inglês também está prevista, mantendo a ênfase nas propostas para a solução das lacunas e dos problemas locais como poderá ser verificado adiante.

“A qualidade do conhecimento afere-se menos pelo que ele controla ou faz funcionar no mundo exterior do que pela satisfação pessoal que dá a quem a ele acede e o partilha”⁸².

4. RESULTADOS

4.1 Artigo 1 - Artigo de revisão sobre profissionalismo em medicina: onde queremos chegar?

4.2 Artigo 2 - Competências em profissionalismo médico: o que pensam os especialistas em formação profissional no Brasil?

4.3. Artigo 3 - Competências em profissionalismo médico: percepção de usuários e profissionais da saúde

4.4. Artigo 4 – O trabalho em equipe: uma competência de profissionalismo médico

4.5 Livreto ilustrado

4.1 Artigo 1

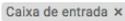
A review of medical professionalism: where are we now and where are we going?

Autores:

Magda Moura de Almeida

Eliana Amaral

Revista para o qual foi submetido: BMC MEDICAL EDUCATION

Confirmation of your submission to BMC Medical Education - MEED-D-18-00668 -
[EMID:ff987d8f07c6e64c] 



BMC Medical Education Editorial Office <em@editorialmanager.com>

5 de ago de 2018 21:51 (Há 9 horas) ☆ ↶ ⋮

 para eu ▾

 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem

Desativar para: inglês ×

MEED-D-18-00668

A review of medical professionalism: where are we now and where are we going?

Magda Moura Almeida, M.D.; Maria Silvia Vellutini Setubal, M.D.; Tania Alencar Caldas, P.H.D.; Eliana Amaral, P.H.D.

BMC Medical Education

Dear Mrs. Almeida,

Thank you for submitting your manuscript 'A review of medical professionalism: where are we now and where are we going?' to BMC Medical Education.

The submission id is: MEED-D-18-00668

Please refer to this number in any future correspondence.

During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the following website:

<https://meed.editorialmanager.com/>

If you have forgotten your password, please use the 'Send Login Details' link on the login page at <https://meed.editorialmanager.com/>. For security reasons, your password will be reset.

Best wishes,

Editorial Office

A review of medical professionalism: where are we now and where are we going?

Una revisión del profesionalismo médico: ¿dónde estamos ahora y hacia dónde vamos?

Uma revisão do profissionalismo médico: onde estamos agora e para onde estamos indo?

Magda Moura de Almeida

Family Physician, Doctorate Student at the Internal Medicine Department, UNICAMP

Professor, Federal University of Ceará

corresponding author: magda.almeida.mfc@gmail.com

Maria Silvia Vellutini Setubal

MPH, PHD

Post-doctoral at university of Sao Paulo Medical School

silviasetubal@yahoo.com

Tania Alencar de Caldas

Invited-Professor in the Interdisciplinary Graduated Program of Applied Humanities and Social Sciences / UNICAMP

unicamp2010@ig.com.br

Eliana Amaral

Full-Professor, Obstetrics and Gynecology Department, UNICAMP , Supervisor of Postgraduate Program in Teaching&Learning for Health Professions

amaraleli@gmail.com

ABSTRACT

Social and cultural demands, government and corporate policies interfere and change medical competencies. Professionalism was included in the medical curriculum as a competence to be built and developed through specific methods, adapted to the culture of the society it serves. The aim of this study was to review state-of-the-art concepts on medical professionalism in Latin America, with emphasis on Brazil. A literature review was carried out accessing PubMed, Education Resources Information Center (ERIC) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases searching for articles in English and Portuguese using the terms “medical professionalism”, “professional competence”, “professionalism or health occupations”, “professionalism and medical education”, “physician's role”, from 1997 to 2017. We also conducted a Google gray literature search. This review identified gaps in the literature. The largest production is prior to the most recent medical education reform in Brazil. Despite the lack of consensus, most articles consider professionalism as a specific competence related to medical profession's ethical and humanistic values. The literature on medical professionalism in Portuguese refers predominantly to teaching and assessment but they imported attributes from Anglo-Saxon documents, which may not be entirely suitable for Latin culture. The outcome of this study is a call for action to develop research on medical professionalism in Brazil and in Latin America. Specifically, future studies could focus on the understanding of medical professionalism.

Keywords: Education, Medical; Professional Skills; Physician Role

BACKGROUND

What makes a good doctor? Which features define a good professional? Is technical performance a sufficient measure of quality? These are questions that define where we want to go: the desirable professional model. The demand for social accountability and a paradigm shift to competency-based education is changing the training of health professionals worldwide. If we do not know what that model is, then any direction elected to train and assess this professional shall not really matter.

Authors on education and health are employing the term “professional skills,” originated from the administrative sciences. It refers to the “synergic combination of knowledge, abilities, and attitudes expressed by the professional performance within a given organizational context”¹. It is worth noting that the medical education researchers have been distancing themselves from the origins of skills management in the administrative fields. Specialists in the later sector suggest the adoption of some methodological care in the description of professional skills that are not always observed in the normal framework of the medical profession. Carbone, Brandão and Leite¹ recommend the description of skills as performance benchmarks, i.e. observable behavior at work, indicating exactly what the professional should be capable of doing.

Birden and his collaborators² published, in 2013, a systematic review in an attempt to identify how professionalism is defined in the field of medical education. Their conclusion states that a general conceptual framework for a universally accepted definition of medical professionalism has not yet been achieved. According to the authors, medicine’s social and organizational environment is constantly changing, thus creating a dynamic situation that has not allowed any of the definitions to become the standard. Wilkinson³ and collaborators agree with their Australian peers on the difficulty of defining professionalism in medicine, claiming it to be a multidimensional construct that requires a multiplicity of tools to access. However, definitions are important to provide a common vocabulary that allows the dialogue between doctors, health system and society. Without a definition, it is difficult to make coherent and valid teaching and assessment proposals.

It is evident that a doctor cannot properly do his job without the specific knowledge and skills related to his or her field. However, can a technically competent doctor abandon the importance of interpersonal skills with patients, families, and other health professionals, and still be considered a good professional? Should interpersonal skills be considered part of the technical repertoire of a medical professional?

Wilkinson and his collaborators³ paired instruments from several studies in order to find gaps in the definition of elements composing professionalism. Nine types of evaluation instruments were used to assess these skills: 1) observation of clinical consultation; 2) peer opinion; 3) reports of incidents regarding unprofessional conduct; 4) reports of critical incidents; 5) simulation; 6) tests and questionnaires; 7) patients' opinion; 8) overview of supervisors; and 9) self-assessment. Five groups were defined: 1) adherence to the ethical principles of medical practice; 2) real interaction with patients and people who are important to these patients; 3) effective interactions with people working in the health system; 4) trustworthiness; and 5) commitment to maintain or improve personal competence, as well as of others and of the system.

For this work the authors carried a bibliographical narrative review to describe and discuss the "state of the art" of medical professionalism with emphasis on Latin American and Brazilian literature.

METHODS

Literature review could be classified in three varieties: narrative review, qualitative systematic review and quantitative systematic review⁴.

Narrative review (NR) not intended to provide quantitative data for a guiding question, but rather to discuss theory and context, to provoke reflection, critical thinking, and controversy about a specific topic through the author's own critical analysis.

This method has as limitation not to allow the reproduction of the methodology⁴⁻⁶, because it is performed by reading books, articles and journals without the need to inform the search methodology for references, nor the criteria for works selection and evaluation⁶. These reviews gather lots of information in a concise, easy-to-read format.

They are useful for present a broad perspective on a topic, describing the historical path or the development of the problem⁴.

This NR was conducted in PubMed, Education Resources Information Center (ERIC) and the Scientific Electronic Library Online (SciELO) using the terms “medical professionalism”, “professional competence”, “professionalism or health occupations”, “professionalism and medical education”, “physician’s role” for English, Portuguese and Spanish language articles. The search period was 1997–2017 inclusive (20-year period). Original articles were preferable but editorials by key opinion leaders were also included.

In order to identify all available data related to the review topic, we also conducted a search for gray literature⁷ using Google. Gray literature includes publications such as conference abstracts and proceedings, textbooks, book’s chapters, theses, dissertations, research reports, government reports and other documents on the subject not published in commercial publications.

For presentation in this paper we used the model indicated in international literature: the central body divided sections, each composed by concepts, which are discussed and evaluated⁸.

MEDICAL PROFESSIONALISM: THE INTERNATIONAL EXPERIENCE

Table 1 [see Additional file 1] shows a description of principal reports and documents related to medical professional competence and medical professionalism in different countries.

It is interesting to note that the main references are Anglo-Saxon and usually determined by certification institutions. Their criteria are used as parameters from undergraduate courses all the way through residency programs, and as directives for doctors in the work force of their respective countries. Some authors consider professionalism a series of attributes referring to adherence to the ethical principles of the profession, while other authors assume a broader spectrum, a set of activities that members of a given profession develop in relation to work.

Besides Brazil, Colombia is the only Latin America (LA) country with a government document about medical competencies⁹. There were 26 publications from LA countries, excluding the Brazilian studies. The interest on the subject seems to be recent because most articles were published after 2011 (77%). They are from Colombia (12), Chile (5), Mexico (3), Peru (2), Argentina (2) and Uruguay (1). One of the documents refers to a joint document of the Latin American and Caribbean Medical Confederation and the Collegial Medical Organization of Spain¹⁰.

LA articles share many attributes associated with medical professionalism with non-Latin American. Ethical perspective is frequently used in the definition or description of the medical professionalism concept^{10,11,20,21,12-19}. However, LA literacy also regards professionalism as a comprehensive domain of medical practice^{9,22-28}, and few reinforce the premise of social contract with society²⁹. For some authors, ethics is not the end, but rather the means to establish personal commitments to patients' well-being, and collective commitments to social welfare and efforts to improve the health system^{19,24}.

The majority of articles were position papers about the concept and the importance of professionalism in medical practice. Few empirical studies conducted. Spanish was the main language of the articles, only one was published in English. LA journals where the articles were found are open access and indexed by the Web of Science and Scopus being the most journals of SciELO.

The use of Portuguese and Spanish could limit the international reading, but this review showed that there are discussions in LA about medical professionalism skills. Colombia and Brazil seem to advanced more than other countries and embody the concept of professionalism in public policies related to medical training. The lack of visibility of non-English productions, generally identified as "regional", allows the maintenance of the stigma of low production and quality of developing countries. The major reviews on medical professionalism do not include LA references, probably because they used publications in PubMed Central which is open to any periodical of life sciences published only in English^{3,30-35}.

In LA, most journals are managed and produced independently. The participation of publishers is rare³⁶. In this context is important to highlight SciELO (Scientific Electronic Library Online) network established in 1998 that promotes LA as a leader in publications of open access journals internationally indexed at Web of Science and Scopus. It brings together open access collections of peer-reviewed scientific journals published by national institutions in Ibero-American countries and in South Africa.

Two original definitions of professionalism were found^{21,23}. Chilean scholars given importance to prudence as attribute for good medical praxis: medical professionalism is “the medical conduct of excellence based on the respect of life and human dignity and in the virtues of benevolence, compassion, prudence, and justice²¹”. The Colombians have a comprehensive conception that includes the rational use of technologies, critical attitude and leadership with a sense of social justice and awareness about continuous education. They expect that doctors work as part of health team and fulfill the health needs expressed by the community, recognizing the diverse cultural expressions and harmonizing their technical knowledge with the characteristics of population²³.

BRAZILIAN PERSPECTIVE OF MEDICAL PROFESSIONALISM

The review indicates a large Anglo-Saxon literature discussing about the concept of professionalism, its teaching methods and evaluation. A few studies in Asia in the Middle East^{37–43} and in LA^{13,17}. In Brazil, only fifteen articles that refer to medical professionalism were indexed^{44–58} (Table 2). Most were published in the Brazilian Journal of Medical Education^{47,48,50,51,53–56} and only three are published in English^{46,52,58}.

Table 2 – Description of the Brazilian articles that deal with medical professionalism			
Title	Year	Study Design	Background/ contributes to the literature

Sociological characteristics of the medical profession	1997	Essay	Sociological perspective of the medical profession in Brazil
Physicians and the development of professionalism in Brazil	2002	Book Review	Building the professional identity of physicians in Brazil
Professional Identities in the Construction of New Health Service Practices	2009	Essay	Building the professional identity for health professions at Unified Brazilian Health System
An open-system approach to medical professionalism: a controversy within the sociology of professions	2011	Essay	Discuss about professionalism on the sociology of professions perspective
The Experience with Comprehensive Individual and Family Healthcare with a Focus on Accountability, the Physician-Patient Relationship, Ethics, and Professionalism in the	2012	Descriptive study	Community-based education as a professionalism influence

Integrated Medical Curriculum			
Professionalism and Medical Training	2012	Editorial	The concept of professionalism as a social contract
Patient's Feedback for Medical Students' Evaluation	2012	A cross-sectional study with a convenience sample of pregnant women attended by medical students	To evaluate the perception of patients in relation about students' competences. Shows that patients' perceive professionalism as a transmission of security and respect for their values and beliefs
Essential Competences for the Training and Evaluation of Performance in Undergraduate Medical Education	2013	Integrative literature review and Delphi panel	Professionalism as one of the attributes of professional competence related to: respect for the patient, humanism, honesty, ethics, empathy,

			compassion and sensitivity.
Citizenship and Professionalism	2013	Editorial	Political activism and professionalism
Leadership, management and teamwork learning through an extra-curricular project for medical students: descriptive study	2014	Descriptive study	Project that introduces medical students in internships on management, leadership and teamwork.
Construction of a competence-based curriculum for internship in obstetrics and gynecology within the medical course at the Federal University of Ceará (Sobral campus)	2015	Exploratory Qualitative stud	Professionalism as one of the attributes of professional competence related to commitment to the rights and duties of the profession
OSCE for Communication Skills and Professionalism: Case Report and Meta-Analysis	2015	Descriptive study	OSCE as a way of teaching and learning the skills of communication and professionalism

Assessment of professionalism in students of health-related courses: A systematic review	2016	Systematic review	Most commonly used methods / tools to assess professionalism
Intercampi Integration in Education: Developing Skills of Professionalism	2016	Prospective, comparative, before and after intervention	Analyze the development of competencies of professionalism in students from different areas
Ethics and Professionalism in Social Media: The Online Behaviour of Medical Students	2017	Cross-sectional study carried out in university hospitals	To describe behaviors of medical students in a social network related to ethics and on-line professionalism, relating them to the experiences in undergraduate teaching institutions researched

The Brazilian literature referring to medical professionalism published in articles concerning teaching and assessment of professionalism, based on international frameworks and considered professionalism as a domain related to ethical and humanistic

values. Without consensus about professionalism conception, each study uses a different background. Therefore, the results become heterogeneous for the comparison.

Despite the scarcity of published studies, Brazilian production on medical professionalism is not restricted to articles (Table 3). Some books could be found in gray literature search, but they can only be accessed in second-hand book stores and few in public libraries. Unfortunately, many of them are already out of series and do not exist in electronic version. The original titles are not in English, because all were written only in Portuguese. They have been translated only for this paper.

Table 3 – Books that deal with professional identity in medicine in Brazil		
Title	Author	Publication Year
General History of Brazilian Medicine	Lycurgo Santos Filho	1977
Doctors and health policy	Gastão Wagner de Sousa Campos	1988
The doctor and his work: limits of freedom	Lília Blima Schraiber	1993
Doctors in Brazil: a portrait of reality	Maria Helena Machado	1997
Owners of knowledge: Professional professions and monopolies	Marli Diniz	2001

These books do not approach medical professionalism specifically. But they allow us to understand the determinants of current Brazilian medical identity through historical narratives.

Professionalism as a culturally dependent competence should be explored in the way local people can debate and incorporate their attributes. This way, many articles are

not written in English. Wang and colleagues⁴³ found six hundred and ninety-five articles about medical professionalism written in Chinese.

THE IMPORTANCE OF PROFESSIONALISM

Doctors only organized themselves under a professional class in the mid-nineteenth century⁵⁹. Until then, doctors' training standards fell short of expectations and there was no dividing line between a doctor and a layperson in the ability to provide care. Starting in 1850, the scientific basis of medicine evolved and it became necessary to acquire a complex body of knowledge to become a doctor, which was out of reach of the general public, taking several years to complete. Thus, doctors became the sole providers of this increasingly indispensable knowledge.

Medical practice began to change with the rise of capitalism, urban growth, and access to transportation. Hospitals improved, doctors acquired more power, and began demanding legal protection to monopolize the way to raise and set standards of medical practice. The concentration of power in the hands of medical associations ensured the perpetuation of their power in terms of status, self-governance, standardization and effective training system for new members. Codes of conduct and ethics became the foundation of professionalism, which was key to maintaining the monopoly of medical practice. Starr⁶⁰ argues that the medical profession is defined as "an occupation that regulates itself through systematic and mandatory training and discipline among participants, which is based on a technical and specialized knowledge that is service-oriented and not-for-profit and is embedded in its code of ethics."

Medical education in the twentieth century mainly focused on technical aspects and scientific knowledge that has grown exponentially with technological advances, leading to a significant service cost increase. In addition, the focus on the patient and the human relations of clinical contact no longer were a priority, creating a gap between technical and humanist skills in the medical professional. As a consequence, one of the themes that constantly appeared in medical ethical codes was the necessity of holding the patient in the highest priority while preserving his or her privacy.

Technology intervened in the relationship with the patient, favoring a personal and emotional distance from the caregiver. Reacting to an excessive technicality, the 1970s witnessed the emergence of a movement to restore the doctor-patient relationship, with emphasis on affective and emotional aspects involved in the care of sick people. The United States and Europe established consensus and definitions, such as those of Kalamazoo⁶¹, for a good clinical and professionalism practice, to be adopted by medical schools worldwide.

Professionalism became a larger construct, a set of attributes regarded as characteristic of professionals. In addition to technical skills, these attributes include attitudes, commitment, service to the public, communication skills, empathy, and teamwork. Medical schools have had to adapt to the contemporary need of training technically skilled professionals, who also meet the demand for humanistic, multidisciplinary care of shared responsibilities. The doctor, medical staff, and patients should become partners in the treatment of diseases, jointly seeking the more adequate solutions and always taking into account the costs involved.

The challenges of medical training in the twenty-first century encompass the needs of society, government policy, corporate power, and the easy access to knowledge via technology and the Internet, which is redefining the doctor-patient relationship and the concept of professionalism. Until recently, the license and certification obtained early on in a medical career were sufficient. Today, society demands much more and doctors' actions are evaluated based on competence, productivity, and their cost-benefit, which adds significant new obligations. Furthermore, the judicial system established new parameters of responsibility for doctors, increasing the number of malpractice lawsuits⁷. An American study⁶² found that nine out of thirty behaviors deemed important by at least 75% of patients do not have the same importance for doctors, namely:

1. Communicating with other health professionals to coordinate care
2. Paying attention to detail
3. Following-up on the patient to ensure proper care
4. Keeping the patient and/or family informed and updated

5. Exploring the needs and concerns of patients
6. Being accessible
7. Being open-minded towards the patient getting a second opinion
8. Paying attention to the cleanliness and comfort of patient-exclusive areas
9. Preparing before seeing the patient (e.g. medical record review).

Freidson⁵⁹ says that what we now call medicine, until recently was only one of the ways of healing. Medicine only occupied the current status when it demonstrated advantages over other existing methods of healing. Healing is no longer enough. It is necessary to take care of the patient as a whole, and, should the doctor perform his caregiving task, there must be room for active listening, genuine interest in the person and not just the disease.

PROFESSIONALISM AS A SOCIAL CONTRACT

Although professionalism is explicitly addressed as a result of different medical education systems, there is no consensus on the interpretation of the elements that make it up, because expectations about medicine in different societies are diverse. What is considered professional by an American or European doctor may not be viewed in that manner by Latin American patients and society, for example. In a recent work of building professionalism matrices, Asian^{38,63} and Arab³⁷ countries emphasize the fact that medical professionalism serves as the basis of the relationship between medicine and society, and that such a relationship is best described by the term “social contract:” a mix of implicit moral agreements that are demonstrated by explicit behavior.

The Chinese incorporate profound cultural influences of Confucianism, such as the “*Ren ai*,” in what constitutes their professionalism. “*Ren ai*” means everyone should be treated equally, even those who are on the periphery of society; another example, “*gong xi*,” may be translated as a double-perspective civility: public benefits and social justice¹⁰. Ho, Yu and Hirsh⁶⁴ reinforce the importance of Confucianism in non-Western countries and also highlighted another important difference between eastern and western cultures

that influences health care. They collected data from twelve groups of the population. Participants listed “managing time for family and self”, “healthy lifestyle”, “recreation”, and “self-care” as medical professionalism attributes. While the skills of Western professionalism reinforce the primacy of the patient and the separation between personal and professional life, Confucian culture contemplates the balance of both.

The Muslim framework in the Arab countries incorporates “The Four-Gates Model” into its medical professionalism matrix, which involves eight professional features associated with four major themes: handling the Self, handling tasks, dealing with others, and dealing with God. In the first gate, physicians should learn about themselves (self-knowledge) in order to recognize their potential and limitations, and then figure out how to meet their needs and learning gaps (self-awareness)³⁷. Dealing with God as a characteristic of professionalism refers to a self-accountability for one’s own behavior in the absence of human monitoring, also known as “taqwa,” as well as divine accountability, known as “ehtesab.” Both of these end up being intrinsic dimensions of reflection, vigilance, and careful evaluation of actions and their consequences because they are witnessed by God⁶⁵.

Some authors argue that the development of professionalism could be compared with clinical rationale and must be built and developed based on certain knowledge, methods and skills³. However, it should not be forgotten that medical professional status is granted by society and State⁶⁶. As a social construct, professionalism is context dependent, and may differ depending on culture^{59,66}. The Royal College of Physicians of London reinforces society’s importance to define medical professionalism when it states that these set of values, behaviors and relationships support the public trust in physicians and highlights the idea that “doctor’s responsibilities go beyond a mere contract of employment”⁶⁷.

DEVELOPING PROFESSIONALISM

Society demands better prepared doctors to communicate more effectively and carefully with their patients, colleagues, and family. What in the past was acquired by

example and daily experience with teachers is no longer sufficient. Teaching communication skills in medical schools as part of the development of professionalism has become as important as teaching, for example, surgical techniques.

It is therefore necessary to train doctors on how to deal with emotions, suffering, and anxieties arising from sickness. Medical schools are required to open a space for expanding self-knowledge, understanding the impact of others' emotion on the professional, and learning methods and techniques from other disciplines such as psychology and sociology to better equip professionals to resolve their own difficulties arising from the constant contact with disease, pain, and death. Following this trend, in 2001 Brazilian medical schools began to introduce students to practice scenarios early on in their undergraduate career, especially cases of primary health care services, under the Curricular National Directives of Medicine⁶⁸. The idea was that systemic exposure to real medical or institutional problems would help improve the performance of medical professionals.

Wear and Castellani⁶⁹ argue that the development of skills related to professionalism cannot be left to chance, allowing students to shape their own mold, nor can it be conceived that students assimilate these skills naturally. The lack of equally strict methods to define and measure professionalism enables students to consult their own moral rules about what is professional behavior. Professionalism should be promoted by the involvement of students with certain types of content and experiences. Stern and Papadakis⁷⁰ reported that most professionals are continually learning to be "better professionals".

This perspective is based on a foundation constructed during medical school and the early stages of graduate school, and it includes three basic actions in teaching professionalism: well-defined scenarios of expectations about behavior and attitudes, diversity of experiences, and evaluation of results. In a systematic review of the assessment methods and tools for professionalism, Wilkinson, Wade and Knock³ developed a matrix making an association between skills/ attributes and the tools/ methods available. They concluded that professionalism could be assessed by combining existing techniques and instruments as Mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX),

multisource feedback, critical incident report, global rating form and self-administered rating.

It is hard for patients to assess the technical quality of a doctor, even shortly after being examined. Patients tend to assume that doctors are competent until a lack of competence is proven, since patients are at a considerable disadvantage in terms of knowledge and have little choice but to rely on the doctor at that time of suffering. Patient social control transforms the relationship between doctors and their patients in a complex political process of negotiations and consensus. Describing and identifying doctors' behavior is more important and easier to judge for patients than the technical quality displayed during the examination^{69,71}.

Doctors' self-assessment may be impaired since they tend to correlate their own clinical competence directly to how intense their workload is, instead of characteristics and behaviors they display before patients and staff. The professionalism assessment methods proposed by the medical literature have several critical issues concerning the cultural contextualization and operational aspects. Cruess et al argues that professionalism outline the behavior expected of a professional and teaching/assessment of professionalism can be modified to assist learners as they develop their own professional identity or identities^{72,73}. Kaiser reinforces this idea of building a professional identity that is not fixed and rigid, avoiding reproducing the patriarchy that causes damage in the self-confidence and the creativity of the students⁷⁴.

There are currently 317 authorized medical schools with 32,201 vacancies/year in Brazil⁷⁵. Constructing a stable and encompassing definition of professionalism may contribute to the qualification of training of future doctors in Brazil, since the characteristics and behaviors associated with professionalism can be best taught, learned, and evaluated when clearly described in their local context. This profile of desirable behaviors will serve as a platform for the training of human resources at the undergraduate level and can be used as an evaluation model for professionals already active in the labor market, and even be considered for admission to medical programs.

CONCLUSIONS

Doctors need to better equip themselves to deal with the demands of the postmodern world, but it is a challenge to think about medicine in a global way, because the professionalism and characteristics that define a good doctor are different in each country.

Contemporary physicians need to develop skills in broad fields that go beyond technical and scientific knowledge. Therefore, it is important to assess, and rethink professionalism of medicine. Encouraging behaviors characteristic of the professional through discussing and teaching professionalism in medical schools, updating curricula to meet the social and technological demands arising from an increasingly complex world.

It is necessary to restore what leads many young people to seek medicine as a career: the ability to care for others, to aid in healing, and to find gratification in the personal relationships, permeated by a specific technical knowledge. For generations, patients blindly trusted their doctors. Nevertheless, specific qualifications are required nowadays, and trust must be conquered back.

There is little literature that explores the values of Latin American cultures about the medical profession. The social contract that underpins medical professionalism could be weakened when we only import documents from other countries.

This study is a call for action to start research on medical professionalism in Brazil. Specifically, future studies could focus on understanding about medical professionalism in regions where English is not an official language.

List of abbreviations

LA: Latin America

NR: Narrative review

SciELO: Scientific Electronic Library Online

UNICAMP: Estadual University of Campinas

Availability of data and materials

The datasets used and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

This research was supported in part by Capes project 2036/2010 (scholarship).

Authors' contributions

MMA, TAC e MSVS planned the study and carried out the literature research. MMA, TAC e MSVS collaborated on analyses. MMA e EA drafted the manuscript. EA contributed to the writing of the article and coordinated the project. All authors provided critical comments on the manuscript and have approved the final version.

Acknowledgements

Angelica Zeferino for the support to the framework for this manuscript.

BIBLIOGRAPHY:

1. Brandão HP, Zimmer MV, Pereira CG, Marques F, Costa HV, Carbone PP. Gestão de desempenho por competências : integrando a gestão por competências , o balanced scorecard e a avaliação 360 graus *. Rev Adm Pública. 2008;42(5):875–98.
2. Birden HH, Wilson I. Rural placements are effective for teaching medicine in Australia: Evaluation of a cohort of students studying in rural placements. Rural Remote

Health. 2012;12(4).

3. Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Acad Med* [Internet]. 2009 May;84(5):551–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19704185>
4. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med*. 2006;5(3):101–17.
5. Matos P de C. Tipos de revisão de literatura. Faculdade de Ciências Agronomicas UNESP Campus de Botucatu. 2015.
6. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enf*. 2007;20(2):5–6.
7. Paez A. Gray literature: An important resource in systematic reviews. *J Evid Based Med*. 2017;10(3):233–40.
8. Ferrari R. Writing narrative style literature reviews. *Med Writ* [Internet]. 2015;24(4):230–5. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/2047480615Z.000000000329>
9. Haeberlin RB. Perfil y competencias profesionales del Médico [Internet]. Bogotá; 2014. Available from: https://www.medicosgeneralescolombianos.com/images/noticias/Competencias_medico_Colombia.pdf
10. Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe, Organización Médica Colegial de España. Carta de Identidad y Principios de la Profesión Médica Latino-Iberoamericana [Internet]. 2016. Available from: http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/carta_de_identidad_y_principios_profesion_medica_latino-iberoamericana.pdf
11. Torregrosa L. Amenazas actuales al profesionalismo y al ejercicio ético de la cirugía. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2015;30:167–9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822015009000001&nrm=iso

12. Doval HC. El profesionalismo médico y las prácticas con la industria que crean conflictos de intereses. *Rev Argent Cardiol* [Internet]. 2008;76(5):417–22. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305327059018>
13. Puschel K, Repetto P, Bernales M, Barros J, Perez I, Snell L. “In Our Own Words”: Defining Medical Professionalism from a Latin American Perspective. *Educ Heal*. 2017;30(2):11–8.
14. Ortiz Moreira LE, Gajardo Navarrete LJ. Propuesta de competencias genéricas para el perfil de egreso del médico cirujano de la universidad de concepción, Chile. *Educ Médica Super*. 2015;28(3):424–35.
15. Sogi C, Cárdenas M, Zavala S, Mendoza A, Jiménez M del R. El profesionalismo en la formación del médico en la Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Un estudio de sílabos. *An Fac med* [Internet]. 2015;76(4):339–48. Available from: file:///scielo.php?script=sci%7B_%7Darttext%7B%7Dpid=S1025-55832015000500004%7B%7Dlang=pt
16. Bustamante E, Sanabria Á. Evaluación de las actitudes hacia el profesionalismo en estudiantes de medicina. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2014;29(3):222–9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822014000300007
17. Quintero G. Perspectivas sobre la Educación Médica en América Latina. *Rev Chil Cir*. 2014;66(5):412–3.
18. Pinilla A, Cárdenas F. Evaluación y construcción de un perfil de competencias profesionales en medicina interna. *Acta médica Colomb*. 2014;39(2):165–73.
19. Cervera S, Torregrosa L. El liderazgo como una competencia fundamental para el residente de Cirugía General. *Rev Colomb Cir*. 2011;26:164–70.
20. Fernandez G. Evaluación de las competencias clínicas en una residencia de pediatría con el Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise). *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2011;109(4):314–20. Available from: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2011/v109n4a06.pdf>

21. Pinilla AE. Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. *Acta Médica Colomb* [Internet]. 2011;36(4):204–18. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482011000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=%0Ahttp://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/08-ModelosPedagogico-corr.pdf
22. Portilla AFV. Relación entre el desarrollo del profesionalismo médico y el clima educativo en estudiantes de medicina que realizan el internado médico rotatorio en hospitales de Arequipa , Perú. Universidad Nacional de San Agustín; 2018.
23. Comisión para la transformación de la educación médica en Colombia (Org.). Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en colombia [Internet]. 2016. Available from: [http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/2017/MARZO/Documento Final Comision.pdf](http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/2017/MARZO/Documento%20Final%20Comision.pdf)
24. Prieto-miranda SE, Monjaraz-guzmán EG, Díaz-pérez HM, González-bojórquez E, Jiménez-bernardino CA, Esparza-pérez RI. Profesionalismo en Medicina. *Med Int Mex*. 2012;28(5):496–503.
25. Toro A. Consideraciones acerca de las cualidades del buen médico y del profesionalismo en medicina. *Acta Médica Colomb*. 2011;36(1):45–50.
26. Hernández-Escobar C, Hernández-Camarena J, González-González L, Barquet-Muñoz S. Formación en ética y profesionalismo para las nuevas generaciones de médicos. *Pers y Bioética*. 2010;14(1):30–9.
27. Morales-Ruiz JC. Formación integral y profesionalismo médico: una propuesta de trabajo en el aula. *Educ Med*. 2009;12(2):73–82.
28. Prieto-Miranda SE, Jimenez-Bernardino CA, Monjaraz-Guzman EG, Esparza-Perez RI. Profesionalismo en medicos de un hospital de segundo nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(2):269–72.
29. Campos NH. El sentido social del profesionalismo médico. *Rev Méd Chile*. 2006;134:520–4.

30. Veloski JJ, Fields SK, Boex JR, Blank LL. Measuring professionalism: a review of studies with instruments reported in the literature between 1982 and 2002. *Acad Med* [Internet]. 2005 Apr;80(4):366–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15793022>
31. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Teaching professionalism in medical education: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. *Med Teach* [Internet]. 2013;35(7):e1252–66. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2013.789132>
32. Li H, Ding N, Zhang Y, Liu Y, Wen D. Assessing medical professionalism: A systematic review of instruments and their measurement properties. *PLoS One*. 2017;12(5):1–28.
33. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Defining professionalism in medical education: A systematic review. *Med Teach* [Internet]. 2013 Jan 19 [cited 2013 Nov 22];36(1):1–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24252073>
34. Englander R, Cameron T, Ballard AJ, Dodge J, Bull J, Aschenbrener C a. Toward a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians. *Acad Med* [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Apr 24];88(8):1088–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23807109>
35. van de Camp K, Vernooij-Dassen MJFJ, Grol RPTM, Bottema BJAM. How to conceptualize professionalism: A qualitative study. *Med Teach*. 2004;26(8):696–702.
36. Packer AL, Cop N, Luccisano A, Ramalho A, Spinak E. 15 Anos de Acesso Aberto: um estudo analítico sobre Acesso Aberto e comunicação científica. UNESCO, editor. Paris; 2014. 188 p.
37. Al-Eraky MM, Donkers J, Wajid G, van Merrienboer JJG. A Delphi study of medical professionalism in Arabian countries: the Four-Gates model. *Med Teach* [Internet]. 2014 Apr [cited 2014 Apr 24];36 Suppl 1:S8-16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24617789>

38. Kim S, Choi S. The Medical Professionalism of Korean Physicians: Present and Future. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2015;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12910-015-0051-7>
39. Nishigori H, Harrison R, Busari J, Dornan T. Bushido and Medical Professionalism in Japan. *Acad Med* [Internet]. 2014;89(4):560–3. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201404000-00017>
40. Jin P. The physician charter on medical professionalism from the Chinese perspective: a comparative analysis: Table 1. *J Med Ethics* [Internet]. 2015;41(7):511–4. Available from: <http://jme.bmj.com/lookup/doi/10.1136/medethics-2014-102318>
41. Zhao Y, Zhang X, Chang Q, Sun B. Psychometric characteristics of the 360° feedback scales in professionalism and interpersonal and communication skills assessment of surgery residents in China. *J Surg Educ* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 8];70(5):628–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24016374>
42. Tsugawa Y, Tokuda Y, Ohbu S, Okubo T, Cruess R, Cruess S, et al. Professionalism mini-evaluation exercise for medical residents in Japan: A pilot study. *Med Educ*. 2009;43(10):968–73.
43. Wang X, Shih J, Kuo F-J, Ho M-J. A scoping review of medical professionalism research published in the Chinese language. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016;16(1):300. Available from: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0818-7>
44. Machado MH (Org. . Profissionais de saúde: uma abordagem sociológica. FIOCRUZ, editor. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995. 193 p.
45. Bonelli M da G. Os médicos ea construção do profissionalismo no Brasil. *Hist cienc saude-Manguinhos* [Internet]. 2002;9(2):431–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Os+médicos+e+a+construção+do+profissionalismo+no+Brasil#0

46. Linhares JJ, Dutra B de AL, Ponte MF da, Tofoli LFF de, Távora PC, Macedo FS de, et al. Construction of a competence-based curriculum for internship in obstetrics and gynecology within the medical course at the Federal University of Ceará (Sobral campus). *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2015;133(3):264–70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802015000300264&lng=en&tlng=en
47. Franco CAG dos S, Franco RS, Santos VM dos, Uieima LA, Mendonça N bitant, Casanova AP, et al. OSCE para Competências de Comunicação Clínica e Profissionalismo: Relato de Experiência e Meta-Avaliação. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2015;39(3):9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300433&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
48. Mendonça ET de, Cotta RMM, Lelis VDP, Moreira TR, Carvalho Junior PM. Integração Intercampi no Ensino: Desenvolvendo Competências do Profissionalismo. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2016;40(3):344–54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300344&lng=pt&tlng=pt
49. de Mendonça ET, Cotta RMM, Lelis V de P, Carvalho Junior PM. Assessment of professionalism in students of health-related courses: A systematic review. *Interface Commun Heal Educ*. 2016;20(58):679–90.
50. Souzal E da S, Lorena SB de, Ferreira CCG, Amorim AFC, Peter JVS. Ética e Profissionalismo nas Redes Sociais: Comportamentos On-Line de Estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(3):412–23.
51. Sisson MC. Identidades Profissionais na Implantação de Novas Práticas Assistenciais. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):116–22.
52. Correia T. An open-system approach to medical professionalism : a controversy within the sociology of professions. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2011;15(38):779–191.
53. Hamamoto Filho PT, Oliveira CC, Silva LA, Carvalho LR de, Peraçoli JC, Borges

VTM. Feedback de usuários como subsídio para avaliação do estudante de medicina.

Rev Bras Educ Med [Internet]. 2012;36(3):381–6. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

54. Zeferino AMB, Zanolli MDL, Antonio MÂRDGM. Experiência da atenção integral à saúde individual e familiar com enfoque na responsabilização, vínculo médico-paciente, ética e profissionalismo no Currículo Médico Integrado. Rev Bras Educ Med.

2012;36(1):141–6.

55. Rego S. O profissionalismo e a formação médica. Rev Bras Educ Med [Internet].

2012;36(4):445–6. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

56. Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JRC, Lima MEC de C. Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina. Rev Bras Educ Med. 2013;37(4):526–39.

57. Rego S. Editorial Cidadania e Profissionalismo. 2013;37(3):309–10.

58. Jorge ML da SG, Coelho ICM, Paraizo MM, Paciornik EF. Leadership, management and teamwork learning through an extra-curricular project for medical students: descriptive study. Sao Paulo Med J [Internet]. 2014;132(5):303–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000500303&lng=en&tlng=en

59. Freidson E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. 3rd ed. UNESP, editor. Porto Alegre; 1988. 451 p.

60. Starr P. The social transformation of American medicine. Basic Books, editor. 1982. 514 p.

61. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med. 2001;76(4):390–3.

62. Green M, Zick A, Makoul G. Defining professionalism from the perspective of

- patients, physicians, and nurses. *Acad Med* [Internet]. 2009 May;84(5):566–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19704188>
63. Pan H, Norris JL, Liang Y-S, Li J-N, Ho M-J. Building a professionalism framework for healthcare providers in China: A nominal group technique study. *Med Teach* [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr 24];35(10):1531–6. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/0142159X.2013.802299>
64. Ho M, Yu K, Hirsh D. Does One Size Fit All ? Building a Framework. *Acad Med*. 2011;86(11):1407–14.
65. Al-Rumayyan A, Van Mook WNKA, Magzoub ME, Al-Eraky MM, Ferwana M, Khan MA, et al. Medical professionalism frameworks across non-Western cultures: A narrative overview. *Med Teach*. 2017;39(November):S8–14.
66. Cruess RL, Cruess SR. Expectations and social contract with society. In: *Perspectives in Biology and Medicine*. 2008. p. 579–98.
67. Tallis R. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. *Clin Med*. 2006;6(1):7–12.
68. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasil: RESOLUÇÃO CNE/CES No 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001; 2001 p. 1–6.
69. Wear D, Castellani B. The development of professionalism: curriculum matters. *Acad Med* [Internet]. 2000 Jun;75(6):602–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10875504>
70. Stern DT, Papadakis M. The developing physician--becoming a professional. *N Engl J Med* [Internet]. 2006 Oct 26;355(17):1794–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17065641>
71. Bendapudi NM, Berry LL, Frey K a, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2006 Mar;81(3):338–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16529138>
72. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism must be taught. *Bmj*.

1997;315(December):1671–4.

73. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2016. 586 p.

74. Kaiser R. Fixing Identity by Denying Uniqueness: An Analysis of Professional Identity in Medicine. *J Med Humanit* [Internet]. 2002;23(2):95–105. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=11303197&site=ehost-live>

75. Escolas Médicas no Brasil [Internet]. Todas as escolas. 2018 [cited 2018 Jun 6]. Available from: <http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>

Institutional Bibliography on professionalism	ACGME / ABMS competency (1999)	CanMEDS Physician Competency Framework (2015)	Brazil National Curricular Guidelines (2001)	Brazil National Curricular Guidelines (2014)
Authors	Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) American Board of Medical Specialties (ABMS)	Royal College of Physicians and Surgeons of Canada	Brazil National Educational Council Brazil Chamber of Higher Education	Brazil National Educational Council Brazil Chamber of Higher Education
Set of professional responsibilities	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Professionalism</i>: proven commitment to carry out professional responsibilities, adherence to ethical principles and sensitivity to deal with diverse populations of patients. 2. <i>Patient Care and Procedural Skills</i>: providing compassionate care, appropriate and effective treatment for health problems and promoting health. 3. <i>Medical knowledge</i>: showing knowledge, associating and applying biomedical and clinical sciences and cognates in patient care. 4. <i>Practice based on learning and improvement</i>: ability to investigate and evaluate own patient care practices, evaluating and assimilating scientific 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Medical experts</i>: integrating all of the CanMEDS Roles, applying medical knowledge, clinical skills, and professional values in their provision of high-quality and safe patient-centred care. 2. <i>Communicator</i>: physicians form relationships with patients and people who are personally significant to the patient that facilitate the gathering and sharing of essential information for effective health care. 3. <i>Collaborators</i>: As collaborators, physicians work effectively with other health care professionals to provide safe, high-quality, patient-centred care. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Health care</i>: developing prevention, promotion, protection and rehabilitation, both individually and collectively. 2. <i>Decision-making</i>: based on the ability to make decisions regarding the appropriate use, effectiveness and cost-effectiveness. 3. <i>Communication</i>: must be accessible and must keep confidentiality of information entrusted to them. To master at least one foreign language and communication and information technologies. 4. <i>Leadership</i>: able to assume leadership positions, always taking into account the community's well-being. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Health Care</i>: attention to Individual Health Needs to the Collective Health Needs 2. <i>Health Management</i>: health work organization and health work monitoring and evaluation. 3. <i>Health Education</i>: identification of individual and collective learning needs; ii - promotion of the construction and socialization of knowledge; and iii - promotion of scientific and critical thinking and support for the production of new knowledge.

	<p>evidence and improving own practice of medicine.</p> <p>5. <i>Interpersonal and Communication:</i> displaying skills that result in effective information exchange and partnership with patients, their families and coworkers.</p> <p>6. <i>System-based practice:</i> showing awareness and responsibility to the larger context and health systems. Ability to identify system resources to provide the best care.</p>	<p>4. <i>Leaders:</i> as Leaders, physicians engage with others to contribute to a vision of a high-quality health care system and take responsibility for the delivery of excellent patient care through their activities as clinicians, administrators, scholars, or teachers.</p> <p>5. <i>Health Advocates:</i> physicians contribute their expertise and influence as they work with communities or patient populations to improve health. They work with those they serve to determine and understand needs, speak on behalf of others when required, and support the mobilization of resources to effect change.</p> <p>6. <i>Scholars:</i> As scholars, physicians demonstrate a lifelong commitment to excellence in practice through continuous learning and by teaching others, evaluating evidence, and contributing to scholarship.</p> <p>7. <i>Professionals:</i> as professionals, physicians are committed to the health and</p>	<p>5. <i>Administration and management:</i> ability to take initiatives, performing the management and administration of both the labor force and the physical and material resources and information.</p> <p>6. <i>Ongoing learning strategy:</i> learning continuously through both own training and own practice.</p>	
--	--	---	--	--

		well-being of individual patients and society through ethical practice, high personal standards of behaviour, accountability to the profession and society, physician-led regulation, and maintenance of personal health.		
--	--	---	--	--

Table 1 – Description of professional competences in medicine in different countries. Part II				
Institutional Bibliography on professionalism	Good Medical Practice (2013)	The Physician Charter (2002)	Common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians (2013)	Perfil y competencias profesionales del médico en Colombia (2014)
Authors	General Medical Council (UK)	ABIM Foundation American College of Physicians Foundation European Federation of Internal Medicine	MedEdPORTAL by Association of American Medical Colleges (AAMC) American Dental Education Association (ADEA)	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud y Protección Social Academia Nacional de Medicina Ministerio de Educación Nacional Alexandra
Set of professional responsibilities	<ol style="list-style-type: none"> Develop and maintain own professional performance Apply the knowledge and experience to practice Record own work clearly, accurately, and legibly Contribute and comply with patient protection systems Act against identified risks to ensure safety Protect patients and colleagues from any risk posed to their health Work in collaboration with colleagues to maintain or improve patient care Education, training, support and evaluation Continuity and coordination of care 	Commitment to: <ol style="list-style-type: none"> professional competency (<i>lifelong learning</i>) honesty towards patients patient confidentiality maintain appropriate relations with patients improve the quality of care improve access to care the just distribution of finite resources scientific knowledge keep trust by managing conflicts of interest professional responsibilities 	<ol style="list-style-type: none"> <i>Patient Care</i>: Provide patient-centered care that is compassionate, appropriate, and effective for the treatment of health problems and the promotion of health <i>Knowledge for Practice</i>: Demonstrate knowledge of established and evolving biomedical, clinical, epidemiological and social-behavioral sciences, as well as the application <i>Practice-Based Learning and Improvement</i>: Demonstrate the ability to investigate and evaluate one's care of patients, to appraise and assimilate scientific evidence, and to continuously improve patient care based on constant self-evaluation and life-long learning <i>Interpersonal and Communication Skills</i>: Demonstrate interpersonal and communication skills that result in the effective exchange of information and collaboration with patients, their families, and health professionals <i>Professionalism</i>: Demonstrate a commitment to carrying out professional 	Assume the role that corresponds to him/her as a professional in an individual, interprofessional and interdisciplinary way, with the persons, family and community, considering the fundamental principles of science, ethics and bioethics, in the current political and legal framework, as well as in favor of individual human rights and prerogatives of autonomy and self-regulation for their own development and for the profession.

	<ul style="list-style-type: none"> 10. Establish and keep partnerships with patients 11. Show respect to patients 12. Treat patients and colleagues fairly and without discrimination 13. Honesty 		<p>responsibilities and an adherence to ethical principles</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. <i>Systems-Based Practice:</i> demonstrate an awareness of and responsiveness to the larger context and system of health care, as well as the ability to call effectively on other resources in the system to provide optimal health care 7. <i>Interprofessional Collaboration:</i> demonstrate the ability to engage in an interprofessional team in a manner that optimizes safe, effective patient- and population-centered care 8. <i>Personal and Professional Development:</i> demonstrate the qualities required to sustain lifelong personal and professional growth 	
--	---	--	---	--

4.2. Artigo 2

Competências em profissionalismo médico: consenso de especialistas brasileiros pela técnica e-Delphi

Defining competencies of medical professionalism in Brazil using the e-Delphi technique

Autores: Magda Moura de Almeida
Eliana Amaral

Revista para a qual será enviado: INTERFACE (UNI/UNESP. ONLINE) em português e inglês

Resumo

Objetivo: Construir uma matriz de competências sobre profissionalismo médico, na perspectiva de educadores das profissões da saúde. **Métodos:** Utilizou-se o método e-Delphi, em três etapas. A definição dos atributos de profissionalismo emergiu da análise de conteúdo das respostas do primeiro questionário. Durante a segunda rodada, um novo questionário usou uma escala Likert de 4 pontos. Na terceira rodada, os especialistas ordenaram competências pela importância e validaram a categorização proposta. **Resultados:** Vinte e uma competências foram consideradas indispensáveis. As competências foram categorizadas em seis domínios com a seguinte distribuição em ordem decrescente de relevância: "habilidades de comunicação e colaboração", "compromisso com o desempenho técnico", "compromisso com a ética", "competência cultural", "prática reflexiva e auto-conhecimento" e "responsabilidade social". **Conclusão:** o conjunto de competências do profissionalismo médico no Brasil destaca os domínios da competência inter-relacionais de comunicação e colaboração, e define profissionalismo como um construto abrangente.

Palavras-chaves: Profissionalismo, Educação Médica, Competência Profissional

ABSTRACT

Objective: Build a framework of medical professionalism competencies, related to the perspective of health educators. **Methods:** E-Delphi method in three rounds. The attributes of professionalism emerged from the content analysis performed in the first questionnaire through open questions. During the second round, a new questionnaire was prepared in order to classified the attributes using a 4-point Likert scale as: “should not be included”, “unimportant”, “important and “indispensable”. **Results:** Twenty one competences were considered indispensable by more than 50% of the panelists. Competences were categorized into six domains with the following distribution in descending order of relevance: “communication and collaboration skills,” commitment to technical performance”, “commitment to ethics”, “cultural competence, “reflexive practice and self-knowledge” and “social responsibility”. **Conclusion:** The set of competencies of medical professionalism in Brazil has similarities with other international documents, highlighting items such inter-relational attributes.

Key-words: Professionalism, Medical Education, Professional Competence

Introdução

A construção da identidade profissional do médico pode decorrer das rotinas no cotidiano dos serviços de saúde, ou a partir dos códigos deontológicos existentes, que fixam as normas e os princípios, formas de construção que podem separar as obrigações e o cumprimento dos deveres, do caráter moral do médico¹. O ambiente social, a mídia, a cultura e a literatura reforçam imagens atribuídas aos médicos. Espera-se do profissional médico, determinadas formas de se comportar e tratar os outros, a partir de normas sociais situadas dentro de contextos sócio-históricos específicos².

No imaginário comum, o profissionalismo não representa um conhecimento explícito, mas sim tácito; sabemos o que é, mas não se explica facilmente, sendo definido a partir de regras básicas, da intuição e do reconhecimento de padrões³. Contudo, pode ser definido como um *ethos* ou como um conjunto de atributos a serem dominados^{4,5}. Para Freidson⁶, “profissionalismo é um conjunto de atributos tido como característico dos profissionais”, que engloba atitudes, comprometimento e serviços voltados para um público. De fato, o conceito de profissionalismo tem sido amplamente debatido por autores americanos e europeus⁷⁻⁹. No Brasil, ainda não há claramente descrito o entendimento de profissionalismo médico. Pelos trabalhos publicados, o termo se distancia do conceito de competência profissional (*professional competence*), que abrange aspectos cognitivos, técnicos e atitudinais³, e se aproxima do conceito de uma competência relacionada aos domínios ético e humanístico.

O termo “competências humanas ou profissionais”, utilizado por autores da área de educação e saúde, possui suas origens nas ciências administrativas⁹. Autores advindos deste último setor sugerem a adoção de alguns cuidados metodológicos para a descrição de competências profissionais que nem sempre são observados em marcos regulatórios da educação ou da saúde. Carbone, Brandão e Leite¹⁰ recomendam a descrição das competências sob a forma de referenciais de desempenho, ou seja, de comportamentos observáveis no trabalho, indicando exatamente aquilo que o profissional deve ser capaz de fazer, utilizando-se um verbo e um objeto de ação. A orientação é que sejam

utilizados verbos como analisar, organizar, examinar, comunicar, avaliar, estabelecer, propor e elaborar, em lugar de verbos que não expressem comportamentos passíveis de observação, como saber, conhecer, apreciar, acreditar, pensar e internalizar.

Os pacientes e os serviços de saúde esperam que os médicos sejam bem formados e que isso garanta que serão bons profissionais. A partir do perfil profissional demandado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina nos anos de 2001 e 2014^{11,12}, as instituições formadoras tem se esforçado para desenvolver uma “identidade médica” na graduação, partindo do pressuposto que essa identidade não é inerente ao sujeito, e que pode ser construída¹³. No entanto, não há consenso brasileiro atual sobre o que seria um bom profissional médico. Autores sugerem que existe um ideal socialmente negociado do "bom médico", e que o comportamento do profissional é guiado e limitado por esse ideal^{13,14}. Contudo, é escassa ou inexistente a produção de literatura latino-americana sobre profissionalismo médico. Na maior parte dos currículos são adotados os padrões anglo-saxões.

Entende-se que o profissionalismo não deve ser visto como a ausência de atributos negativos do profissional médico, mas sim como um conjunto de qualidades ou comportamentos positivos identificáveis que os médicos deveriam almejar⁴. As DCN de 2001¹¹ indicavam que o médico precisaria adquirir competências em seis domínios: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Alguns desses domínios são similares aos cinco grupos de competências de profissionalismo identificados em revisão sistemática¹⁵: adesão aos princípios éticos da prática; interações efetivas com os pacientes e com as pessoas que são importantes para os pacientes; interações efetivas com outras pessoas que trabalham no sistema de saúde; a confiabilidade e o compromisso com o aperfeiçoamento de competências em si mesmo. Apesar da similaridade, é possível perceber uma grande diferença entre os documentos, destacando que competências podem ser mais facilmente percebidas e avaliadas do que os domínios.

Países asiáticos têm questionado o profissionalismo médico após a introdução da medicina ocidental na região¹⁶⁻¹⁹. A Medicina Tradicional se propõe ao cuidado integrado do corpo e da alma, valoriza a compaixão do médico perante a vulnerabilidade do paciente, e compreende, como obrigação do médico, a restauração da saúde individual e também coletiva. Estudo realizado na Coreia indica que existem diferenças da percepção de profissionalismo entre os médicos de diferentes faixas etárias e gerações¹⁸.

Considerando todos esses pressupostos, pretendeu-se, com este projeto, identificar comportamentos ou atributos da boa performance médica no contexto brasileiro, segundo a opinião de educadores da área da saúde. O intuito é descrever ações que possam ser diretamente mensuráveis, mantendo o entendimento que a competência profissional pode ser também inferida pela qualidade global do cuidado prestado.

Métodos

Desenho do Estudo [subtítulo]

Este estudo se baseou numa versão modificada da técnica Delphi^{20,21,22,23}, utilizada para realizar consenso entre especialistas em educação para as profissões da saúde.

Seleção de Sujeitos e Tamanho Amostral [subtítulo]

Os especialistas deste estudo convidados deveriam cumprir determinados critérios de inclusão: (a) falantes nativos de português do Brasil; (b) possuírem residência há pelo menos cinco anos com endereço no Brasil, e (c) envolvidos em educação médica de graduação e/ou de pós-graduação a pelo menos 6 meses. Utilizando-se de uma estratégia de bola de neve a partir de listas discussões eletrônica de uma comunidade de educadores médicos formadas no Brasil pelo programa de Desenvolvimento Docente Faimer Brasil²⁴ e pelo Grupo de Trabalho de Ensino da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade²⁵, foram identificados 91 painelistas provenientes de todas as

regiões do Brasil. A participação dos experts ocorreu em três etapas^{20,21,22,23,24}, que foram representadas por questionários eletrônicos, detalhados abaixo:

- Questionário 1: coleta inicial de itens.
- Questionário 2: reconsideração de itens e validação da lista categorizada de fatores.
- Questionário 3: escolha e classificação dos itens mais importantes.

Foi enviado aos convidados deste estudo o Termo Eletrônico de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 31901414.1.0000.5404).

Os especialistas que optaram por participar na primeira rodada deveriam participar nas etapas posteriores. Caso o expert não realizasse acesso ao questionário durante o período estipulado, o mesmo não era excluído do estudo, podendo participar na etapa seguinte. A cada etapa, lembretes por e-mail eram enviados até duas semanas após os questionários estarem disponibilizados. Os dados foram coletados no período de Agosto de 2015 a Novembro de 2016.

Primeiro Questionário [subtítulo]

O primeiro questionário (QES1) possuía uma única pergunta aberta, que solicitava que os participantes identificassem seis atributos/comportamentos de um bom profissional médico. Na análise das respostas, houve apenas a remoção de respostas idênticas, com a edição reduzida dos itens, tentando manter a forma escrita a mais fidedigna possível do original, para que os participantes se certificassem que os seus termos foram mapeados e suas ideias estavam representadas. Os participantes, não os pesquisadores, deveriam julgar a qualidade dos itens na fase seguinte²⁹.

Segundo questionário [subtítulo]

No segundo questionário (QES2), 51 itens foram apresentados juntamente a uma escala de Likert de quatro pontos ("não deve ser incluído", "sem importância", "importante" e "indispensável"), para permitir que os

participantes avaliassem as sugestões feitas, assim como a relevância de cada uma das competências, listadas na primeira rodada.

Em todos os questionários existia um espaço aberto a sugestões e comentários dos participantes, que tinha o intuito de utilizar as críticas para o refinamento da redação e categorização das competências. Várias sugestões foram feitas, referindo-se a itens que já haviam sido incluídos no questionário e nenhuma nova competência foi sugerida.

Terceiro Questionário [subtítulo]

Para o questionário final (QES3), foram consideradas as 21 competências consideradas indispensáveis por mais de 50% dos painelistas no QES2. Esses itens tiveram sua redação refeita para serem apresentados na forma de um comportamento observável e foram reorganizados em seis “domínios de competências”. Foi solicitado aos especialistas, no QES3, que selecionassem e ordenassem as 10 (dez) competências de profissionalismo mais importantes.

Para a análise e a apresentação dos dados do QES3, as respostas dos participantes foram avaliadas usando somente a média da pontuação de cada competência como estatística descritiva. Através das médias, as competências foram ordenadas da melhor pontuada para a pior pontuada. Alguns itens tiveram pontuações iguais e foram categorizadas na mesma ordem. Interpretou-se que a competência mais pontuada era a considerada a mais importante para os experts, e assim por diante.

Resultados

As taxas de resposta obtidas para os três questionários dos 91 membros do painel foram, em ordem sequencial, 100%, 65% e 59% (Figura 1).

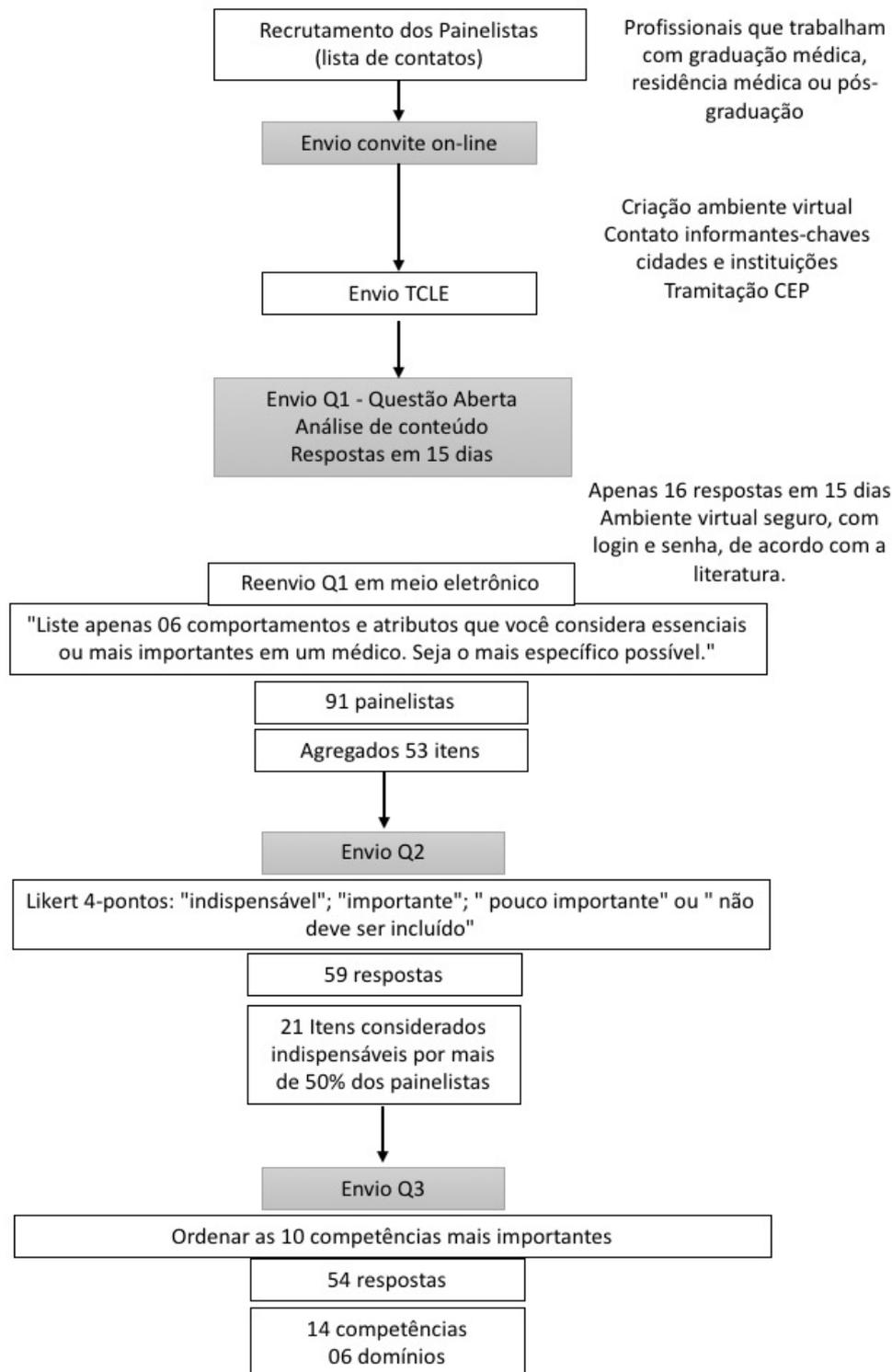


Figura 1 – Fluxograma das fases do painel e-Delphi para a construção da matriz de profissionalismo médico no Brasil

As características dos participantes são descritas na Tabela 1. Pode ser observada que os painelistas da fase 1 eram principalmente médicos (87%), do sexo feminino (56%), que trabalhavam na APS (55%), na reunião sudeste (44%). Todos os profissionais não-médicos eram docentes de universidades, enquanto que 18% dos médicos não eram vinculados como docentes, mas estavam no serviço assistencial como preceptores. A média de magistério era de 13 anos, a maioria com atuação docente somente nas universidades públicas (48%). Biomédicos (1%), cirurgiões-dentistas (2%), enfermeiros (2%), fisioterapeutas (3%) e psicólogos (3%) também compuseram 13% restante da amostra.

Tabela 1 - Características dos 91 participantes no estudo e-Delphi sobre competências de profissionalismo médico no Brasil, 2014-2015

	Médicos	Demais profissões	Total
Número de participantes	79	18	91
Idade			
Média (DP)	44 (± 9)	43 (± 9)	43,5
Sexo			
% Mulheres	48	58	56
Campo de Trabalho (%)			
Atenção Primária	48	7	55
Atenção Secundária	7	0	7
Atenção Terciária	14	0	14
Urgência e Emergência	3	0	3
Outros	14	7	21
Tempo de Docência			
Média de anos ($\pm DP$)	13 (± 9)	13 (± 9)	13 (± 9)
Tipo de Universidade (%)*			
Pública	51	42	48
Privada	19	33	22
Pública e Privada	12	25	13

Região do Brasil (%)

Centro Oeste	6	0	5
Norte	1	0	1
Nordeste	32	42	33
Sul	18	8	16
Sudeste	43	50	44

* n=77, treze participantes não têm contrato como docentes, mas como supervisores e preceptores, por isso o total da amostra não será de 100% para médicos e total

De 51 itens, 51% foram considerados indispensáveis, 31% importantes e para 18% não houve consenso entre os especialistas, por apresentarem como “sem importância” e “não deve ser incluído”. Os itens considerados importantes e para os quais não houve consenso foram excluídos na segunda rodada.

“Habilidades de Comunicação e Colaboração” foi o domínio com maior número de competências (29%), seguido por competências de “Prática reflexiva e autoconhecimento” (25%), “Comprometimento com os aspectos éticos” (20%), “Compromisso com a competência técnica” (16%), “Competência Cultural” (06%) e “Responsabilidade Social” (06%).

Ao final, o painel selecionou 21 competências de profissionalismo consideradas essenciais, distribuídas em seis domínios: compromisso com a competência técnica, prática reflexiva e autoconhecimento, habilidades de comunicação e colaboração, comprometimento com aspectos éticos, competência cultural e responsabilidade social. Nenhuma das competências finais recebeu pontuação menor que 8,0 na média do QES3 (Tabela 2).

Tabela 2 – Ordenação das Competências de Profissionalismo, resultados Etapa 3		
Ordem	Domínios de Competência/Competências Nucleares Ordenadas	Média
1	Compromisso com a competência técnica: Realiza anamnese, reconhecendo os seus elementos centrais. Valoriza e integra os achados do exame físico com a história clínica, elaborando raciocínio clínico lógico e formulando hipóteses diagnósticas coerentes.	9,41
2	Prática reflexiva e autoconhecimento: Reconhece a possibilidade de falha ou iatrogenia das suas condutas, mitiga suas consequências e corrige seus erros.	8,89
3	Compromisso com a competência técnica: Reconhece suas limitações e identifica suas necessidades de educação permanente, comprometendo-se com a aprendizagem ao longo da vida, com atualização e aprimoramento do seu conhecimento científico, das suas habilidades clínicas e relacionais.	8,78
4*	Habilidades de Comunicação e Colaboração: Avalia se o paciente, seus familiares e os membros da equipe compreenderam as orientações e recomendações orais ou escritas.	8,77
4*	Habilidades de Comunicação e Colaboração: Trata seus pares, paciente e equipe de saúde com respeito e interesse, colocando-se na posição do outro, compreendendo seus conflitos e problemas.	8,77
5	Comprometimento com aspectos éticos: Age com integridade e honestidade nas interações com pacientes e colegas, sendo consciente das situações que podem resultar em conflito de interesses.	8,71
6*	Habilidades de Comunicação e Colaboração: Promove um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe, compartilhando as decisões de acordo com a expertise dos demais profissionais de saúde e respeitando os saberes de outros campos do conhecimento.	8,69
6*	Competência cultural: Elabora planos diagnóstico e terapêuticos adequados à realidade socioeconômica e coerente aos valores, crenças e costumes dos pacientes e comunidade.	8,69
7	Habilidades de Comunicação e Colaboração: Orienta e esclarece o paciente, família e comunidade em todos os passos do processo de investigação diagnóstica e na indicação de medidas profilático-terapêuticas.	8,47
8*	Habilidades de Comunicação e Colaboração: Comunica-se nas formas não-verbal, verbal e escrita, de modo respeitoso e ético, considerando diferenças culturais e de crenças.	8,40
8*	Comprometimento com aspectos éticos: Permite e estimula a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões.	8,40
9*	Compromisso com a competência técnica: Previne, diagnostica e trata clinicamente as doenças e agravos prevalentes na região onde atua.	8,37
9*	Responsabilidade Social: Atua com senso de cidadania e responsabilidade social, demonstrando preocupação com o bem-estar da coletividade.	8,37
10*	Habilidades de Comunicação e Colaboração: Promove o diálogo regido pela escuta ativa, evitando julgamentos e cerceamento de fala.	8,36
10*	Habilidades de Comunicação e Colaboração: Registra procedimentos clínicos ou cirúrgicos de modo organizado e legível.	8,36
11	Habilidades de Comunicação e Colaboração: Utiliza formas de linguagem acessíveis, respeitosas e adequadas ao seu interlocutor.	8,31
12*	Comprometimento com aspectos éticos: Defende a preservação e recuperação da saúde, acima dos interesses corporativos.	8,29
12*	Compromisso com a competência técnica: Utiliza racionalmente os recursos diagnósticos e terapêuticos através de noções de custo-efetividade e risco-benefício, embasados nas melhores evidências científicas.	8,29
13	Prática reflexiva e autoconhecimento: Realiza auto avaliação sistemática através da reflexão sobre seus atos e sentimentos.	8,26
14	Prática reflexiva e autoconhecimento: Preza pela sua qualidade de vida	8,20
16	Comprometimento com aspectos éticos: Atua com discrição, mantendo a confidencialidade sobre às informações relativas às pessoas sob seus cuidados.	8,13

*itens com a mesma pontuação

A interação de diferentes atores é o que determina a compreensão das expectativas em profissionalismo, não sendo produzida isoladamente pelo sistema educacional, pelos médicos, pacientes ou pelos serviços de saúde^{4,6,30}. Os códigos de ética não orientam a formação e a prática diária. Para alcançar tal objetivo é preciso definir quais padrões de excelência estamos nos referindo^{1,31,32}. O pressuposto de boa intencionalidade do médico não é suficiente para garantir um encontro clínico de qualidade.

A sociedade espera que lhe sejam ofertados bons serviços médicos, que as instituições regulatórias garantam que os médicos sigam um padrão de qualidade permanente, e que as mesmas instituições estejam prontas para protegê-los quando os médicos assim não o fizerem. O desenvolvimento do profissionalismo médico passa pelo entendimento sobre os papéis que estes profissionais desempenham dentro da sua profissão e na sociedade. Os especialistas brasileiros consideram que os domínios da competência de profissionalismo devem incluir, prioritariamente, aspectos de competência técnica, prática reflexiva e autoconhecimento, habilidades de comunicação e colaboração, aspectos éticos, culturais e responsabilidade social.

A percepção dos educadores nesse estudo se aproxima da concepção mais ampla de profissionalismo^{6,32,33}. Não se restringe a um domínio de competência relacionado aos valores éticos, respeito ao paciente e humanismo, como defenderam Gontijo e colaboradores³⁴ em sua “Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina”. Nossos achados corroboram para que os médicos sejam estimulados a ir além da competência técnica, incluindo habilidades de comunicação e relacionais e valorizando o protagonismo dos pacientes no seu cuidado^{1,6}.

A interpretação, categorização e redação das variáveis do pesquisador foram legitimadas a cada etapa pelos especialistas consultados. Cada adição de palavra, formulação de frase foi validada através do método Delphi, sendo sempre permitida a sugestão de alteração dos participantes através de campos abertos. Os itens nos quais se encontravam divergências, foram sendo retirados ao longo do processo, restando apenas o que foi consenso.

Os dados apresentados neste trabalho, emergiram a partir do consenso do grupo, com a mínima interferência dos pesquisadores. Os participantes desse estudo tinham posições e experiências diversificadas (biomédicos, cirurgiões dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e psicólogos), o que confere maior validade ao resultado. De fato, não existem critérios para determinar a natureza do "expert", o tamanho do painel ou os critérios de seleção dos participantes. A representatividade do painel Delphi é avaliada pela qualidade dos especialistas, não os seus números²⁸⁻³⁰.

A maior parte das matrizes anglo-saxônicas que abordam profissionalismo médico trazem competências, responsabilidades e atributos relacionados ao senso de justiça social. O americano e europeu *Physicians' Charter* declara: a profissão médica deve promover a justiça no sistema de saúde, incluindo a distribuição justa dos recursos de saúde e a eliminação da discriminação nos cuidados em saúde³⁵⁻³⁷. O canadense *CanMEDs* destaca que os médicos devem ser capazes de contribuir para a eficácia de suas organizações e sistemas de saúde; alocar recursos finitos de saúde apropriadamente e participar em funções de administração e liderança³⁸. A publicação *Good Medical Practice* orienta os médicos ingleses que, se os pacientes estiverem em risco por causa de instalações inadequadas, equipamentos, políticas ou sistemas, devem tentar solucionar, se for possível, e registrar essas ações³⁹.

Apesar dos domínios referentes à competência técnica serem indicados como os mais importantes e essenciais na construção do profissionalismo, nota-se que, ainda assim, houve uma importante valorização de competências relacionadas às habilidades de comunicação, atualização técnica e ao desenvolvimento de atitudes positivas no trabalho em equipe multidisciplinar. Dos seis domínios de competência encontrados em estudo brasileiro prévio³⁴, três convergem diretamente com os nossos achados: "relacionamentos interpessoais e comunicação", "atenção integral à saúde da pessoa" e "conhecimento médico". A "gestão do conhecimento" proposta pelo estudo citado poderia estar englobada em "Prática reflexiva e autoconhecimento", enquanto

que a “organização de sistemas de saúde e atenção em saúde pública” não surgiu na composição das competências finais no presente estudo.

A menor valorização dada para a administração dos recursos e conhecimento sobre o sistema de saúde no Brasil pode ter raízes culturais. Encontramos respaldo nos dados semelhantes do *Proyecto Tuning*, de perspectivas do ensino superior na América Latina, onde esse item também foram considerados menos importantes para os quatro grupos pesquisados - alunos, docentes, médicos e empregadores⁴⁰.

A principal competência destacada pelos painelistas no Brasil vai ao encontro das três principais competências identificadas pelo grupo de docentes da América Latina. Valorizar a competência para realizar anamnese, reconhecendo os seus elementos centrais, integrar os achados do exame físico com a história clínica, elaborando raciocínio clínico lógico e formulando hipóteses diagnósticas coerentes é competência similar à identificada no projeto latino-americano (capacidade para avaliar os sinais vitais, história clínica e realizar diagnóstico sindrômico e formular hipóteses diagnósticas, levando em conta os dados da anamnese, os resultados do exame físico e as enfermidades prevalentes).

Um outro aspecto relevante nas mudanças em relação ao profissionalismo é o que tem se chamado de “*the decline in deference*”^{41,42}. Os avanços tecnológicos democratizaram o acesso à informação médica e de saúde, através dos computadores e da internet. As informações, que antes eram de posse exclusiva do médico, agora estão disponíveis para acesso público e são utilizadas pelos pacientes para questionar condutas médicas. O maior acesso a informação associado a relações entre profissionais de saúde e pacientes pautadas pela perspectiva das relações comerciais, elevaram a expectativa dos pacientes sobre os cuidados em saúde, causando desgaste e desconfiança^{43,44}.

Assim, em um novo cenário sociopolítico, é preciso considerar que as várias mudanças de valores e paradigmas interferirão na relação médico-paciente, necessitando que se redesenhe o contrato social da profissão médica

com a sociedade civil, estabelecendo direitos e deveres recíprocos, fundamentais para que essa relação possa florescer em harmonia^{43,44,45}. Entre as três principais competências de profissionalismo apontadas estavam o reconhecimento das limitações pessoais e a identificação das necessidades de educação permanente, como um compromisso com a aprendizagem ao longo da vida. Esses achados mostraram-se alinhados com uma nova demanda causada pela crescente velocidade de incorporação científica e tecnológica na profissão médica.

As habilidades de comunicação verbal e não-verbal apontada pelos painelistas, são a base para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Denominamos uma categoria de “Habilidades de Comunicação e Colaboração” entendendo que a necessidade de se comunicar de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, extrapola a relação médico-médico, e atinge também a relação com as pessoas próximas aos pacientes, com os outros membros da equipe de saúde e com a comunidade⁴.

A emergência desses domínios de competências não é recente. As DCN de 2014¹² trouxeram, em vários dos seus componentes, a necessidade de discussões dos planos terapêuticos, a promoção do diálogo, a mediação de conflitos e o estabelecimento de pactos. Contudo, não ficou explícita a importância da abordagem e do treinamento de habilidades de comunicação nos conteúdos curriculares e nos projetos pedagógicos dos cursos de medicina para o alcance dessas competências⁴⁶. Ezequiel et al identificaram que somente um quarto das disciplinas do currículo do 1º ao 8º período de um curso de graduação do Brasil abordam o ensino de habilidades de comunicação^{47,48}.

As duas competências que tratam especificamente do trabalho em equipe ressaltam o respeito e interesse na promoção de um ambiente colaborativo, com decisões compartilhadas, de acordo com a expertise dos demais profissionais de saúde, o que vai de encontro às DCN de 2014, que propõe o desenvolvimento de competências de liderança¹². Entendemos que apesar da categoria médica ter perdido influência nos espaços de decisão, nas políticas de saúde, e se distanciado dos problemas coletivos, a palavra mais correta a ser usada, deveria ser protagonismo, ao invés de liderança. Liderança pressupõe uma hierarquia

dentro de uma organização de poder. Já o protagonismo, pode ser exercido em qualquer âmbito, esteja ou não em posto de liderança. O entendimento da liderança como uma meta pode aumentar o isolamento dentro de uma equipe, enquanto que o protagonismo dentro de uma perspectiva colaborativa é mais agregador.

O conjunto de competências do profissionalismo médico no Brasil mostrou inúmeras semelhanças com outros documentos internacionais, principalmente dos países da América Latina. Destacaram-se alguns itens específicos, como uma ênfase importante nos atributos inter-relacionais, mas nenhum atributo que possa ser considerado específico da cultura brasileira. A omissão de algumas competências relacionadas à responsabilidade social no contexto do sistema de saúde, e a autonomia do paciente devem ser e podem explicar lacunas importantes na formação médica atual, mesmo após as DCNs.

Existe atualmente um processo de reorganização de paradigma sobre a importância de identidades profissionais, que alguns autores chamam de “o renascimento do profissionalismo”^{48,49}. Tornar-se médico é um processo que inclui o desenvolvimento das necessárias competências e a sua certificação. Contudo essas características não são adquiridas de modo permanente e imutável: elas se constroem através, e pelas interações ao longo da vida. Por isso, em uma mesma instituição, pessoas que são submetidas ao mesmo processo formativo podem construir identidades profissionais diferentes². A mudança de foco do profissionalismo, para que ele se torne um meio pelo qual(is) a(s) identidade(s) profissional(is) sejam respeitadas, construídas e reconstruídas de modo compartilhado, é recente na literatura médica⁴⁹.

Essa compreensão da identidade profissional atesta a atualidade do pensamento de Paulo Freire⁵⁰:

“(...) ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”.

A ênfase em competências, ao invés de atributos, facilita o desenvolvimento do profissionalismo na prática docente-assistencial. Que conteúdos devem ser abordados para que as competências relacionadas aos domínios de prática reflexiva, autoconhecimento e habilidades de comunicação e relação possam ser desenvolvidas, por meio de quais estratégias e como avaliar seu desenvolvimento, são aspectos precisam ser considerados nos projetos pedagógicos dos cursos de medicina, nos quais a maior parte da carga didática se concentra ainda no desenvolvimento da competência técnica.

De fato, muitas das competências identificadas pelo projeto não são exclusivas do médico, podendo ser estendidas a outras profissões da saúde. Todavia, não foi o objetivo deste trabalho delimitar campo de trabalho e atuação do profissional médico contemporâneo, entendendo-se a necessidade de complementaridade entre as diversas profissões da saúde.

Em revisão narrativa foram identificados apenas 13 (treze) artigos que abordaram o profissionalismo em culturas não-ocidentais e apenas três se referiam à construção de matrizes que incluíam elementos específicos de cada cultura. Três atributos foram comuns às três matrizes: “Altruísmo/Benevolência /Compaixão”, “Integridade/Honestidade /Retidão”, “Respeito/Polidez”. Doze foram comuns a pelo menos duas culturas e os demais nove atributos foram únicos para cada cultura⁵¹.

Diferente das culturas orientais, a matriz brasileira sugerida pelos educadores das profissões da saúde não demonstrou nenhuma particularidade aditiva às diferentes matrizes anglo-saxônicas^{14,15}. Essa percepção corrobora para inferirmos que a medicina brasileira se encontra hegemonicamente inserida na perspectiva ocidental da medicina, pelo menos na visão dos educadores nas profissões da saúde de todo o Brasil consultados. Mesmo nas matrizes de profissionalismo médico de países não-ocidentais, é possível identificar sinais de certa uniformização em relação às características importantes do bom profissional médico.

Partindo da premissa de contribuir para a formação de recursos humanos, a matriz brasileira aqui proposta não tem o intuito de ser utilizada como *checklist*

para identificar e observar determinados comportamentos, favorecendo comportamentos automatizados. O profissionalismo médico não se reduz à uma lista de competências, mas é o resultado da combinação das mesmas. Cada profissional deve procurar exercer a prática médica com profissionalismo em função das suas características, dos seus recursos pessoais e do contexto disponível. A matriz proposta não defende que exista um único modelo de médico, como uma receita de bolo ou uma prescrição.

A matriz oferece possibilidades para o desenvolvimento de identidades profissionais ao contribuir para aumentar a conscientização dos valores e expectativas subjacentes a cada sujeito. Em qualquer prática profissional, não existe uma resposta única para uma demanda e coexistem diversas formas de resolver um problema com competência. Confrontado com um determinado problema, cada profissional agirá de uma forma peculiar, resultado de um processo de aprendizagem através das suas experiências em situações reais e em situações reconstituídas ou simuladas⁵².

Elementos que ajudem a parametrizar provavelmente são importantes, mas não são exclusivos para a formulação de visões complexas de profissionalismo. É preciso, ao mesmo tempo, entender a importância da diversidade. Uma resposta “padronizada” de atitudes, comportamentos e identidades profissionais para todos os profissionais não é factível.

Entretanto, é importante destacar que o autoconhecimento em relação à aproximação ou ao distanciamento das competências da matriz deve estimular a reflexão sobre as identidades profissionais em constante adaptação ao contexto e aos valores pessoais e da sociedade em que se está inserido. São, portanto, um produto em permanente construção, dentro de um processo dialógico de negociação e renegociação ao longo da vida profissional⁴⁸.

A competência profissional é contexto-dependente e envolve a habilidade pessoal, a tarefa em si e o cenário. Le Bortef⁵² argumenta que o profissional competente, além de saber como agir, entende o porquê. Essa capacidade pressupõe um distanciamento reflexivo que permite a tomada de consciência distinguindo recursos pessoais e recursos exteriores disponíveis para aprimorar

as práticas profissionais. É essa consciência que possibilita que não ocorra a simples reprodução mecanizada do ato em si, contribuindo para a construção do profissionalismo da pessoa envolvida.

As principais limitações desse estudo referem-se ao método escolhido. A amostra não permite generalizações, apesar de terem sido tomadas outras medidas que pudessem diversificar os sujeitos participantes. A pouca interferência das pesquisadoras para atingir o consenso, não consente que ajustes possam ser realizados de acordo com a literatura internacional sobre o tema, ou até mesmo de acordo com a perspectiva dos investigadores.

As necessidades dos pacientes devem orientar a organização das atividades médicas, pois é através da relação com “o outro” que a medicina se torna significativa. Nessa perspectiva, o docente em um curso de medicina teria o papel mediador, auxiliando os alunos a explicitarem seu sistema de valores, convidando-os a articular sistematicamente quem são e quem gostariam de se tornar, tendo como referência de expectativa os valores que envolvem o exercício profissional naquela sociedade, e como esse sistema de valores pode influenciar o seu processo de se tornar e ser um bom médico.

Conclusões

Este estudo se propôs a descrever um conjunto comportamentos que remetem à competência de profissionalismo médico no Brasil a partir da perspectiva dos educadores das profissões da saúde. Os resultados encontrados apontam para o profissionalismo como um construto abrangente da prática médica relacionado a vários domínios. As competências definidas podem orientar o desenvolvimento de parâmetros objetivos para treinamento, seguimento e avaliação de recursos. A partir dessa matriz de competências, a sociedade civil, os serviços de saúde, as instituições regulatórias e formadoras no Brasil podem identificar as lacunas de formação que permitam a incorporação do amplo espectro de competências, sob o conceito do profissionalismo do médico brasileiro.

Colaboradores

Magda Moura de Almeida participou da construção do projeto de pesquisa, coleta, interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito.

Eliana Amaral auxiliou na construção do projeto de pesquisa, na interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito.

INTRODUCTION

The professional identity of the physician may be constructed over the course of routines in the daily life of health services or from the existing codes of ethics, which establish norms and principles, forms of construction that can separate obligations and the execution of duties from the moral character of the physician¹. The social environment, the media, culture and literature reinforce images attributed to doctors. Medical professionals are expected to behave and treat others in certain ways, in social norms within specific socio-historical contexts².

In the common imaginary, professionalism represents tacit rather than explicit knowledge. We know what it is, but it is not easily explained. Lay person usually define medical professionalism from basic rules, such as intuition and pattern recognition³. Authors define it as an ethos or as a set of attributes to be mastered^{4,5}. For Freidson⁶, "professionalism is a set of attributes considered characteristic of professionals", which encompasses attitudes, commitment and services aimed at a public. In fact, the concept of professionalism has been widely debated by American and European authors⁷⁻⁹.

Professional competence is context-dependent and involves personal ability, the task itself, and the setting. It is through a relationship with "the other" that medicine becomes meaningful and patient's needs should guide the organization of medical activities. In Brazil, the understanding of medical professionalism has not yet been clearly described. In published studies, the term seems to distance itself from the concept of professional competence, which covers cognitive, technical and attitudinal aspects³, and is closer to the concept of professionalism as a competence related to the ethical and humanistic domains of medicine.

The term "human or professional competencies", used by authors in the area of education and health, has its origins in the administrative sciences⁹. But there is a clear distancing of authors and researchers in the area of medical education from the origins of management by competencies in administrative areas. Authors originating from the latter suggest adopting some methodological

caution when describing professional competencies that are not always observed in regulatory frameworks for education or health.

Carbone, Brandão and Leite¹⁰ recommend the description of competencies in the form of performance benchmarks, that is, observable behaviors at work, indicating exactly what the professional should be able to do, using a verb and an object of action. The aim is to use verbs such as to analyze, organize, examine, communicate, evaluate, establish, propose and elaborate, instead of verbs that do not express behaviors that can be observed, such as know, understand, appreciate, believe, think and internalize.

Based on the professional profile demanded by the National Curricular Guidelines for medicine courses in the years 2001 and 2014^{11,12}, training institutions have been striving to develop a "medical identity" at the undergraduate level, starting from the premise that this identity is not inherent to the subject and that it can be constructed¹³. However, currently, there is no Brazilian consensus on what a good medical professional would be. Authors suggest that there is a socially negotiated ideal of the "good doctor", and that the behavior of the professional is guided and limited by this ideal^{13,14}. On the other hand, the production of Latin American literature on medical professionalism is scarce or non-existent and Anglo-Saxon standards are adopted in most curricula.

It is understood that professionalism should not be perceived as the absence of negative attributes of the medical professional, but rather as a set of identifiable positive qualities or behaviors that all physicians should aim for⁴. The 2001 NCDs¹¹ indicated that the physician needs to acquire skills in six areas: health care, decision making, communication, leadership, administration and management and lifelong learning. Some of these domains are similar to the five skill groups of professionalism identified in a systematic review¹⁶: adherence to the ethical principles of practice; effective interactions with patients and with the people who are important to patients; effective interactions with other people working in the health system; trustworthiness and the commitment to improve one's own competencies.

Despite the similarities, it is possible to perceive a great difference between the documents. It is noteworthy that the competencies can be more easily perceived and, therefore, evaluated than the domains.

Asian countries have questioned medical professionalism after the introduction of Western medicine in the region¹⁶⁻¹⁹. Traditional Oriental Medicine proposes the integrated care of the body and soul, values the doctor's compassion in the face of the patient's vulnerability, and understands the restoration of individual and collective health to be an obligation of the physician. A study conducted in Korea indicates that there are differences in the perception of professionalism among doctors of different age groups or generations¹⁸.

Taking all these assumptions into account, this paper intends to identify behaviors or attributes of good medical performance in the Brazilian context, according to the opinion of educators in the area of health. The purpose is to describe actions that can be directly measurable, maintaining the understanding that professional competence can also be inferred from the overall quality of the care provided.

METHODS

Study Design [subtitle]

This study is based on a modified version of the Delphi technique^{20,21,22,23}, used to reach a consensus among specialists in education for the health professions.

Subject Selection and Sample Size [subtitle]

The following criteria were used in the selection of the experts invited to participate in this study: (a) native speakers of Brazilian Portuguese; (b) resident for at least five years with an address in Brazil, and (c) have been involved in undergraduate and / or postgraduate medical education for at least six months. By means of a snowball strategy using electronic discussions lists of a community of medical educators created in Brazil by the Faimer Brasil Teaching Development program²⁴ and the Teaching Working Group of the Brazilian Society of Family and Community Medicine²⁵ 91 panelists were identified from all regions

of Brazil. The expert's participation took place in three stages^{20,21,22,23,24}, which were represented by electronic questionnaires, detailed below:

- Questionnaire 1: initial collection of items.
- Questionnaire 2: reconsideration of items and validation of the categorized list of factors
- Questionnaire 3: choice and ranking of the most important items

This study complies with the ethical and legal precepts recommended by the National Health Council on research involving human beings, through Resolution 466/12, the Electronic Term of Free and Informed Consent, approved by the Ethics in Research Committee (CAAE 31901414.1 .0000.5404).

The experts who opted to participate in the first round should participate in the later stages. If the expert did not access the questionnaire during the stipulated period, it was not excluded from the study and they could participate in the next step. During each step, email reminders were sent up to two weeks after the questionnaires were made available. Data were collected from August 2015 to November 2016.

First Questionnaire [subtitle]

The first questionnaire (QES1) had a single open question, which asked participants to identify six attributes / behaviors of a good medical professional. In the analysis of the answers, the only action was to remove identical answers, with a reduced edition of the items, trying to keep the written form as close as possible to the original, so that the participants could verify that their terms were mapped and their ideas were represented. Participants, not researchers, should judge the quality of the items in the subsequent phase²⁹.

Second questionnaire [subtitle]

In the second questionnaire (QES2), fifty-one items were presented together with a four-point Likert scale ("not to be included", "unimportant", "important" and "indispensable") to allow the participants to evaluate the suggestions made, as well as the relevance of each of the skills listed in the first round.

In all the questionnaires there was an open field for suggestions and comments from the participants, with the intention of using the criticisms to refine the writing and categorization of competencies. Several suggestions were made in this manner, referring to items that had already been included in the questionnaire and no new competence was suggested.

Third Questionnaire [subtitle]

The final questionnaire (QES3) considered the twenty-one competencies deemed indispensable by more than 50% of the panelists in the QES2. These items were rewritten to be presented in the form of observable behavior and were reorganized into six "skill domains". In the QES3, experts were asked to select and rank the ten most important skills of medical professionalism.

For the analysis and presentation of the QES3 data, the participants responses were evaluated using only the average score of each competency as descriptive statistics. Using the averages, the competencies were ranked from the highest score to the lowest rated. Some items had equal scores and were categorized in the same order. The interpretation was that the highest scoring competence was considered the most important by the experts, and so on.

RESULTS

The response rates obtained from the 91 panel members for the three questionnaires were, in sequential order, 100%, 65% and 59% (Figure 1).

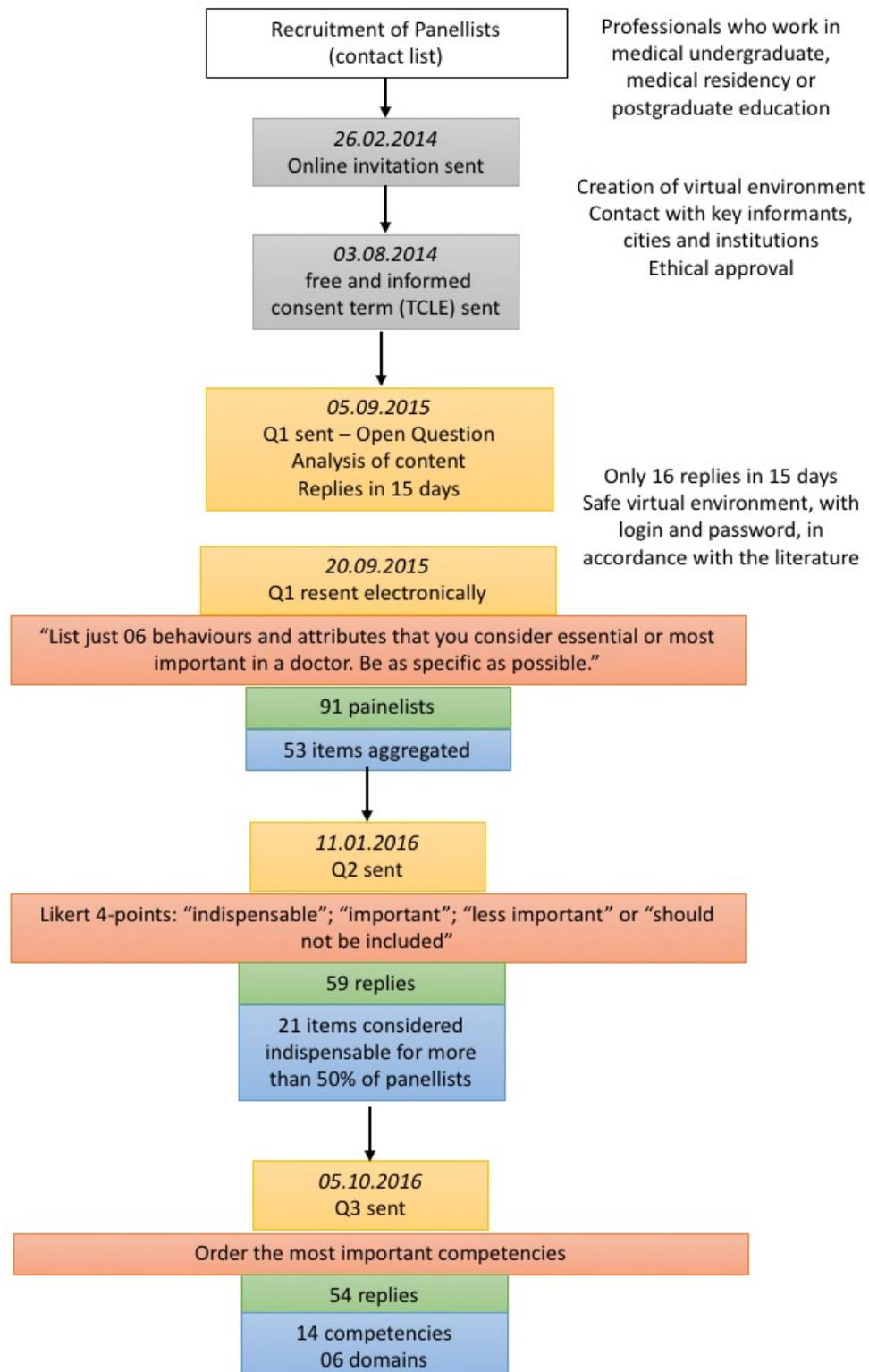


Figure 1 - Flowchart of e-Delphi panel phases for the construction of the matrix of medical professionalism in Brazil

The participants' characteristics are described in Table 1. It can be observed that the phase 1 panelists were mainly physicians (87%), female (56%), working in PHC (55%), southeast region (44%), with a mean of 13 years of teaching, most of them with teaching activities only in public universities (49%). Biomedics (1%), dentists (2%), nurses (2%), physiotherapists (3%) and psychologists (3%) also made up 13% of remains sample.

Table 1 - Characteristics of the 91 participants in the e-Delphi study on competencies of medical professionalism in Brazil, 2014-2015

	Physicians	Other professions	Total
Number of participants:	79	18	91
Age			
Mean \pm SD	44 (\pm 9)	43 (\pm 9)	43,5
Sex			
% Women	48	58	56
Area of work			
Primary Care	48	7	55
Secondary Care	7	0	7
Tertiary Care	14	0	14
Emergency	3	0	3
Others	14	7	21
Teaching Time			
Mean years (\pm SD)	13 (\pm 9)	13 (\pm 9)	13 (\pm 9)
Type of University *			
Public	51	42	48
Private	19	33	22
Public and Private	12	25	13
Region of Brazil			
Midwest	6	0	5
North	1	0	1
Northeast	32	42	33

South	18	8	16
Southeast	43	50	44

* n = 77, thirteen participants have no contract as teachers, but as supervisors and preceptors, so the total sample will not be 100% for physicians and total in this categorie

Out of the 51 items, 51% were considered indispensable, 31% important and there was no consensus among the specialists regarding 18%, which were considered "unimportant" and "should not be included". Items considered important and for which there was no consensus were excluded in the second round.

"Communication and Collaboration Skills" was the domain with the highest number of competencies (29%), followed by "Reflective Practice and Self-Knowledge" (25%), "Commitment to Ethical Aspects" (20%), "Commitment to technical competence" (16%), "Cultural Competence" (06%) and "Social Responsibility" (06%).

A certain proportionality of domains was maintained from QES 2 to QES 3, with an emphasis on "Communication and Collaboration Skills" as the most important domain of medical professionalism, according to the educators consulted.

At the end, 21 professionalism competencies were considered essential, distributed in six areas: commitment to technical competence, reflective practice and self-knowledge, communication and collaboration skills, commitment to ethical aspects, cultural competence and social responsibility. None of the final competencies received scores lower than 8.0 in the QES3 mean (Table 2).

Order	Ordered Areas of Competence / Nuclear Competencies	Mean
1	Commitment to technical competence: Performs anamnesis, recognizing its central elements. Values and integrates the findings of the physical examination with the clinical history, elaborating logical clinical reasoning and formulating coherent diagnostic hypotheses.	9.41
2	Reflective practice and self-knowledge: Recognizes the possibility of failure or latrogenesis of their conduct, mitigates the consequences and corrects own errors.	8,89

3	Commitment to technical competence: Recognizes own limitations and identifies own continuing education needs, committed to lifelong learning, updating and enhancing own scientific knowledge and clinical and relational skills.	8.78
4*	Communication and Collaboration Skills: Evaluates whether the patient, his / her family members, and team members have understood the oral or written guidelines and recommendations.	8.77
4*	Communication and Collaboration Skills: Treats their peers, patient, and health care team with respect and interest, placing themselves in the position of the other, understanding their conflicts and problems.	8.77
5	Commitment to ethical aspects: Acts with integrity and honesty in interactions with patients and colleagues, being aware of situations that may result in a conflict of interest.	8.71
7*	Communication and Collaboration Skills: Promotes a collaborative environment for teamwork, sharing decisions according to the expertise of other health professionals and respecting the knowledge of other fields of knowledge.	8.69
7*	Cultural competence: Elaborates diagnostic and therapeutic plans adequate to the socioeconomic reality and coherent to the values, beliefs and customs of patients and the community.	8.69
8	Communication and Collaboration Skills: Guides and clarifies the patient, family and community in all steps of the diagnostic investigation process and in the indication of prophylactic-therapeutic measures.	8,47
9*	Communication and Collaboration Skills: Communicates in non-verbal, verbal and written forms, in a respectful and ethical manner, considering cultural differences and beliefs.	8.40
9*	Commitment to ethical aspects: Allows and stimulates the autonomy of the patient in the construction of the therapeutic plan, through the sharing of decisions.	8.40
10*	Commitment to technical competence: Prevents, diagnoses and clinically treats the diseases and illnesses prevalent in the region where they operate.	8.37
10*	Social responsibility: Acts with a sense of citizenship and social responsibility, showing concern for the welfare of the community.	8.37
11	Communication and Collaboration Skills: Promotes dialogue ruled by active listening, avoiding judgments and speech curtailment.	8.36
11	Communication and Collaboration Skills: Records clinical or surgical procedures in an organized and legible manner.	8.36
12	Communication and Collaboration Skills: Uses accessible, respectful and appropriate forms of language with interlocutors.	8.31
13*	Commitment to ethical aspects: Defends the preservation and recovery of health, above corporate interests.	8.29
13*	Commitment to technical competence: Uses diagnostic and therapeutic resources rationally through notions of cost-effectiveness and risk-benefit, based on the best scientific evidence.	8.29
14	Reflective practice and self-knowledge: Carries out systematic self-evaluation through reflection on own actions and feelings.	8.26
15	Reflective practice and self-knowledge: Values own quality of life	8.20
16	Commitment to ethical aspects: Acts with discretion, maintaining the confidentiality of the information concerning the people in their care.	8.13

* items with the same score

Discussion

"The doctor who only knows about medicine, doesn't know about medicine either."

(Abel Salazar)

The understanding of expectations in professionalism is not produced in isolation by the educational system, by doctors, patients or health services, but it is determined by the interaction of different actors^{4,6,31}. Society expects to be offered good medical services, that regulatory institutions ensure that doctors follow a standard of permanent quality, and that these institutions are ready to protect them when doctors do not.

The assumption of a physician's good intentions is not enough to ensure a quality clinical encounter. Unfortunately, codes of ethics do not guide training and daily practice. In order to achieve this goal, it is necessary to define which standards of excellence we are referring to^{1,31,32}.

The development of medical professionalism involves understanding the roles that these professionals play within their profession and in society. Brazilian specialists consider that the domains of professional competence should include, as a matter of priority, aspects of technical competence, reflexive practice and self-knowledge, communication and collaboration skills, and aspects of ethical, cultural and social responsibility.

The perception of the educators in this study approaches the broadest concept of professionalism^{6,32,33}. It is not restricted to a field of competence related to ethical values, respect for the patient and humanism, as defended by Gontijo et al.³⁴ in their "Matrix of Essential Competencies for the Training and Evaluation of the Performance of Medical Students". The findings of this study corroborate that physicians should be encouraged to go beyond technical competence, including communication and relational skills, and value the leading role patients play in their care^{1,6}.

The interpretation, categorization and writing of the researcher's variables were legitimized at each stage by the specialists consulted. Each word added and phrase formulated was validated using the Delphi method. Alterations suggested by the participants were always permitted through the use of open fields. Any items over which there were divergences were withdrawn during the process, until only consensus remained.

The data presented in this study, emerged from the consensus of the group, with minimal interference from the researchers. The participants in this study had varied positions and experience (biomedics, dental surgeons, nurses, pharmacists, physiotherapists and psychologists), which gives greater validity to the result. In fact, there were no criteria to determine the nature of the "expert", the size of the panel or the criteria for selecting the participants. The representativeness of the Delphi panel is judged by the quality of the experts, not their numbers ²⁸⁻³⁰.

Most of the Anglo-Saxon matrices that deal with medical professionalism include competencies, responsibilities and attributes related to a sense of social justice. The American and European Physicians' Charter states: the medical profession must promote justice in the health system, including the fair distribution of health resources and the elimination of discrimination in health care³⁵⁻³⁷. The Canadian CanMEDs stresses that physicians should be able to contribute to the effectiveness of their organizations and health systems; allocate finite health resources appropriately and participate in management and leadership roles³⁸. The publication Good Medical Practice recommends that if patients are at risk because of inadequate facilities, equipment, policies or systems, British physicians should, if possible, attempt to solve and register these actions ³⁹.

In another Brazilian study, Gontijo et al.³⁴ found three competence domains directly converge with the findings herein: "interpersonal relationships and communication", "integrated care of the health of the person" and "medical knowledge".

The "knowledge management" proposed by the aforementioned study could be covered by "Reflective practice and self-knowledge", while "organization of health systems and public health care" did not appear in the composition of the final competencies in our national study.

The lower value given to the administration of resources and knowledge of the health system in Brazil may have cultural roots. We found support in similar data from the Tuning Project, regarding the perspectives of higher education in Latin America, where these items were also considered less important for the all groups surveyed - students, teachers, physicians and employers⁴⁰.

The main competence highlighted by the panelists in Brazil is in line with the three main competencies identified by the group of Latin American teachers. The ability to perform anamnesis, recognizing its central elements, integrating physical examination findings with clinical history, developing logical clinical reasoning, and formulating coherent diagnostic hypotheses is a similar competence to that identified in the Latin American project (ability to evaluate vital signs, clinical history and carry out syndromic diagnoses and formulate diagnostic hypotheses, taking into account anamnesis data, physical examination results and prevalent diseases).

Although the domains referring to technical competence are indicated as the most important and essential in the construction of professionalism, it is noted that there was still a great appreciation of abilities related to communication skills, being technically up-to-date and developing positive attitudes within multidisciplinary teamwork.

Another relevant aspect in the changes regarding professionalism is what has been called "the decline in deference"^{41,42}. Technological advances have democratized access to medical and health information through computers and the internet. Information, once held by the physician alone, is now available for public access and is used by patients to question medical conduct. The greater access to information associated with relationships between health professionals and patients, based on the perspective of commercial relationships, has raised patients' expectations about health care, causing wear and mistrust^{43,44}.

Thus, in a new sociopolitical scenario, it is necessary to consider that various changes in values and paradigms will interfere in the doctor-patient relationship, requiring the redesign of the medical profession's social contract with civil society, establishing reciprocal rights and duties, which are fundamental for this relationship to flourish harmoniously^{43,44,45}. One of the three main competencies of professionalism was the recognition of personal limitations and the identification of the need for permanent education, as a commitment to lifelong learning. These findings are aligned with a new demand caused by the increasing speed of scientific and technological incorporation in the medical profession.

The verbal and non-verbal communication skills pointed to by the panelists are the basis for developing teamwork. The category of "Communication and Collaboration Skills" was drawn up, understanding that the need to communicate effectively and efficaciously, mediated through interaction, goes beyond the doctor-physician relationship. It also affects the relationship with the people close to patients and other members of the health team and the community⁴.

The emergence of these areas of competence is not new. In several of its components the 2014 NDCs set out the need for the discussion of therapeutic plans, the promotion of dialogue, the mediation of conflicts and establishing pacts. However, the importance of this approach to communication skills and how they should be trained as part of the curricular content and pedagogical projects of medical courses, in order to achieve these competencies was not explicit¹⁸. Ezequiel et al identified that only a quarter of the subjects in the curriculum from the first to the eighth period of undergraduate courses in Brazil learn about communication skills^{47,48}.

The two competencies that deal specifically with teamwork emphasize respect and interest in promoting a collaborative environment, with shared decisions, in accordance with other health professionals' expertise, which is in line with the 2014 NCD, which proposes the development of leadership skills¹². We understand that although the medical profession has lost influence in decision-making spaces for health policies and has distanced itself from collective problems, the most correct word to use is protagonism, rather than leadership.

Leadership presupposes a hierarchy within an organization of power. Whereas protagonism can be exerted in any ambit, irrespective of a position of leadership. Understanding leadership as a goal can increase isolation within a team, while protagonism within a collaborative perspective adds more value.

The set of competencies of medical professionalism in Brazil showed numerous similarities to other international documents. Mainly those from Latin American countries. Some specific items were highlighted, such as an important emphasis on inter-relational attributes, but no attribute that could be considered specific to Brazilian culture. The omission of some competencies related to social responsibility in the context of the health system and the autonomy of the patient should and may explain important gaps in current medical training, even after the DCNs.

There is currently a process of reorganization of the paradigm on the importance of professional identities, which some authors call "the rebirth of professionalism" ^{49,50}. Becoming a doctor is a process that includes developing the necessary skills and certification. However, these characteristics are not acquired in a permanent and unchangeable manner: they are built by, and through, life-long interactions. Therefore, in the same institution, people who are submitted to the same training process can build different professional identities². The shift of focus of professionalism is recent in medical literature⁴⁹.

This understanding of professional identity attests to the up-to-date nature of the thinking of Paulo Freire⁵⁰:

"(...) nobody educates anyone, nor does anyone educate himself: men educate themselves in communion, mediated by the world."

The emphasis on competencies, rather than attributes, facilitates the development of professionalism in teaching-care practice. Which contents should be addressed so that competencies related to the domains of reflexive practice, self-knowledge, communication and relationship skills can be developed. Through which strategies and how their development should be evaluated are aspects that need to be considered in the pedagogical projects of medical

courses. In most of these the didactic load still concentrates on developing technical competence.

In fact, many of the competencies identified by the project are not unique to the medical practitioner and can be extended to other health professions. However, it was not the purpose of this study to delineate the field of work and performance of the contemporary medical professional. The need for complementarity between the different health professions is understood.

In the narrative review, only 13 articles that dealt with professionalism in non-Western cultures were identified and only three referred to the construction of matrices that included elements specific to each culture. Three attributes were common to the three matrices: "Altruism / Benevolence / Compassion", "Integrity / Honesty / Righteousness", "Respect / Politeness". Twelve were common to at least two cultures and the remaining nine attributes were unique to each culture⁵¹.

Unlike oriental cultures, the Brazilian matrix suggested by the educators of the health professions did not show any specific addition to the different Anglo-Saxon matrices^{14,15}. This perception adds to the inference that Brazilian medicine is hegemonically inserted in the western perspective of medicine, at least in the view of the educators in the health professions consulted. Even in the matrices of medical professionalism of non-Western countries, it is possible to identify signs of a certain standardization in relation to the important characteristics of the good medical professional.

Based on the premise of contributing to the formation of human resources, the Brazilian matrix proposed herein is not intended to be used as a check list to identify and observe certain behaviors, favoring automated behavior. Medical professionalism is not a list of competencies, but the result of combining them. Each professional should seek to practice medicine with professionalism based on their characteristics, personal resources and the existing context. The proposed matrix does not advocate a single model of physician, like a cake recipe or a prescription.

The matrix offers possibilities for the development of professional identities by contributing to raise awareness of the values and expectations underpinning

each subject. In any professional practice, there is no single answer to a demand and there are several ways of solving a problem competently. The result of a learning process through experiences in real situations and reconstituted or simulated situations, each professional will act in a specific way faced with a particular problem⁵².

There is a product in permanent construction, within a dialogical process of negotiation and renegotiation throughout a professional life. It is important to emphasize that self-knowledge concerning the approximation or distancing from the competencies of the matrix should stimulate reflection on professional identities in constant adaptation to the context and the personal values and society in which the physicians are inserted⁴⁸.

Professional competence is context-dependent and involves personal ability, the task itself, and the setting. Le Bortef⁵² argues that the competent professional, in addition to knowing how to act, understands why. This capacity presupposes a reflective detachment that allows for awareness by distinguishing the personal resources and external resources available to enhance professional practices. It is this awareness that avoids the simple mechanized reproduction of the act itself, contributing to the construction of the professionalism of the person involved.

The main limitations of this study concern on its method. E-delphi sample do not allow generalization of findings to the universe. Researches had little influence in consensus, because of this, they could not do ajusts according to the international literature on the subject, or even according to the perspective of the researchers themselves.

The needs of patients should guide the organization of medical activities, because it is through the relationship with "the other" that medicine becomes significant. From this perspective, the teacher in a medical school would have a mediating role, helping the students to explain their value system, inviting them to articulate systematically who they are and who they would like to become. The students should have a reference an expectation of values that involves the

professional practice in that society, and how that value system can influence one's process of becoming and being a good doctor.

Conclusions

This study set out to describe a set of behaviors that refer to the competence of medical professionalism in Brazil from the perspective of health educators' professions. The results found medical professionalism as a comprehensive construct related to various domains. The results may guide the development of objective parameters for training, monitoring and evaluating resources. Using this matrix of competencies, civil society, health services, and regulatory and training institutions in Brazil can identify the gaps in training experiences that allow the incorporation of the broad spectrum of competencies expected in the concept of professionalism of the Brazilian physician

References

1. Cruz J. Que médicos queremos? Uma abordagem a partir de Edmund D. Pellegrino. Grupo Almedina, editor. Coimbra; 2012. 174 p.
2. Kaiser R. Fixing Identity by Denying Uniqueness: An Analysis of Professional Identity in Medicine. *J Med Humanit* [Internet]. 2002;23(2):95–105. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=11303197&site=ehost-live>
3. Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. *Jama*. 2002;287(2):226–35.
4. van Mook WNKA, van Luijk SJ, O'Sullivan H, Wass V, Schuwirth LW, van der Vleuten CPM. General considerations regarding assessment of professional behaviour. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2009;20(4):e90–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2008.11.011>
5. O'Sullivan H, van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Med Teach* [Internet]. 2012;34(2):e64–77. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2012.655610>
6. Freidson E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. 3rd ed. UNESP, editor. Porto Alegre; 1988. 451 p.
7. Hodges BD, Ginsburg S, Cruess R, Cruess S, Delport R, Hafferty F, et al. Assessment of professionalism: recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach* [Internet]. 2011 Jan [cited 2013 Nov 8];33(5):354–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21517683>
8. Stern DT, Papadakis M. The developing physician--becoming a professional. *N Engl J Med* [Internet]. 2006 Oct 26;355(17):1794–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17065641>
9. Wear D, Castellani B. The development of professionalism: curriculum matters. *Acad Med* [Internet]. 2000 Jun;75(6):602–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10875504>
10. Brandão HP, Zimmer MV, Pereira CG, Marques F, Costa HV, Carbone PP. Gestão de desempenho por competências : integrando a gestão por competências , o balanced score card e a avaliação 360 graus *. *RevAdm Pública*. 2008;42(5):875–98.

11. Conselho Nacional de Educação, Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasil: Diário Oficial da União de 3/10/2001; 2001 p. 1–38.
12. Ministério da Educação, Educação CN de, Superior C de E. Resolução No 3, de 20 de Junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2014.
13. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2016. 586 p.
14. Michels NR, Denekens J, Driessen EW, Van Gaal LF, Bossaert LL, De Winter BY. A Delphi study to construct a CanMEDS competence based inventory applicable for workplace assessment. BMC Med Educ [Internet]. 2012;12(1):86. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/86>
15. Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. Acad Med [Internet]. 2009 May;84(5):551–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19704185>
16. Pan H, Norris JL, Liang Y-S, Li J-N, Ho M-J. Building a professionalism framework for healthcare providers in China: A nominal group technique study. Med Teach [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr 24];35(10):1531–6. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/0142159X.2013.802299>
17. Ho M, Yu K, Hirsh D. Does One Size Fit All ? Building a Framework. Acad Med. 2011;86(11):1407–14.
18. Kim S, Choi S. The Medical Professionalism of Korean Physicians : Present and Future. BMC Med Ethics [Internet]. 2015;1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12910-015-0051-7>
19. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. J Adv Nurs [Internet]. 2000 Oct;32(4):1008–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11095242>
20. Oliveira JP, Costa MM, Wille MF de C. Introdução ao método Delphi. Material M, editor. Curitiba; 2008. 16 p.
21. Silva RF da, Tanaka OY. Técnica Delphi: Identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. RevEscEnfUSP. 1999;333:207–16.

22. Donohoe H, Stelfox M, Tennant B. Advantages and Limitations of the e-Delphi Technique: Implications for Health Education Researchers. *Am J HealEduc*. 2012;43(1):38–46.
23. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2014 Apr 27];41(4):376–82. Available from: http://rachel.org/files/document/The_Delphi_Technique_Myths_and_Realities.pdf
24. Início - Brasil-FAIMER Regional Institute [Internet]. [cited 2017 Nov 22]. Available from: <https://brasil.faimerfri.org/>
25. Grupos de Trabalho | SBMFC [Internet]. [cited 2017 Nov 22]. Available from: <https://www.sbmfc.org.br/grupos-de-trabalho/>
26. Donohoe H, Stelfox M, Tennant B. Implications for Health Education Researchers. 2012;43(1):38–46.
27. Schmidt RC. Managing Delphi Surveys Using Nonparametric Statistical Techniques. *Decis Sci* [Internet]. 1997 Jul;28(3):763–74. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1540-5915.1997.tb01330.x>
28. Mash B, Couper I, Hugo J. Building consensus on clinical procedural skills for South African family medicine training using the Delphi technique. *South African Fam Pract* [Internet]. 2006;48(10):14–14e. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20786204.2006.10873475>
29. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *InfManag* [Internet]. 2004 Dec [cited 2013 Nov 9];42(1):15–29. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378720603001794>
30. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism must be taught. *Br Med J*. 1997;315(December):1671–4.
31. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Teaching professionalism in medical education: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. *Med Teach* [Internet]. 2013;35(7):e1252–66. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2013.789132>
32. van de Camp K, Vernooij-Dassen MJFJ, Grol RPTM, Bottema BJAM. How to conceptualize professionalism: A qualitative study. *Med Teach*. 2004;26(8):696–702.
33. Pellegrino ED. The medical profession as a moral community. *Bull N Y Acad Med* [Internet]. 1990;66(3):221–32. Available from:

- <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1809760&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
34. Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JRC, Lima MEC de C. Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(4):526–39.
 35. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Ann Intern Med* [Internet]. 2002 Feb;136(3):243–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>
 36. Blank L. Medical professionalism in the new millennium: A physicians' charter. *Lancet*. 2002;359(9305):520–2.
 37. ABIM Foundation. Medical Professionalism in the New Millennium : a Physician Charter. *Intern Med*. 2004;136:243–6.
 38. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.; 2005. 40 p.
 39. Council GM. Good medical practice the General Medical Council. 2013.
 40. Beneitone P, Esquetini C, González J, Maletá MM, Siufi G, Wagenaar R. Reflexões e perspectivas do Ensino Superior na América Latina: Relatório Final – ProyectoTuning – América Latina 2004-2007. 2007.
 41. Tallis R. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. *Clin Med*. 2006;6(1):7–12.
 42. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Heal Serv*. 2002;32(2):379–416.
 43. Souza E da S, Lorena SB de, Ferreira CCG, Amorim AFC, Peter JVS. Ética e Profissionalismo nas Redes Sociais: Comportamentos On-Line de Estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(3):412–23.
 44. Cruess RL, Cruess SR. Expectations and social contract with society. In: *Perspectives in Biology and Medicine*. 2008. p. 579–98.
 45. Light DW. The Medical Profession and Organizational Change: from Professional Dominance to Countervailing Power. In: Bird C, Conrad P, Fremont A, editors. *Handbook of Medical Sociology*. 5th ed. Prentice-Hall; 2000. p. 2010–216.
 46. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface - ComunSaúde, Educ*. 2006;10(19):93–102 Ezequiel OS, Tibiriça SHC, Langame AP, Santos DJ, Afonso DH. Avaliação do ensino de habilidades de comunicação no

- currículo do 1o ao 8o período do curso de medicina da universidade federal de juiz de fora. *J Manag Prim Heal Care*. 2016;7(1):2016.
47. Gibbs T. The changing face of professionalism: Reflections in a cracked mirror. *Med Teach* [Internet]. 2015;(September 2015):1–2. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/0142159X.2015.1054797>
 48. Cassell EJ. The Changing Concept of the Ideal Physician. *Nat Suff Goals Med*. 2004;115(2):185–208.
 49. Helmich E, Yeh H-M, Kalet A, Al-Eraky M. Becoming a Doctor in Different Cultures. *Acad Med* [Internet]. 2017;92(1):58–62. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201701000-00022>
 50. Freire P. Pedagogia do Oprimido. *Educ e Tecnol* [Internet]. 1987;21:107. Available from: <http://revistas.utfpr.edu.br/pb/index.php/revedutect/article/view/1007>
 51. Al-Rumayyan A, Van Mook WNKA, Magzoub ME, Al-Eraky MM, Ferwana M, Khan MA, et al. Medical professionalism frameworks across non-Western cultures: A narrative overview. *MedTeach*. 2017;39(November):S8–14.
 52. Boterf G Le. Três dimensões a explorar. *Pessoal* [Internet]. 2006;60–3. Available from: [http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation version directe Pessoal.pdf](http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf)

4.3. Artigo 3

Competências em profissionalismo médico: percepção de usuários e profissionais da saúde

Autores: Magda Moura de Almeida

Eliana Amaral

Revista para a qual será enviado: INTERFACE (UNI/UNESP. ONLINE)

Resumo

Este trabalho relata os resultados da última etapa de um estudo para propor uma matriz de competências sobre profissionalismo médico no Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, realizado com dez grupos focais de profissionais da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde, em unidades básicas de saúde e em hospitais universitários. Os dois grupos de sujeitos apresentaram descrições comportamentais para detalhar a competência de profissionalismo. O principal núcleo temático referiu-se ao interesse do médico pelo paciente, percebido pelo contato visual, uso adequado e respeitoso dos equipamentos eletrônicos durante o atendimento, da escuta ativa, da realização de perguntas para os pacientes, disponibilidade para escutar as perguntas feitas pelos pacientes e acompanhantes e execução do exame físico minucioso. Existem semelhanças de competências relevantes associadas ao profissionalismo médico na perspectiva dos pacientes e profissionais da saúde. Ambos valorizam, em especial, aquelas relacionadas à comunicação e às relações interpessoais.

Palavras-chaves: Profissionalismo. Educação médica. Competência profissional.

Abstract

This paper presents the last stage of the construction of the competencies framework of medical professionalism in Brazil. It was a qualitative, exploratory study of data obtained from ten focus groups with health professionals and patients of the Unified Health System, in primary health care facilities and university hospitals. Content analysis was followed. The two groups evaluated presented behavioral descriptions to detail the competence of professionalism. The main thematic nucleus referred to the physician's interest in the patient, which is perceived through visual contact, adequate use of electronic equipment during care, active listening, questioning patients, the willingness to listen and answer to questions asked by patients and caregivers and performing the adequate physical examination. There are similarities on the relevant competencies of medical professionalism from the perspective of patients and health professionals. Both value the ones related to communication and interpersonal relationships.

Professionalism. Education, Medical. Professional competence.

Resumen

Este trabajo relata los resultados de la última etapa de la proposición de una matriz de competencias sobre profesionalismo médico en Brasil. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, realizado con diez grupos focales de profesionales de la salud y usuarios del Sistema Único de Salud, en unidades básicas de salud y en hospitales universitarios. Se siguió el análisis de contenido. Los dos grupos evaluados presentaron descripciones comportamentales para detallar la competencia de profesionalismo. El principal núcleo temático se refirió al interés del médico por el paciente, que es percibido a través de la realización del contacto visual, del uso adecuado de los equipos electrónicos durante la atención, de la escucha activa, de la realización de preguntas para los pacientes, de la ejecución del examen físico minucioso y de la disponibilidad de escuchar las preguntas hechas por los pacientes y acompañantes. Existen similitudes de las competencias de profesionalismo médico relevantes en la perspectiva de los pacientes y profesionales de la salud. Ambos valoran aquellas relacionadas con la comunicación y las relaciones interpersonales.

Profesionalismo. Educación médica. Competencia profesional.

Introdução

Estudiosos brasileiros do ramo da sociologia, antropologia e da saúde coletiva descreveram e refletiram como se desenvolveu a prática dos físicos, cirurgiões-barbeiros e médicos no Brasil, ajudando a entender as características do comportamento e os posicionamentos desses profissionais nos diferentes tempos históricos¹⁻⁵. Compreender os diferentes contextos socioculturais, permite identificar os valores, as ideias e os padrões compartilhados de modo implícito e explícito pelos membros de uma profissão^{6,7}.

Campos⁸ discorre que não há como alcançar qualidade em saúde sem analisar e reconstruir as relações entre profissionais, instituições de saúde e população. A organização à qual o profissional se vincula determina como devem ser executadas as suas atividades¹. Já a expectativa do paciente em relação aos cuidados médicos e sua perspectiva em relação à qualidade da atenção recebida é mais recente, e se alinha com a redução da aceitação da uma postura paternalista e hierárquica dos profissionais médicos em relação aos demais profissionais e aos próprios pacientes⁹.

Entendendo o contrato social como uma das bases do profissionalismo médico, nosso questionamento se detinha sobre quais deveriam ser os valores e compromissos essenciais da profissão médica no Brasil atual⁸. Para tal, foram desvelados os comportamentos relacionados ao conceito de profissionalismo médico sob a perspectiva de profissionais da saúde, e de pacientes e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este trabalho continua a apresentação dos dados do projeto de doutoramento que incluiu em etapa anterior um painel e-Delphi com educadores de todo Brasil.

Métodos

Tratou-se de pesquisa qualitativa, sobre a percepção de profissionais de saúde, pacientes e usuários acerca do profissionalismo médico. Realizaram-se grupos focais (GF) para a coleta dos dados. Os profissionais de saúde foram recrutados nos mesmos locais que os usuários, de modo intencional, utilizando informantes-chaves. Os GF de 8-10 profissionais foram realizados em serviços

de Atenção Primária nas cidades de Nova Petrópolis (Região Sul), Marituba (Região Norte) e Campinas (Região Sudeste) e em Hospitais Universitários de Fortaleza (Região Nordeste) e Campo Grande (Região Centro-Oeste). A escolha das cidades citadas, por conveniência, buscou abranger diversos cenários e contextos de saúde, incluindo duas metrópoles (Campinas e Fortaleza), um município de grande porte (Campo Grande), um município de médio porte (Marituba) e um município de pequeno porte (Nova Petrópolis).

Os GF de profissionais da APS dos municípios de Campinas e Nova Petrópolis ocorreram nas próprias unidades básicas de saúde (UBS) e o GF de usuários, em centros comunitários. Em Marituba, todos os grupos focais ocorreram na Secretaria Municipal de Saúde. Em Campo Grande e Fortaleza, os GF foram realizados em locais reservados pelos próprios hospitais universitários, dentro das suas dependências. Com a dificuldade dos pacientes destas instituições de se deslocarem para espaços reservados fora das enfermarias, optamos por recrutar acompanhantes e visitantes destes pacientes na categoria de usuários do SUS.

Cada GF contou com um moderador local com experiência em pesquisa qualitativa, não-médico (para reduzir o viés de cortesia) e a pesquisadora principal, que atuou como observadora, encarregada de captar os comportamentos verbais e não verbais expressos pelos participantes, registrar os tópicos apontados pelo grupo e operar os equipamentos de gravação das falas. Valorizou-se a familiaridade com a linguagem e cultura locais para a moderação do grupo. A condução dos GF aconteceu a partir de um roteiro de perguntas disparadoras:

- “Quais características e/ou comportamentos são importante em um bom profissional médico?”
- “O que o termo - profissionalismo médico - significa para você?”
- “Em sua opinião, quais os fatores que estão envolvidos no profissionalismo médico?”
- “Dos comportamentos e características discutidas hoje aqui, qual você considera o/a mais importante em um médico?”

O termo “competências do bom profissional médico” foi utilizado na coleta de dados por ser mais facilmente entendido, e denotar o conteúdo semântico de

"profissionalismo". Os adjetivos e substantivos de significado mais abstratos ou polissêmicos, tais como empatia, atencioso, comprometido, dedicado, direcionaram questionamentos pelos moderadores, dentro dos GF, para melhor caracterizar os comportamentos, atitudes e ações a eles relacionados.

As falas foram transcritas na íntegra e inseridas no software NVivo®. A técnica da análise de conteúdo convencional percorreu as etapas de leitura flutuante do material coletado para codificar os núcleos de sentido, a partir de palavras e expressões mais significativas¹⁰. Os dados foram agregados em categorias (domínios) e depois realizada a análise do corpus¹¹.

Trechos das entrevistas que ilustram os sentidos abstraídos foram citados *ipsis litteris*, com uma codificação alfanumérica, referente a cada GF realizado. Os GF de usuários foram identificados através de "GU" e os GF de profissionais da saúde receberam a sigla "GP", seguidos da descrição "NP" para Nova Petrópolis, "MB" para Marituba, "CG" para Campo Grande, "CP" para Campinas e "FT" para Fortaleza.

A pesquisa foi autorizada mediante CAAE 31901414.1.0000.5404.

Resultados e Discussão

Os profissionais e usuários SUS tinham idades médias semelhantes, entre 48-49 anos, eram predominantemente mulheres (81%), da atenção primária (62%). Nos GF de profissionais 52% eram profissionais com nível superior, enquanto que nos grupos de usuários essa população representou apenas 10%. As demais características sociodemográficas dos participantes estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos 93 participantes dos grupos focais sobre competências de profissionalismo médico no Brasil, 2015-2016

	Profissionais (n=45)	Usuários SUS (n=48)
Média em anos (DP)	49 (±18)	48 (±18)
Renda mensal – R\$ (±DP)	3.113,35 (±1.834)	2.234,37 (±1.814)
% mulheres	91	71
<i>Atividade profissional (%)</i>		
Agente comunitário de saúde	25	
Assistente Social	02	
Cirurgião-dentista	09	
Enfermeiro	16	
Farmacêutico	05	
Físico médico	02	
Fisioterapeuta	05	
Fonoaudiologista	02	
Nutricionista	09	
Psicólogo	02	
Outros nível médio setor saúde	23	
Aposentado	-	19
Doméstica	-	11
Agricultor	-	09
Dona de casa	-	09
Estudante	-	06
<i>Grau de Escolaridade (%)</i>		
Fundamental Incompleto	02	27
Fundamental Completo	02	21
Ensino Médio	29	40
Ensino Superior	60	10

Região geográfica (%)

Centro Oeste	22	13
Norte	22	21
Nordeste	16	31
Sul	18	17
Sudeste	22	19

Atenção ao paciente como característica essencial

Expressões como “Dar atenção” e “ser atencioso” evidenciaram a característica mais destacada do bom profissional médico na opinião dos pacientes e profissionais.

“Acho que o médico, primeiramente, ele tem que ser atencioso.”
(GU-MB)

“Acho que em primeiro lugar o médico tem que ser aquela pessoa que dê atenção.” (GP-NP)

“E acho que uma das coisas importantes que acho que todo mundo busca é atenção né? O paciente que procura o médico ele quer atenção, ele quer perceber que o médico se importa com o problema dele né e que esse médico acho que se responsabiliza, se comprometa com aquilo que o paciente tá trazendo.” (GP-CP)

Na língua portuguesa, o substantivo “atenção” quer dizer concessão de cuidados, gentilezas, obséquios; ato ou efeito de se ocupar de (alguém ou algo); cuidado, zelo, dedicação, boa vontade ou disposição para ouvir o que alguém tem para dizer¹². A “atenção” é um qualificador do bom profissional médico e aparece como principal representação da relação médico-paciente¹³. O “dar atenção” no contexto brasileiro, não se reduz somente a prestar atenção às preocupações do paciente¹⁴.

O papel da anamnese e a escuta empática [subtítulo]

De norte a sul, os usuários destacaram a relevância do acolhimento do paciente na chegada ao consultório.

“Primeiramente o atendimento né? A partir do momento que a pessoa chega na sala, porque tem uns que só Jesus na causa! Que desde a hora que a gente entra até o final do atendimento é uma negação, entendeu? Primeiramente, eu acredito que seja a chegada do paciente no consultório, eu acho que é a primeira coisa.” (GU-MB)

“Quando a pessoa é bem recebida, é bem atendida, já é meio caminho andado.” (GU-NP)

Logo nos primeiros segundos de contato, ações e comportamentos que traduzem respeito, interesse e disponibilidade do médico para assumir o compromisso de cuidar dele ou dela são identificados através de processos verbais e não verbais. O ato de levantar para receber o paciente no consultório ou cumprimentá-lo influi na relação médico paciente de forma positiva. Abrir a porta do consultório foi um dos gestos extremamente valorizados no discurso dos usuários.

“Quando eu entrei, ele abriu a porta pra eu, entendeu?” (GU-MB)

“Ele vai te pegar no corredor.” (GU-CP)

Nos hospitais, surgiu a importância de chamar o paciente pelo nome, evitando se referir ao mesmo pelo número do leito ou pela doença que possui.

“... tem muitos profissionais que não detém o nome da paciente, e que eu acho que isso aí é um ponto crucial de todo profissional... ou é a doença ou é o leito. Eu acho horrível você chamar pelo número de leito ou pela doença.” (GP-FT)

Uma saudação calorosa na porta do consultório ou na beira do leito, o contato visual, uma simples ou uma breve interação humana cordial, ajudam a construir um relacionamento em menos de um minuto, reafirmam os pacientes.

“Eu gosto do bom dia, boa tarde, boa noite.” (GU-CP)

“Chamar pelo nome... É te cumprimentar: como é que tu estás? Depois quando sair: ó, desejo tudo de bom pra ti!” (GU-NP)

O interesse do médico em realizar o atendimento do paciente é reconhecido por expressões faciais destacadas nos GF de pacientes. O sorriso

permite que os pacientes se reconheçam como importantes e bem-vindos. Não se espera que os profissionais precisem sorrir o tempo todo, muito menos em todas as ocasiões, mas que devam tratar a pessoa de uma maneira amigável.

“Ir encontrar no rosto do médico aquela expressão de né? Aquela satisfação de atender o paciente.” (GU-CP)

“A simpatia, o sorriso nos olhos.” (GU-CP)

A experiência de adoecimento é acompanhada na maior parte das vezes, por medo e ansiedade. Durante o encontro clínico, os pacientes observam e coletam inconsistências entre a comunicação verbal e não-verbal dos médicos. O menor sinal de incoerência é sinal de desconfiança^{15,16}.

“Então, quer dizer, é isso que é. É isso que o paciente quer que o médico passe confiança, mas como você vai me passar? Sabendo conversar comigo, olhando nos meus olhos e se você não olhar nos meus olhos, então você não tá falando a verdade.” (GU-MB)

Um das mais importantes habilidades de comunicação não-verbal é manter o contato visual quando se interage com outra pessoa¹⁸.

O exame físico como sinal de atenção no Brasil [subtítulo]

Os pacientes cobram a execução do exame físico minucioso para a tomada de decisão clínica, sendo esta a única competência relacionada ao domínio científico-técnico citada nos GF.

“No hospital aqui uma vez me aconteceu, fui internada e quando eu tava no banheiro e tinha tomado banho veio a enfermeira com a receita – tu ganhou alta, eu disse, mas como eu ganhei alta se eu não vi o médico hoje de manhã? Eu ganhei alta pelo Sedex? Ele mandou pelo correio a alta? Eu não aceito, pode mandar de volta. Ela chegou lá e entregou pra ele lá... não aceitou alta, o senhor é pra ir lá no quarto conversar com ela. Aí ele veio – a senhora tá braba comigo? Eu disse: mas o senhor me deu alta e o senhor não me viu, não sabe como eu passei a noite, eu disse pra ele.” (GU-NP)

“O que você tá sentindo? Me examinar, ver o que eu tô sentindo.

Os batimentos, minha pulsação, entendeu? (GU-MB)

O destaque dado ao exame físico encontra respaldo em estudos onde pacientes consideraram que um bom atendimento médico é aquele que inclui o exame físico (56,67%)¹³. No mesmo estudo, o significado da “relação médico-paciente” (RMP) foi representada por “atenção” por 47% da amostra, 27% responderam “diálogo” e 20% disseram “exame físico”. A falta de realização de exame físico levou 30% a discordar do profissional médico.

Realizar contato visual ou ser tocado criam níveis mais altos de intimidade e empatia entre o paciente e o profissional, pois aproxima afetivamente as pessoas¹⁹. No nível profissional, o toque é menos ameaçador e mais esperado por estar relacionado a um objetivo específico inserido em uma rotina.

A literatura internacional não inclui a realização do exame físico como uma característica de profissionalismo, mas destaca o contato físico adequado, e o cuidado em manter o pudor e a privacidade do paciente durante o exame^{18,20}. As generalizações culturais não se adequam a todos os pacientes que os médicos atendem. É importante lembrar que existem pessoas que preferem menos contato físico. Todavia, o conhecimento de padrões gerais de comportamento é um ponto de partida para que possam fornecer o cuidado mais apropriado possível, através de planos terapêuticos com maior consciência e humildade cultural para os pacientes de diversas origens étnicas.

O uso apropriado das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) com a redução de distrações e interrupções foi apontado como essencial para a percepção de uma escuta ativa pelo profissional. Os usuários reivindicam que seja feito uso parcimonioso das TICs, sempre em benefício dos pacientes.

“Ele [o médico] não levanta a cabeça nem pra ver como você é. Do jeito que ele tá no computador, ele fica.” (GP-CP)

“Porque tem uns que você vai falar e eles ficam mexendo no celular, e só balançam a cabeça.” (GP-CG)

“Acontece que essa tecnologia ela veio pra melhorar e não pra atrapalhar, agora cada um tem que saber o limite dela, porque se nós não soubermos diferenciar o que é certo e o que é errado, nós vamos fazer uma bagunça.” (GU-CP)

Síntese da competência de ser atencioso [subtítulo]

A competência de ser atencioso reuniu vários domínios de modo interligado: compromisso com a competência técnica, especialmente de anamnese e exame físico, habilidades de comunicação ativa e competência cultural. Num quadro-síntese (Quadro 1), agrupamos os elementos que compuseram essa competência.

Quadro 1 – Elementos que compõem a competência de **demonstrar atenção** para com o paciente, acompanhantes e familiares, segundo os grupos focais de usuários do SUS e profissionais da saúde

Habilidades e Atitudes	Comportamentos relacionados a competência de atenção no profissionalismo médico
<ul style="list-style-type: none"> • Escuta ativa • Empatia • Uso da semiologia 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza questionamentos - Aborda as expectativas do paciente em relação à saúde, a doença e ao próprio atendimento médico - Promove abertura para a realização de perguntas pelos pacientes, acompanhantes, familiares ou pessoas importantes para os pacientes - Demonstra disponibilidade para dirimir às perguntas e dúvidas - Responde as dúvidas de forma empática - Oferta informações aos pacientes com linguagem clara, concisa e sem o uso de termos técnicos - Acolhe o paciente na chegada ao consultório: - Abre a porta do consultório - Levanta da cadeira para receber o paciente no consultório - Cumprimenta o paciente - Chama o paciente pelo nome - Mantem contato visual - Apresenta expressões faciais de receptividade - Faz uso apropriado das Tecnologias de Informação e Comunicação durante o encontro clínico - Executa exame físico minucioso - Usa racionalmente os exames complementares, não substituindo o exame físico

Ética profissional gera respeito

Para os participantes, a noção de respeito é a que mais se aproxima da ética.

“E eu acho também que aquele profissional que respeita, e que daí vai chegar na ética também né?” (GP-NP)

“Respeitar o ser humano, respeitar o paciente que ele tá tratando como um ser humano, respeitar os outros membros da equipe.” (GP-FT)

O sigilo sobre as informações do paciente faz com que o médico seja considerado ético.

“...certa forma respeitar e proteger com ética sabe? Aquele paciente que chega ali, ter um cuidado pra que aquilo não vire comentado e que não saia dali sabe? É o respeito, e daí chega na ética né?” (GP-NP)

A empatia é uma atitude do médico, que dirige ações respeitadas para os pacientes e para os membros da equipe.

“Ter respeito pelo paciente como se fosse mesmo alguém dele.” (GU-FT)

“O respeito primeiro com o próximo né? Ter essa empatia.” (GP-FT)

Os profissionais da saúde de hospitais e das UBS, ressaltaram a importância do respeito à autonomia do paciente.

“Acho que é discutir sobre a autonomia dos usuários diante do processo de tratamento, né? Assim, por exemplo, da gente aceitar que aquele usuário não vai concordar com o tratamento e que ele vai questionar sobre o tratamento, e que ele quer saber porque ele não pode tomar uma outra medicação.” (GP-NP)

“Você não impõe as suas [vontades] e o paciente tem direito a não querer o tratamento, ou não fazer... a querer ir embora. Eu já vi situações assim do paciente levar sermão: você tá assim porque você quer! A culpa é sua e tem que fazer o tratamento.” (GP-CG)

A aceitação e valorização do acompanhante, que pode ser um familiar, ou qualquer outra pessoa que é importante para o paciente, demonstra a preocupação e o compromisso do médico com a experiência de adoecimento do outro.

A perda de identidade e autonomia do sujeito adoecido, principalmente em ambiente hospitalar, transforma o acompanhante em suporte emocional. A presença do acompanhante é um direito do paciente assegurado na portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009²¹. É importante que o médico não perceba o acompanhante como adversário ou como presença indesejável.

“Mesmo que se você entrasse acompanhado com a sua filha ou uma pessoa que fosse falar por você, ele não aceitava. - Quem é o paciente é você ou é ela? - Aí ele ficava aborrecido, ficava bravo e antes de terminar: saia, saia, deixe só ela ficar aqui!” (GU-MB)

Responder a perguntas de pacientes e familiares, envolver o paciente e/ou família no processo de tomada de decisão, e manter o paciente e/ou a família informado e atualizado são características de profissionalismo encontradas na literatura²⁰. A atenção dispensada ao paciente e seus acompanhantes é ao mesmo tempo uma demonstração de respeito e uma resposta às necessidades do paciente, onde fica evidente aceitação do outro como sujeito.

“Se ele [o médico] trabalha, primeiro tem que ter o amor com o paciente e com as pessoas. Com o acompanhante ele tem que ter paciência.” (GU-FT)

O compromisso com o paciente, com o serviço de saúde e com a profissão

Os elementos que se mostraram importantes para a manutenção da confiança e do contrato social entre a medicina e a sociedade estão sumarizados no Quadro 2.

Quadro 2 - Elementos que compõe a competência de **compromisso com o paciente, com o serviço de saúde e com a profissão**, segundo os grupos focais de pacientes e profissionais da saúde

Gerencia adequadamente o tempo de atendimento

É pontual

Cumpre a carga horária de trabalho

Gerencia adequadamente seus conflitos de interesse

Coloca o bem-estar dos pacientes à frente dos seus interesses financeiros

Valoriza a profissão

A boa gerência do tempo foi um aspecto ressaltado, pelos pacientes como indicador de interesse para a resolução do caso do paciente.

“Médico que demora são os bons.” (GU-CG)

“Eu acho que o profissional precisa dar mais tempo numa consulta pra conhecer o paciente, e aí então, começar a conversar e, porque tudo que o paciente quer quando ele vai num consultório médico... ele não vai pra passear, ele vai porque tá sentindo alguma coisa né?” (GU-NP)

A flexibilidade de intervalos de tempo distintos, de acordo com a necessidade do paciente é mais importante do que o tempo absoluto gasto na consulta.

“Liberdade para atender o paciente, porque um paciente pode durar duas horas e outro paciente pode ser atendido em cinco minutos.” (GU-CP)

A pontualidade e o cumprimento da carga horária estavam claramente vinculados ao compromisso do médico com os usuários, com o local de trabalho e a equipe. O descumprimento da carga horária interfere na organização do processo de trabalho e afeta o acesso dos pacientes aos serviços. A dificuldade para o cumprimento de horários trouxe a discussão sobre a necessidade de o médico gerenciar honestamente seus conflitos de interesse, pois eles impactam negativamente no profissionalismo médico.

“Compromisso que eu sinto, é questão de horário né? Porque ele fica mais acessível, ele fica acessível ao paciente e para os colegas de trabalho, quando ele cumpre os horários.” (GP-MB)

“Se o médico vai embora onze horas da manhã o que acontece, de manhã o posto fica aglomerado, muita gente, muita confusão, criança chorando, mãe com criança no colo, idoso, cadeirante e o corredor fica lotado e o que acontece, o médico fica até estressado com tanta gente. Pra atender vinte pessoas digamos de nove horas até onze horas da manhã é muito corrido, muito corrido... e sem falar naquelas situações que chegam que precisam do atendimento também, e soma com os vinte que já tão lá. Então, se ele distribuísse esse atendimento X de manhã e X no período da tarde que o compromisso dele é o dia todo ali, o atendimento seria melhor, seria mais humano ele teria mais tempo pra ouvir o paciente.” (GP-MB)

A contradição entre altruísmo e interesse próprio foi ressaltada em relação aos ganhos financeiros. Colocar o bem-estar de seus pacientes à frente dos seus interesses financeiros é uma competência de profissionalismo médico na perspectiva dos participantes do estudo. O desafio ocorre quando esses ideais de altruísmo colidem com os direitos dos médicos como trabalhadores e cidadãos²². Todavia, a ocupação de vários postos de trabalhos, no intuito de manter um padrão de vida elevado, impede que o médico cumpra suas responsabilidades profissionais a contento, e assim fragiliza a relação com o serviço de saúde.

“Se eu escolhi ser médico, então tenho que me comprometer de trabalhar pro bem da saúde das pessoas né? Porque tem profissionais que trabalham por dinheiro em si né? Tem a profissão como um negócio, dar remédio e dar remédio né? (GU-NP)

“O médico, ele não se precisa se entupir de plantão, de trabalho pra ganhar bem. Ele ganha bem independente se ele só trabalhar no posto. Ele já ganha bem vinte horas, mas aí eles tem muito de falar que é a carga horária. É isso, que é aquilo, mas no posto eles atendem um número X e não atende mais do que isso. Ele atende os vinte, e ele fica uma hora aí ele vai pra outro lugar, então isso é sobrecarga de trabalho porque ele quer.” (GP-CG)

Identificar e amenizar os possíveis conflitos de interesse leva o

profissional a valorizar a profissão.

“Na minha opinião, eu sei que ele [o médico] não trabalha por amor, mas ele tem que trabalhar por amor né? Que ele seja remunerado, então não é por amor, mas com amor eles tem que trabalhar.” (GU-FT)

“Mas, se ele gosta do que ele faz, eu acho que ele...eu acho que ele tem que gostar do que faz. Tem que gostar, e se você não gosta, você não vai fazer direito.” (GP-CP)

A importância do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde

A ênfase do trabalho em saúde pela racionalidade médica e sem considerar a determinação social da doença, fragmenta o cuidado.

“Então, essa conduta de chegar e só olhar pra doença... pra doença e eles não olham o restante. O paciente vem pra cá e fica internado, a família não vem visitar. Tá de alta, e não tem pra onde ir. Isso eles não conseguem chegar. Fica o restante da equipe inteira correndo atrás de resolver esses problemas e eles às vezes nem sabem do histórico, de onde veio, a dificuldade que tem pra ir embora, e que tem que ligar pra uma ambulância pra buscar, ou que não tem um parente e a pessoa não tem onde morar, o que vai fazer. Então, é só o focar na doença, pra mim, o focar só na doença é falta de profissionalismo, pra mim é.” (GP-CG)

Na perspectiva do grupo de profissionais da saúde que participou deste estudo, a compreensão ampliada do processo saúde-doença, incorporando os determinantes da saúde faz parte do profissionalismo por envolver tomada de decisões que sejam eficazes e eficientes. A valorização dos determinantes sociais da saúde é fundamental para que haja o respeito às crenças e valores dos pacientes, principalmente no caso dos povos indígenas.

“Lá em Dourados tem muitos indígenas né e eu perguntava pra mãe e aí o paciente tomou o leite?– hurum. E ele gostou do leite?- Não tomou o leite. Às vezes [ela] não quer, porque indígena tem aqueles trabalhos que provam que eles são intolerantes à lactose. Aí não saem da diarreia. E porque continua dando o leite? O médico quer prescrever leite, aí você fala que não quer, e é todo um clima. E assim eles não se envolvem. Eles olham só o problema que tá, e não olha o

restante.” (GP-CG)

“Porque você não impõe as suas crenças e o paciente tem direito a não querer o tratamento ou não fazer, a querer ir embora. Eu já vi situações assim do paciente levar sermão você tá assim porque você quer, a culpa é sua! E tem que fazer o tratamento! Se o paciente fala que não quer, deixa ir embora. Ah, ele vai internar de novo, fazer o quê? É um direito dele, agora ficar dando sermão e às vezes ele não quer fazer o tratamento porque ele não entendeu, ele acha que você tá querendo matar ele. Tem gente que realmente não entende o que tá acontecendo. Igual os indígenas” (GP-CG)

Síntese das competências de profissionalismo no Brasil

As expectativas de pacientes e profissionais da saúde vão além da competência clínica do médico. As competências citadas até o momento sugerem que "ser um bom médico" depende muito das interações de nível individual ou é determinado por escolhas pessoais, com pouco reconhecimento das dinâmicas de nível macro, como o papel do médico na sociedade.

As características expressas nos GF compõem o entendimento de profissionalismo médico no contexto brasileiro do SUS, onde as pessoas esperam que o médico seja respeitoso, disponível e interessado.

“Eu acho que é muito importante numa hora de uma consulta você ser bem acolhido, o médico te ouvir, te dar atenção, te examinar né? A gente vê muito que o médico não te escuta, que o médico não te olha, que o médico não te dá atenção nenhuma, e passa a bola pra outra, entende?” (GP-MB)

“Profissionalismo mesmo, e acho que até assim... um conjunto de coisas né? Porque além do profissional, do modo que ele atende... Seria tudo isso junto né? O bom atendimento, atenção, empatia, interesse pelo paciente, e tudo isso junto.” (GU-CP)

Sobre as limitações do estudo, destacamos a confiabilidade e validade de indicadores qualitativos, no entendimento de que esse tipo de análise é dinâmica e singular²³. É impossível ser reproduzida fielmente, por serem resultados de um “caminho interpretativo” singularizado, impregnado de intersubjetividades²³.

Por refletirem os valores culturais e morais de um povo a partir de uma

linguagem mais simples e popular, os resultados apresentados se distinguem das declarações formais sobre profissionalismo promulgadas por instituições profissionais e acadêmicas. Contudo, a abordagem utilizada legitima um conjunto de valores e comportamentos que pode sustentar a confiança do público nos médicos. Para algumas instituições, como o *Royal College of Physicians*, esta é a definição de profissionalismo²².

Considerações Finais

Apesar de não existir uma definição universal de profissionalismo, os resultados mostraram que a percepção de usuários e profissionais de saúde sobre os comportamentos e atitudes que identificam "um bom médico" espelham, em grande parte, os achados de estudos anteriores que definiram o conceito de profissionalismo médico com um construto abrangente. O Brasil, a despeito das dimensões continentais e peculiaridades de cada região, possui uma convergência de crenças em relação ao profissionalismo médico.

Nosso estudo identificou que as habilidades de comunicação são aspectos importantes do profissionalismo para os pacientes e profissionais da saúde. A exploração realizada nesta pesquisa conduziu não somente para a construção das competências de profissionalismo médico, mas também para a identificação dos conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a composição destas competências, e deste modo, reduziu a abstração do termo profissionalismo.

É improvável que qualquer regulamentação consiga erradicar totalmente os comportamentos antiéticos e inadequados se não houver um compromisso individual de cada médico com o profissionalismo. A redação clara e cuidadosa das competências como comportamentos observáveis, reflete um padrão que pode ser alcançado pelo profissional em condições adequadas de trabalho.

No momento, o que podemos afirmar é que os resultados geram um campo rico de possibilidades, que contribuem para o aprofundamento conceitual de profissionalismo médico, e nos coloca a refletir se estaremos usando as melhores estratégias, métodos e técnicas de ensino para assegurar a formação de profissionais comprometidos com as demandas e necessidades do seu tempo.

Colaboradores

Magda Moura de Almeida participou da construção do projeto de pesquisa, coleta, interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito.

Eliana Amaral auxiliou na construção do projeto de pesquisa, na interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito.

Referências

1. Machado MH (Org.) Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. FIOCRUZ, editor. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995. 193 p.
2. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. 2nd ed. HUCITEC, editor. São Paulo; 1993. 229 p.
3. Diniz M. Os donos do saber: Profissões e monopólios profissionais. Revan, editor. Rio de Janeiro; 2001. 192 p.
4. Campos GW de S. Os médicos e a política de saúde. São Paulo; 1988. 214 p.
5. Neto A de FP. Ser Médico no Brasil: o presente no passado. Fiocruz, editor. Rio de Janeiro; 2001. 232 p.
6. Rego S. O profissionalismo e a formação médica. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2012;36(4):445–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600001&lang=pt
7. Rego S. O processo de socialização profissional da medicina. In: FIOCRUZ, editor. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995. p. 119–32.
8. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: Agir em saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229–66.
9. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. Int J Heal Serv. 2002;32(2):379–416.
10. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Soc. 2004;13(3):44–57.
11. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res [Internet]. 2005 Nov [cited 2014 Mar 19];15(9):1277–88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16204405>
12. Zoboli ELCP. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(1):21–7.
13. Pinto JA, Maia K, Silva M, Mota G. A Relação Médico-Paciente Segundo a Perspectiva do Paciente. Rev Ciências em Saúde v2,. 2012;2(3):11.

14. Wiggins MN, Coker K, Hicks EK. Patient perceptions of professionalism: Implications for residency education. *Med Educ*. 2009;43(1):28–33.
15. Bakić-Mirić NM, Bakić NM. Successful doctor-patient communication and rapport building as the key skills of medical practice. *Med Biol*. 2008;15(2):74–9.
16. Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, Communication, and Efficiency in the Medical Encounter: Creating a Clinical Model From a Literature Review. *Arch Intern Med*. 2008;168(13):1387–95.
17. Campos GW de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec;Fiocruz; 2006. p. 53–92.
18. Bendapudi NM, Berry LL, Frey K a, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clin Proc [Internet]*. 2006 Mar;81(3):338–44. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16529138>
19. Joule R-V, Gueguen N. Touch, compliance, and awareness of tactile contact. *Percept Mot Skills*. 2007;104:581–8.
20. Green M, Zick A, Makoul G. Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses. *Acad Med [Internet]*. 2009 May;84(5):566–73. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19704188>
21. Ministério da Saúde. Portaria no 1.820, de 13 de agosto de 2009 [Internet]. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde Brasil; 2009. Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html
22. Anthony-Pillai R. Medical professionalism. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016;44(10):586–8. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1357303916301335>
23. Minayo MC de S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2009;33(suppl 1):83–91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500009&lng=pt&tlng=pt

4.4. Artigo 4

O trabalho em equipe: uma competência de profissionalismo médico

Autores: Magda Moura de Almeida
Eliana Amaral

Revista para a qual será enviado: INTERFACE (UNI/UNESP. ONLINE)

Resumo

Este trabalho é fruto de pesquisa para a construção da matriz de competências de profissionalismo médico no Brasil que aconteceu em duas fases. A primeira analisou a percepção dos educadores das profissões da saúde através da metodologia e-Delphi. Na segunda houve a realização de grupos focais (GF) com usuários e profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde nas cinco regiões do país. A análise do painel e-Delphi e dos GF foram feitas a partir da proposta de análise de conteúdo temática. Entre outras competências, promover um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe foi destacada como essencial para a boa prática médica. O grau de detalhamento de habilidades, atitudes e conhecimentos para o desenvolvimento desta competência exigiu uma publicação específica para valorizar os seus achados.

Palavras-chaves: Profissionalismo. Educação médica. Competência profissional. Equipe de Assistência ao Paciente.

Introdução

A mudança do paradigma dos cuidados em saúde tem conformado outra maneira do médico se relacionar com seus pacientes. Se por um lado, os avanços tecnológicos salvam milhões de pessoas, eles também permitem a sobrevivência com problemas de saúde duradouros e incapacitantes¹.

Foi somente depois de 1950, com os avanços nos conhecimentos médico, clínico e epidemiológico, que se instaura a compreensão ampliada sobre saúde e doença não representarem uma dicotomia, mas sim estados de processos contínuos que envolvem as relações do indivíduo com o meio ambiente. Neste contexto, a finalidade dos serviços médicos deixou de ser somente a cura de doenças, para incorporar práticas que objetivassem a prevenção das doenças e a restauração da saúde integral do paciente^{2,3}. A abrangência com a qual começa a se enxergar o processo saúde-doença exigiu uma nova integração disciplinar e profissional, envolvendo áreas do saber biológico, das ciências sociais e da psicologia. A ideia de uma equipe de saúde é respaldada por essa noção de atenção integral à saúde do paciente^{2,3}.

Evidente que um indivíduo não funciona independentemente da estrutura social que compõe e, à medida em que a sociedade mudou, os padrões tradicionais da prática médica precisavam ser revistos. A educação médica que concentrava intensamente sua aprendizagem e avaliação nos conhecimentos teóricos e nas habilidades técnicas, percebeu a insuficiência dessa abordagem e vem produzindo e estudando o profissionalismo médico como a base da relação da medicina com a sociedade⁴.

Para atuar com profissionalismo, o médico ou o estudante de medicina utilizam recursos pessoais, que são intrínsecos e podem ser aprimorados, e recursos extrínsecos, que vão além de instrumentais e equipamentos. Estão inclusos nessa categoria, as estratégias de desenvolvimento pessoal, e observação e incorporação de competências dos colegas e demais profissionais da saúde nos cuidados em saúde⁵. No exercício pleno do profissionalismo é imprescindível que o médico, reconheça as suas próprias insuficiências, e identifique os recursos externos presentes que ele não possui, mas aos quais

pode recorrer, se necessário e disponíveis a depender do contexto no qual a pessoa está inserida.

Ainda existe dificuldade de transpor a compreensão do conceito de profissionalismo para a prática cotidiana que acontece dentro dos serviços de saúde, na interação com os pacientes, seus familiares e com outros profissionais de saúde^{1,6-8}. Trazer a perspectiva dos diferentes atores para o campo do profissionalismo médico é essencial para construir um cenário que permita ir para além dos consensos, acordos ou convenções sociais delimitadas pelos próprios médicos, em torno do que a categoria profissional acredita ser relevante.

Este artigo trata das competências de profissionalismo médico que envolvem o trabalho em equipe de saúde no cenário brasileiro.

Métodos

O método e-Delphi é uma técnica qualitativa de investigação que permite reunir um conjunto de opiniões de especialistas que estão geograficamente separados. Os seus resultados possibilitam fazer leituras profundas da realidade, através do desvelamento da compreensão dos fenômenos⁹⁻¹².

O método e-Delphi foi aplicado nesse estudo em dois importantes estágios:

- a) Identificação de indivíduos com experiência e conhecimentos no tema em estudo, no caso, profissionalismo em medicina, denominados experts, especialistas ou painelistas.
- b) Exploração das competências de Profissionalismo Médico subdividido em três fases:
 - Fase (1) - brainstorming para fatores importantes,
 - Fase (2) - redução da lista original para comportamentos mais importantes
 - Fase (3) - ordenação de comportamentos importantes.

Um estudo Delphi envolve técnicas de amostragem não probabilística, ou seja, com amostragem intencional ou por critérios, resumindo-se a grupos relevantes^{9,12}. A representatividade é avaliada considerando a qualidade do painel de especialistas, em lugar de números¹³. Foram utilizados os termos

“especialistas”, “peritos” e “painelistas” como sinônimos dos sujeitos integrantes/participantes do painel e-Delphi⁹⁻¹².

Os painelistas deste estudo foram convidados a partir da estratégia de bola de neve¹⁴ em comunidades de prática de educadores médicos, e deveriam cumprir determinados critérios de inclusão: (a) falantes nativos de português do Brasil; (b) possuir residência há pelo menos cinco anos com endereço no Brasil, e (c) serem envolvidos em educação médica de graduação e / ou de pós-graduação há pelo menos 6 (seis) meses.

Foram identificados 91 painelistas provenientes de todas as regiões do Brasil. A participação dos especialistas ocorreu em três etapas através de questionários eletrônicos para: coleta inicial de itens (Questionário 1 - QES1), reconsideração de itens e validação da lista categorizada de fatores (Questionário 2 – QES2) e escolha e classificação dos itens mais importantes (Questionário 3 – QES3).

O QES1 solicitava que os participantes identificassem seis atributos/comportamentos de um bom profissional médico através de uma única pergunta aberta. Na análise das respostas, houve apenas a remoção de respostas idênticas, com a edição reduzida dos itens, tentando manter a forma escrita a mais fidedigna possível do original.

A lista de 51 itens produzidas no QES 1 foi apresentada aos painelistas no QES 2, categorizadas em domínios e associadas a uma escala de Likert de quatro pontos ("não deve ser incluído", "sem importância", "importante" e "indispensável"), para que os participantes indicassem a relevância de cada uma das competências listadas na primeira rodada.

Para o QES3 foram apresentadas as 21 competências consideradas indispensáveis por mais de 50% dos painelistas no QES2. Foi solicitado aos especialistas no QES3, que selecionassem e ordenassem as 10 (dez) competências de profissionalismo médico mais importantes.

Em todas as etapas era permitido aos painelistas sugestões e comentários no intuito de utilizar as críticas para o refinamento da redação e categorização das competências. Várias sugestões foram feitas, referindo-se a itens que já haviam sido incluídos no questionário e nenhuma nova competência foi sugerida ao final do processo.

Para a apreensão da perspectiva dos pacientes e profissionais da saúde foram realizados Grupos Focais (GF) nas cinco regiões do país, em serviços de Atenção Primária nas cidades de Nova Petrópolis (região sul), Marituba (região norte) e Campinas (região sudeste) e em Hospitais Universitários nas cidades de Fortaleza (região nordeste) e Campo Grande (região centro-oeste).

Segundo a classificação do IBGE teríamos na nossa amostra: duas metrópoles (Campinas e Fortaleza), um município de grande porte (Campo Grande), um município de médio porte (Marituba) e um município de pequeno porte (Nova Petrópolis).

A condução dos GF se deu a partir de um roteiro, onde as perguntas disparadoras foram semelhantes às do painel Delphi:

- “Quais características e/ou comportamentos são importante em um bom profissional médico?”
- “O que o termo - profissionalismo médico - significa para você?”
- “Em sua opinião, quais os fatores que estão envolvidos no profissionalismo médico?”
- “Dos comportamentos e características discutidas hoje aqui, qual você considera o/a mais importante em um médico?”

Durante o piloto do projeto para a construção da matriz de competências do profissionalismo no Brasil, observou-se a necessidade de aprimorar a pergunta norteadora nos GF de profissionais da saúde para que eles não se detivessem somente em características da relação médico-paciente, mas que pudessem identificar também comportamentos relacionados à dinâmica dos processos de trabalho. Assim, sempre que surgia nos GF menção sobre competências relacionadas ao ambiente de trabalho, era adicionada uma nova pergunta disparadora para os profissionais da saúde: “E para o trabalho de equipe, quais características são desejáveis para um profissional médico?”.

Para a análise temática foi utilizada a técnica de análise de conteúdo após a transcrição das falas na íntegra, e inserção dos textos correspondentes no software NVivo®. Uma codificação alfanumérica foi utilizada para que ilustrar os trechos das entrevistas, citados *ipsis litteris*. Os GF de usuários foram identificados através de “GU” (grupos usuários) e os GF de profissionais da saúde “GP” (grupos profissionais), seguidos da descrição “NP” para Nova

Petropolis, “MB” para Marituba, “CG” para Campo Grande, “CP” para Campinas e “FT” para Fortaleza. Portanto, a fala de um usuário de Campo Grande será codificada como “GU-CG”. Posteriormente, as categorias dos GF foram confrontadas com as categorias que emergiram no estudo Delphi para identificar similaridades e divergências entre as perspectivas de usuários, especialistas e profissionais da saúde.

Ao final, o painel e-Delphi selecionou 21 competências de profissionalismo médico, distribuídas em seis domínios: compromisso com a competência técnica, prática reflexiva e autoconhecimento, habilidades de comunicação e colaboração, comprometimento com aspectos éticos, competência cultural e responsabilidade social. Maiores detalhes sobre outras competências poderão se acessadas em outras publicações provenientes deste mesmo projeto.

Os participantes dos GF, além de detalharem algumas competências e subcompetências para o trabalho em equipe, apontaram inclusive como, e em quais oportunidades elas poderiam ser desenvolvidas. Pela abundância e riqueza do material advindo destes grupos, foi necessária uma publicação a parte das demais competências de profissionalismo desveladas durante o projeto de pesquisa.

O protocolo deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP (CAAE 31901414.1.0000.5404).

Resultados e Discussão

Quatro competências diretamente, mas não exclusivamente, relacionadas ao trabalho em equipe foram elencadas entre as dez competências mais importantes de profissionalismo médico pelos painelistas e-Delphi. Na tabela 1, pode-se visualizar as competências, seu ordenamento de importância, e em qual domínio ela foi classificada.

Houve outras competências do domínio de habilidades de comunicação e colaboração valorizadas pelo painelistas, que apesar de não se referirem explicitamente ao trabalho em equipe, abrangem competências que contribuem nos processos de trabalho da equipe de saúde. Elas incluem a promoção do diálogo regido pela escuta ativa, evitando julgamentos e cerceamento de fala; o

registro de procedimentos clínicos ou cirúrgicos de modo organizado e legível; e a utilização de formas de linguagem acessíveis, respeitosas e adequadas ao interlocutor.

Tabela 1 - Competências de Profissionalismo médico relacionadas ao trabalho em equipe, resultados da Etapa 3 painel e-Delphi	
Rank	Domínios de Competência/Competências Nucleares Ordenadas
4*	Habilidades de Comunicação e Colaboração: Avalia se o paciente, seus familiares e os membros da equipe compreenderam as orientações e recomendações orais ou escritas.
4*	Habilidades de Comunicação e Colaboração: Trata seus pares, paciente e equipe de saúde com respeito e interesse, colocando-se na posição do outro, compreendendo seus conflitos e problemas.
5	Comprometimento com aspectos éticos: Age com integridade e honestidade nas interações com pacientes e colegas, sendo consciente das situações que podem resultar em conflito de interesses.
6	Habilidades de Comunicação e Colaboração: Promove um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe, compartilhando as decisões de acordo com a expertise dos demais profissionais de saúde e respeitando os saberes de outros campos do conhecimento.
*itens com a mesma pontuação	

A necessidade do trabalho interprofissional colaborativo e complementar [subtítulo]

A importância do trabalho em equipe foi destacada como uma competência essencial da boa prática médica.

“O profissional ele tem que saber trabalhar em equipe, valorizar a equipe que trabalha com ele. E que ele, não é só ele. Tem todo aquele poder de saber e tentar resolver, mas [também] dar ouvidos pra equipe que tá trabalhando junto né?” (GP-NP)

Os estudantes precisam vivenciar experiências de tomada de decisões com diálogo e consenso, para que possam desenvolver importantes competências para o trabalho em saúde.

“Em especial, a gente sabe que os profissionais médicos tem um pouco mais de dificuldade assim de, enfim, de considerar que talvez eles não vão conseguir resolver tudo né? E tipo assim, é importante a gente contar com os outros colegas pra resolver algumas questões, e quando a gente tem que realmente

acreditar que a visão multidisciplinar ela é realmente efetiva ou às vezes até mais efetiva, e que vai ser importante pra aquele usuário.” (GP-NP)

“Eles relatam muita dificuldade pra formação né? Que eles não foram formados pra trabalhar com uma equipe multiprofissional né... então eles também têm dificuldade na hora de estipular metas e você discutir um caso né?” (GP-CG)

A falta de conhecimento sobre o núcleo de competências e responsabilidades de cada profissional, dificulta o diálogo, e fragiliza a oferta de uma atenção integral ao paciente. Faz com que haja o trabalho coletivo em saúde, mas não trabalho em equipe de saúde, pois cada grupo profissional finda por prestar, separadamente, apenas uma parte da assistência e do cuidado à saúde^{2,17}.

“... eles tem a hegemonia de tudo né, mas na verdade eles não sabem realmente o que cada um faz, o que a fisioterapia faz, o que a enfermagem faz.” (GP-CG)

“Eu acho que não só na medicina como nos cursos da saúde, nós teríamos que ver algo assim pra conseguir compreender melhor a profissão do colega sabe? Eu acho que às vezes, não só na medicina, como também, por exemplo, na fono [fonoaudiologia], né, nós poderíamos ter mais experiências do que o nosso colega faz e do quanto ele pode nos ajudar. Eu não consigo ter esse olhar ampliado quando eu não sei o que ela faz né? Mesmo ela trabalhando na porta do lado ali, no consultório do lado. Às vezes eu acho que falta um pouco desse conhecimento e que na faculdade poderíamos ter oficina ou alguma coisa a mais.” (GP-NP)

De fato, o envelhecimento populacional e o aumento das doenças e agravos crônicos contribuem para aumentar a necessidade de uma abordagem mais ampla e qualificada, que sustenta o trabalho de equipe¹⁵. As instituições formadoras deveriam mediar esse processo de transição, pois as mudanças nas práticas em saúde não acontecem automaticamente. Demanda-se oportunizar práticas interdisciplinares, e reforçar a maior eficácia das ações em saúde e maior eficiência dos serviços de saúde, quando estes se apoiam sobre a *práxis* de trabalho em equipe realmente integrada. Os processos educativos possuem uma enorme responsabilidade na formação de profissionais “responsáveis e

comprometidos com o mundo, consigo e com os outros", que precisa ser lembrada¹⁶.

O monopólio do conhecimento, o argumento de autoridade e a fragmentação do processo terapêutico que surge com maior ênfase nos processos especializados, reverberou principalmente nas falas dos profissionais vinculados aos hospitais universitários. Basaglia citado por Campos¹⁸ argumenta que o conhecimento cada vez mais específico, incorporado na figura do especialista médico, traz consigo demandas importantes para o trabalho em equipe.

“...se acha muito superior, trata os próprios residentes, os próprios internos ou os próprios médicos com se eles fossem subordinados sempre a essa pessoa, como se eles fossem sempre acadêmicos e como se a gente não tivesse vida própria. Como se a gente precisasse sempre do aval daquela pessoa pra fazer uma conduta né? E às vezes passa por cima da conduta da gente ...” (GP-FT)

Ao invés de ser um espaço de saber-fazer comum, onde se podem articular outras racionalidades com diferentes saberes e intervenções para trabalhar a integralidade da saúde do paciente; o foco na doença por parte do profissional médico, reduz a noção de equipe à coexistência de vários profissionais que compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela, porem sem integração.

“Imagina um médico que não tem essa visão toda de um usuário, de um paciente e vê uma assistente social? Vai pensar: o quê um assistente social faz numa equipe pra lidar com a saúde né? E se ele não tem esse olhar de saúde como um todo e vê só a doença em si, não leva em consideração todo o meio onde a pessoa vive e todo cotidiano dela. Ele não vai entender... se não é saúde da família, ele não vai entender o que uma assistente social tem a ver com a promoção da saúde, né?” (GP-NP)

Há de se resgatar que o trabalho em saúde atual é reflexo de um modo de produção e organização da nossa sociedade. A crítica aos modelos clássicos de administração se estende ao setor saúde, sobretudo em relação à “rígida e excessiva divisão do trabalho, à fragmentação das tarefas e à despersonalização do trabalho”, que não permitem avançar para um patamar de cuidados em saúde

que aconteça de modo compartilhado e com co-responsabilização de todos os membros da equipe. Permanecem as divisões entre trabalho manual e trabalho intelectual, líderes e liderados, nas quais as tarefas e responsabilidades seguem a divisão técnica das atividades e categorias profissionais, refletindo na fragmentação das práticas de cuidado em saúde¹⁶.

No Brasil, a Medicina Comunitária trouxe uma forma diferenciada de utilização do trabalho médico, com a incorporação do trabalho de outras categorias profissionais. Essa inclusão, contudo, acontece de modo mais auxiliar do que complementar ao trabalho médico, reproduzindo a segmentação e a fragmentação das áreas de conhecimento, dos saberes e das profissões^{2,17}.

O principal foco da prática médica nos últimos anos tem sido monitorar regularmente as condições incuráveis até o momento, tais como diabetes, hipertensão, asma, artrite, câncer, e também melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Contudo, o cuidado, ao invés da cura, pode ser mais apropriadamente realizado pelos outros profissionais, agora considerados parceiros dos médicos na equipe de saúde¹.

A reorganização da atenção à saúde através do Programa de Saúde da Família (PSF) na década de 90 adiciona o trabalho em equipe dentro suas diretrizes operacionais para a reorganização das práticas em saúde, e inclui um leque variado de profissionais com o intuito de abranger as múltiplas dimensões da saúde e estimular a mudança na concepção do processo saúde-doença, para além do modelo biomédico. A transformação do modelo de atenção a saúde que propunha o PSF, se ancorava também na reorganização do processo de trabalho em saúde^{2,16}.

A atuação do médico com a equipe produz e reproduz formas de pensar e atuar em saúde. Superar a lógica utilitária predominante, contribuiria para o deslocamento da prática centrada no procedimento, fragmentada por categoria profissional, para uma lógica de cuidado e responsabilidade coletiva, onde o paciente é reconhecido como sujeito do e no seu próprio corpo¹⁶.

Os dados encontrados neste estudo apontam para além de uma fragilidade no entendimento sobre campo e núcleo de competência dos membros das equipes. Parece também existir uma dificuldade, ou até mesmo uma certa resistência na determinação e operacionalização no campo das

responsabilidades. Fica a impressão de que, apesar dos dispositivos institucionais de matriciamento, co-gestão, gestão colegiada, vínculo, acolhimento e etc, ainda não conseguimos superar as barreiras para que a defesa da vida constitua “componente obrigatório do campo de responsabilidades de todo e qualquer profissional de saúde”¹⁸. Campos sugere que talvez tenha havido uma superestimação do valor do trabalho de equipe para superar a falta de responsabilização dos profissionais e a fragmentação do cuidado em saúde¹⁸.

A responsabilidade pelo autocuidado também mudou o papel paternalista dos médicos: as pessoas agora devem ser vistas como sujeitos, pessoalmente responsáveis por suas escolhas, e em certa medida, pela sua própria saúde.

Três fatores reconhecidamente ajudam a diminuir o desempenho das equipes de saúde¹⁹: (1) a hierarquia profissional na medicina que inibe o trabalho em equipe, porque o diálogo aberto é evitado por medo de constrangimento ou perturbação da hierarquia, (2) as transições frequentes entre os cuidadores devido a mudanças de turnos, fragilidade dos vínculos trabalhistas e por último o óbvio de que (3) a complexidade das interações humanas, visto que o trabalho em equipe enfrenta os desafios de gerenciar relacionamentos e mediar conflitos.

Sobre a hierarquia profissional, nas últimas décadas, enfrentamos as ameaças emergentes à saúde que acompanham a globalização, as quais também exigem novos tipos de intervenções, com modelagens inteiramente diferentes, de natureza mais sociopolítica. Acompanhamos também o aumento do acesso público ao conhecimento científico que resultou em alguma desmistificação da medicina. Tudo isso colabora para a chamada, “erosão da posição social do médico” nas sociedades contemporâneas¹.

Contudo, ainda cabe ao médico ser o principal mediador entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços de saúde, já que ele assume a ação nuclear de definição a maior parte dos diagnósticos e, portanto, ordenador de serviços. Aqui estamos nos referimos ao trabalho em saúde contemporâneo, em processos de trabalho peculiares a uma dada conformação social, dentro de uma lógica de organização capitalista com recente experiência democrática, articulados às demais práticas sociais de uma época^{20,21}. No campo do plano terapêutico, é fato que nenhum profissional de saúde

isoladamente é capaz de assumir a totalidade da execução de ações demandadas^{15,22}.

Existe certo consenso entre os autores que estudam a temática de que a integração para o trabalho em equipe de saúde não significa necessariamente o apagamento de uma hierarquização funcional, ou a submissão das diferenças a uma verdade única e inequívoca. É preciso enfrentar as diferenças, reconhecer os graus de polivalência, que uns podem saber mais que outros, mas sobretudo, saber sobre coisas distintas, em níveis inevitáveis e até necessários de especialização. Essa diferenciação e até mesmo hierarquização de autoridades, não deve ser utilizada como justificativa para deixar de investir no diálogo e nas possibilidades democráticas²⁰.

As visitas domiciliares, ações externas de promoção da saúde, as reuniões de equipe, as visitas multidisciplinares nas enfermarias e as passagens de plantão são espaços cotidianos de saber-fazer comum em que o profissional médico tem a possibilidade de demonstrar atributos de cooperação e solidariedade. Esses espaços são ao mesmo tempo, potencialidade e possibilidade de formação, seja para gestão ou para o cuidado em saúde, quando se reconhece que cada área profissional que atua no campo da saúde conjuga as esferas individual e coletiva de forma distinta¹⁶.

As competências de comunicação e interpessoais para o Trabalho em Equipe de Saúde [subtítulo]

Os participantes ressaltaram recorrentemente a necessidade de escuta, diálogo e apoio para a produção de vínculo entre os membros da equipe. As unidades de análise referentes à comunicação e à interação entre os profissionais da equipe foram as mais destacadas.

“De manhã, por exemplo, na passagem de plantão quem participa é os enfermeiros, os da noite e o da manhã. E aí a fisioterapia se insere porque é importante pra gente saber o que aconteceu. Aí fono participa, a nutricionista vai porque tem que receber algumas informações, então se fosse multi realmente um representante pelo menos de cada profissão que age no setor, e mais o médico né?” (GP-CG)

A ênfase dada à comunicação converge para a representação acerca do trabalho em equipe debatida por outros autores. Segundo Peduzzi^{17,21}, a “articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação entre os profissionais ocorre por meio da mediação simbólica da linguagem”.

A humildade foi um atributo que surgiu como inicial para uma sequência de competências inter-relacionadas. Ser humilde permite que o profissional médico consiga exercer a competência de reconhecimento das suas limitações, e assim tratar com interesse e respeito os demais membros da equipe, promovendo um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe, compartilhando as decisões de acordo com a expertise dos demais profissionais de saúde e respeitando os saberes de outros campos do conhecimento.

“ Oh, mas eu tenho uma colega que é fono (fonoaudiólogo) e vou perguntar o que ela acha desse caso aqui...Então acho que é isso assim né? Mas pra isso ele precisa duvidar do que ele tá concluindo, e acho tem que se enxergar dentro de uma equipe né?” (GP-NP)

“O profissional que tem essa capacidade de sentar junto com a sua equipe, de perguntar sobre os casos... é capaz de escutar a opinião do colega sobre aquele caso né? De abrir pra pergunta né? Tipo, não ter tanta certeza daquilo que ele diagnosticou né?” (GP-NP)

A elaboração de um projeto assistencial comum é um sinalizador de integração da equipe². Na promoção de um ambiente colaborativo, regido pelo diálogo e pela escuta ativa, os profissionais de saúde destacaram a importância do feedback do profissional médico em relação às atividades executadas pelos membros da equipe. Ressalte-se aqui o caráter positivo e propositivo do feedback, no sentido de prover orientação e auxílio no aprimoramento do profissional. E não como uma ferramenta de validação das ações de saúde pelo profissional médico.

“Então assim, não fazem nada sem a gente, mas não tem a humildade de dar o feedback e nem cooperar com o serviço da gente, é só cobrar, cobrar, acusar.” (GF-FT)

Peduzzi¹⁷ diferencia duas tipologias que recobrem a ideia de equipe: a equipe agrupamento, como um conjunto de agentes onde ocorre apenas a justaposição das ações, e a equipe integração, que como a própria nomenclatura refere, “coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas” através da interação dos agentes.

Os espaços existentes dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) colaboram para que haja mais oportunidades para o exercício da escuta, do diálogo, do uso da expertise dos colaboradores e da construção de projetos terapêuticos em comum. As visitas domiciliares, as reuniões de equipes e o matriciamento foram atividades identificadas, onde o exercício do trabalho em equipe só ocorre de maneira satisfatória se o perfil de formação do médico é específico para o desenvolvimento dessas atividades.

Ao mesmo tempo que o cenário da ESF tem a potência de contribuir para o estabelecimento de relações mais horizontalizadas, se ele ocorre sem o reconhecimento e tomada de consciência pelos próprios médicos, acaba promovendo-se uma negação e reação contrária da categoria médica, isolando e afastando os profissionais médicos do planejamento do processo de trabalho, dificultando uma integração efetiva da equipe de trabalho em saúde.

“Os médicos fazem visita domiciliar, então os casos mais graves e mais complicados os médicos conhecem né? Assim ... e aquilo que é do dia a dia e tal, mais simples. Mas os problemas mais complicados, pacientes acamados, pacientes com problemas graves, então os médicos da unidade básica, eu acho que eles conhecem mais né? Tem essa questão de fazer visita domiciliar, de discutir em reunião de equipe.” (GP-CP)

“Quando às vezes vem médico de fora, especialista, ocupar vagas dos médicos da saúde da família... porque ela nem sabe onde que ela tá! Estratégia, saúde da família... o que é isso?” (GP-NP)

Campos¹⁸ argumenta que a alienação de não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção leva ao descompromisso com a cura e com promoção de saúde. Os serviços de saúde de um modo geral responsabilizam os profissionais por apenas uma determinada etapa do projeto terapêutico. Ser responsável por fragmentos dos processos de promoção, prevenção, cura e reabilitação não permite o envolvimento ativo do sujeito. A especialização

crescente, não somente de médicos, mas de todos os profissionais da saúde reduz a capacidade de resolver problemas e amplia a progressiva perda de eficácia das práticas clínicas e da saúde pública¹⁸.

Competência de trabalho em equipe de saúde [subtítulo]

Observou-se com todos os dados coletados neste trabalho, que a matriz de competências de profissionalismo construída a partir da colaboração de educadores das profissões da saúde no painel e-Delphi, poderia ser aprimorada. Com os GF foi possível compreender melhor os comportamentos que compõem o trabalho em equipe, e quais seriam os fatores que poderiam ser apurados para que o trabalho em equipe ocorra de modo efetivo. Para que exista a realização de cada uma das competências descritas na matriz de profissionalismo médico, é preciso que vários elementos se conectem.

Como demonstrado na Figura 1, quatro competências relacionadas diretamente ao trabalho em equipe identificadas pelo painel de especialistas podem ser unificadas para se trabalhar com apenas uma competência mais sucinta: “promover um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe”. Os processos comportamentais identificados neste trabalho vão ao encontro da literatura, que apesar de não apresentar consenso sobre o conceito de trabalho em equipe, inclui na sua construção ações como comunicação, compartilhamento de conhecimentos, ajuda mútua, uso da expertise de todos os colaboradores; além de atitudes como o respeito e coesão do grupo¹⁹.

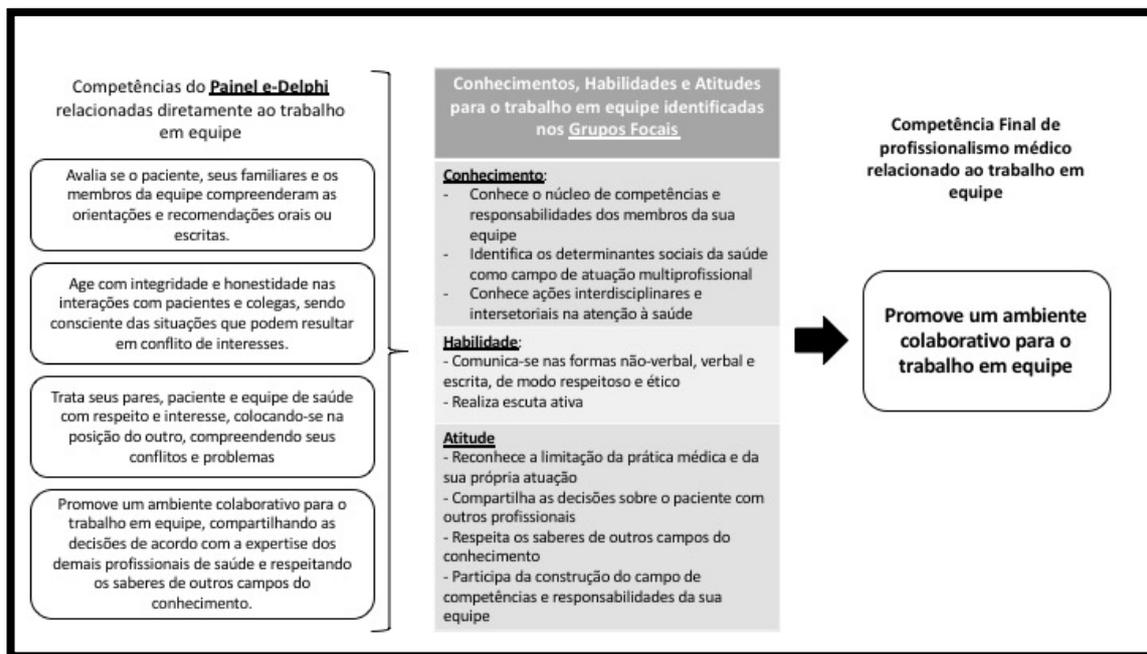


Figura 1 – Síntese da composição da competência de trabalho em equipe de saúde para a matriz de profissionalismo médico no Brasil

Algumas ferramentas se propõem a fornecer uma avaliação geral do uso de habilidades de trabalho em equipe na prestação de cuidados clínicos - a *Clinical Teamwork Scale (CTS)*, a *Mayo High Performance Teamwork Scale (MHPTS)* e o *Communication and Teamwork Skills Assessment (CATS)*. O CTS é semelhante ao CATS. O CATS foi projetado para uso por observadores treinados de eventos clínicos, simulados ou reais, para avaliar quatro domínios comportamentais gerais (coordenação, consciência situacional, cooperação e comunicação). O CATS possui 3 comportamentos adicionais nas categorias de coordenação, cooperação e comunicação que são avaliadas em situações de crise. O CTS classifica padrões conhecidos de trabalho em equipe como ruim, bom ou excelente. Por sua vez, o MHPTS é uma ferramenta de 16 itens (8 itens são sempre classificados e 8 são classificados se aplicável) projetados para avaliar rapidamente as habilidades de trabalho em equipe em treinamentos e incentivar a auto-reflexão²³.

Para o trabalho em equipe, o médico precisará reconhecer a insuficiência da sua abordagem, “reunir e convergir uma rede de atores que se façam relevantes para aquela situação determinada” e compartilhar conhecimentos

com esta rede²⁴. É a partir da compreensão da situação, e da identificação dos recursos que devem ser mobilizados para sua resolução, que se torna possível a tomada de decisão para o cuidado em saúde integral, e efetivação da competência de promoção de um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe.

A magnitude que esta competência ocupou na matriz de profissionalismo nos traz o desafio de pensar formas adequadas de treinamento e avaliação destes componentes, pois a formação a que o médico tem acesso, associado ao repertório social acumulado e suas experiências, servirão como arcabouço de conhecimentos, habilidades e atitudes que terão à sua disposição para utilizar nas mais diversas situações da vida profissional²⁴.

Conclusões

O trabalho colaborativo em equipe foi uma das principais competências de profissionalismo médico identificadas entre educadores das profissões da saúde, e profissionais de saúde dos serviços de atenção primária e terciária.

A comunicação é a pedra angular do trabalho em equipe. Este trabalho destacou que o reconhecimento das próprias limitações, a compreensão da complexidade do processo saúde-doença e o conhecimento do campo de atuação dos demais profissionais da saúde são fatores determinantes para que o médico possa interagir com maior efetividade dentro de equipes multidisciplinares nos diferentes cenários de prática.

Para os próximos anos, é preciso investir em experiências pedagógicas e sistemas avaliativos que estimulam, induzam e mensurem os atributos próprios da competência de promoção de um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe.

Referências

1. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Heal Serv.* 2002;32(2):379–416.
2. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas

necessidades de saúde dos usuários e da população. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

3. Arouca AS da S. O dilema preventivista - contribuição para a compreensão crítica da medicina preventivista. Doutorado. 1975;180.
4. Cruess RL, Cruess SR. Expectations and social contract with society. In: *Perspectives in Biology and Medicine*. 2008. p. 579–98.
5. Boterf G Le. Três dimensões a explorar. *Pessoal* [Internet]. 2006;60–3. Available from: [http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation version directe Pessoal.pdf](http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf)
6. van de Camp K, Vernooij-Dassen MJFJ, Grol RPTM, Bottema BJAM. How to conceptualize professionalism: A qualitative study. *Med Teach*. 2004;26(8):696–702.
7. Pellegrino ED. The medical profession as a moral community. *Bull N Y Acad Med* [Internet]. 1990;66(3):221–32. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1809760&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
8. Bonelli M da G. Os médicos ea construção do profissionalismo no Brasil. *Hist cienc saude-Manguinhos* [Internet]. 2002;9(2):431–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Os+médicos+e+a+construção+do+profissionalismo+no+Brasil#0
9. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs* [Internet]. 2000 Oct;32(4):1008–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11095242>
10. Rowe M, Frantz J, Bozalek V. Delphi study to develop a technology-mediated teaching strategy. *BMC Med Educ*. 2013;13(51):1–8.
11. Donohoe H, Stelfox M, Tennant B. Advantages and Limitations of the e-Delphi Technique: Implications for Health Education Researchers. *Am J Heal Educ*. 2012;43(1):38–46.
12. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Inf Manag* [Internet]. 2004

Dec [cited 2013 Nov 9];42(1):15–29. Available from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378720603001794>

13. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2014 Apr 27];41(4):376–82. Available from: http://rachel.org/files/document/The_Delphi_Technique_Myths_and_Realities.pdf

14. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203–20.

15. Marinho F, Passos VM de A, Malta DC, França EB, Abreu DMX, Araújo VEM, et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* [Internet]. 2018;0(0):1–16. Available from:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31221-](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31221-2/fulltext?utm_source=Collaborators+in+Salesforce+and+Roll-)

[2/fulltext?utm_source=Collaborators+in+Salesforce+and+Roll-](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31221-2/fulltext?utm_source=Collaborators+in+Salesforce+and+Roll-)

[Overs&utm_campaign=45fa1e816c-EMAIL_CAMPAIGN_2018_07_18_07_19&utm_medium=email&utm_term=0_3e38a8e1c7-45fa1e816c-422558521#.W1lwqJ7wquh.mendeley](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31221-2/fulltext?utm_source=Collaborators+in+Salesforce+and+Roll-)

16. Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2nd ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS UERJ, ABRASCO; 2007. p. 29–39.

17. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde : conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103–9.

18. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229–66.

19. Valentine M, Nembhard I, Edmondson A. Measuring Teamwork in Health Care Settings: A Review of Survey Instruments. *Med Care* [Internet]. 2015;53(4):e16–30. Available from:

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftq&NEWS=N&AN=00005650-201504000-00015>

20. Diniz M. Os donos do saber: Profissões e monopólios profissionais. Revan, editor. Rio de Janeiro; 2001. 192 p.

21. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Internet]. Universidade Estadual de Campinas; 1998. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
22. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saude : a interface entre trabalho e interação. UNICAMP; 1998.
23. Guise JM, Deering SH, Kanki BG, Osterweil P, Li H, Mori M, et al. Validation of a Tool to Measure and Promote Clinical Teamwork. *Simul Healthc.* 2008;3(4):217–23.
24. Nascimento JGS do. Mobilizando Competências: Mais Médicos Ou Mais Saúde? Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.

4.5 Análise das competências de profissionalismo médico no Brasil

A técnica e-Delphi exige a menor intervenção possível do pesquisador no produto final, enquanto que os grupos focais permitem que a subjetividade do pesquisador interaja na interpretação das falas, criando um novo produto no intercâmbio dos saberes do pesquisador e do pesquisado.

Na análise das diferentes perspectivas percebemos que não há distinção hierárquica entre o conhecimento científico dos educadores das profissões da saúde, e o senso comum, da sociedade civil, representada nesta pesquisa, pelos usuários e profissionais da saúde. As expectativas em relação ao profissionalismo médico dos grupos são complementares.

O quadro 2 sintetiza alguns achados da etapa do estudo e-Delphi que foram aprimorados com as perspectivas dos usuários e profissionais da saúde dos grupos focais. Ele destaca a utilização dos determinantes sociais da saúde e a incorporação de valores socioculturais das minorias étnicas e povos tradicionais no compartilhamento de decisões, com o estímulo e respeito à autonomia do paciente.

Quadro 2 – Quadro com as competências de profissionalismo médico no Brasil do painel E-Delphi modificadas pelas sugestões dos Grupos Focais		
Painel E-Delphi	Sugestões e Acréscimos dos Grupos Focais	Síntese fase 1 e fase 2: Competência de Profissionalismo Médico
Elabora planos diagnóstico e terapêuticos adequados à realidade socioeconômica e coerente aos valores, crenças e costumes dos pacientes e comunidade.	Utilizar os determinantes sociais da saúde na investigação da anamnese e nas propostas de plano terapêutico	Utiliza os determinantes sociais da saúde na elaboração de planos diagnósticos e terapêuticos adequados à realidade socioeconômica e coerente aos valores, crenças e costumes dos

		pacientes e comunidade.
Permite e estimula a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões.	Respeitar a autonomia do paciente, principalmente das minorias étnicas e povos tradicionais	Estimula e respeita a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões. Reconhece e incorpora os valores sócio-culturais das minorias étnicas e povos tradicionais na tomada e no compartilhamento de decisões
Defende a preservação e recuperação da saúde, acima dos interesses corporativos. Age com integridade e honestidade nas interações com pacientes e colegas, sendo consciente das situações que podem resultar em conflito de interesses.	Gerencia adequadamente seus conflitos de interesse Coloca o bem-estar dos pacientes à frente dos seus interesses financeiros	Coloca o bem-estar dos pacientes à frente dos seus interesses financeiros e corporativos, gerenciando honestamente seus conflitos de interesse.

No intuito de reunir as competências indicadas pelos diferentes grupos, e não segregar a organização, delimitando fronteiras para o conhecimento erudito e o popular, propusemos um quadro síntese das competências de profissionalismo médico desveladas nesta pesquisa (Quadro 3).

Quadro 3 – Matriz de competências de profissionalismo médico no Brasil	
Competência cultural	
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece e incorpora os valores sócio-culturais das minorias étnicas e povos tradicionais na tomada e no compartilhamento de decisões • Utiliza os determinantes sociais da saúde na elaboração de planos diagnósticos e terapêuticos adequados à realidade socioeconômica e coerente aos valores, crenças e costumes dos pacientes e comunidade. 	
Comprometimento com aspectos éticos	
<ul style="list-style-type: none"> • Atua com discrição, mantendo a confidencialidade sobre às informações relativas às pessoas sob seus cuidados. • Coloca o bem-estar dos pacientes à frente dos seus interesses financeiros e corporativos, gerenciando honestamente seus conflitos de interesse. • Permite e estimula a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões. 	
Compromisso com a competência técnica	
<ul style="list-style-type: none"> • Previne, diagnostica e trata clinicamente as doenças e agravos prevalentes na região onde atua. • Realiza anamnese, reconhecendo os seus elementos centrais. • Realiza exame físico e integra seus achados com a história clínica, elaborando raciocínio clínico lógico e formulando hipóteses diagnósticas coerentes. • Reconhece suas limitações e identifica suas necessidades de educação permanente, comprometendo-se com a aprendizagem ao longo da vida, com atualização e aprimoramento do seu conhecimento científico, das suas habilidades clínicas e relacionais. • Utiliza racionalmente os recursos diagnósticos e terapêuticos através de noções de custo-efetividade e risco-benefício, embasados nas melhores evidências científicas. 	
Compromisso com o paciente, com o serviço de saúde e com a profissão	
<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia adequadamente o tempo de atendimento. • Cumpre a carga horária de trabalho. • Mantém a pontualidade • Valoriza a profissão. • Valoriza os acompanhantes. 	
Habilidades de Comunicação e Colaboração	
<ul style="list-style-type: none"> • Avalia se o paciente, seus familiares e os membros da equipe compreenderam as orientações e recomendações orais ou escritas. • Demonstra atenção no atendimento do paciente. • Estimula e respeita a autonomia do paciente na construção do plano terapêutico, através do compartilhamento de decisões. • Orienta e esclarece o paciente, família e comunidade em todos os passos do processo de investigação diagnóstica e na indicação de medidas profilático-terapêuticas. • Promove o diálogo regido pela escuta ativa, evitando julgamentos e cerceamento de fala. • Promove um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe. • Registra procedimentos clínicos ou cirúrgicos de modo organizado e legível. • Utiliza formas de linguagem acessíveis, nas formas não-verbal, verbal e escrita, respeitadas e adequadas ao seu interlocutor. 	
Prática reflexiva e autoconhecimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Preza pela sua qualidade de vida • Realiza auto avaliação sistemática através da reflexão sobre seus atos e sentimentos. • Reconhece a possibilidade de falha ou iatrogenia das suas condutas, mitiga suas consequências e corrige seus erros. 	
Responsabilidade Social	

- Atua com senso de cidadania e responsabilidade social, demonstrando preocupação com o bem-estar da coletividade.

4.6 Livreto para uso público

Compreendendo que os impostos que financiam a universidade pública advêm do trabalho de muitos brasileiros, e que nem sempre a produção científica consegue ultrapassar os muros das universidades e ser fonte de justiça social, a autora junto a um designer gráfico, organizará como devolutiva aos serviços que se disponibilizaram a participar da coleta de dados, e para a sociedade civil em geral, um livreto ilustrado com os principais achados provenientes deste estudo; no intuito de sejam utilizados pelas escolas médicas, pelos serviços de saúde e pelo controle social como um instrumento para qualificação da assistência médica no Brasil (Figura 2).

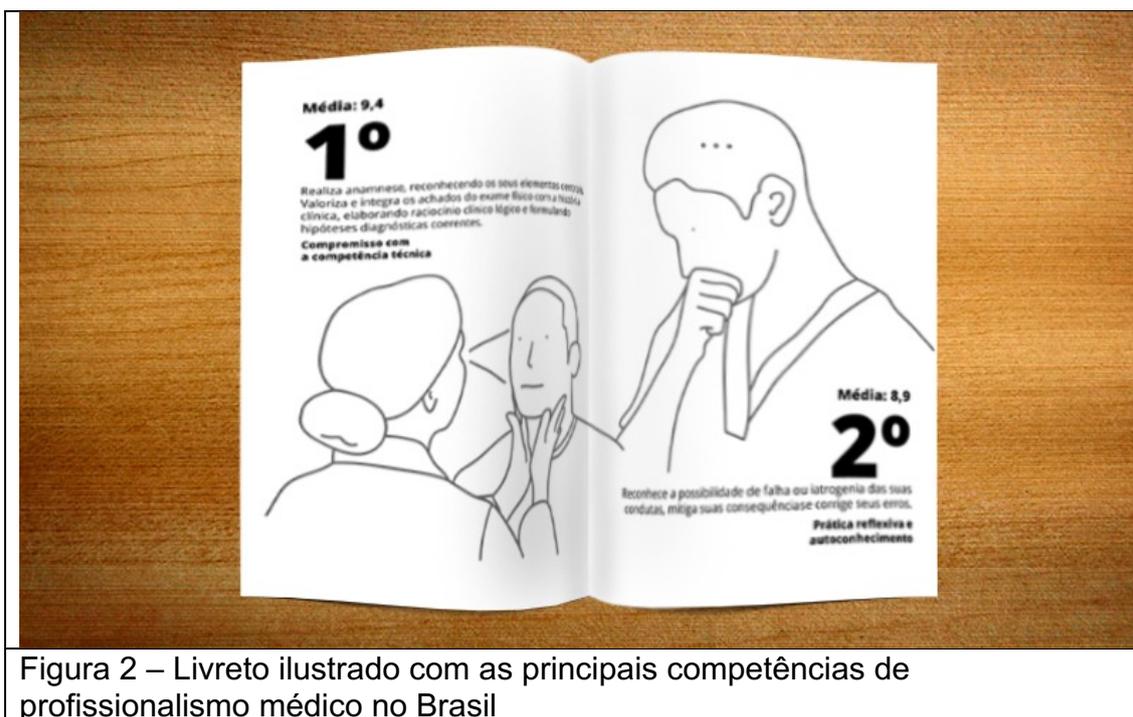


Figura 2 – Livreto ilustrado com as principais competências de profissionalismo médico no Brasil

5.DISSCUSSÃO DA TESE

5.1 Atuação médica à brasileira: o profissionalismo à luz da academia e da sociedade civil

O contrato social se define através de acepções implícitas e explícitas, escritas e não escritas. A normatização dos sistemas de saúde, as leis regulatórias de licenciamento e certificação profissional, a jurisprudência, os códigos de ética compõem a parte explícita e escrita¹⁰. A maioria desses documentos impõe obrigações legais sob os médicos. O que está geralmente implícito e não escrito é o contrato social, que se baseia nas expectativas da sociedade sobre as obrigações dos médicos. Consideramos que com esse trabalho, conseguiu-se materializar os anseios de diferentes grupos sociais em relação a prática médica no Brasil.

A discriminação de comportamentos associados ao profissionalismo médico pode facilitar a identificação de bons profissionais, melhorar a relação com pacientes, acompanhantes e equipe de saúde. Todavia não se pode legislar sobre o comprometimento, o altruísmo, a humildade ou a atenção dispensada aos pacientes e familiares. Essas atitudes precisam partir do próprio profissional.

A vivência e normalização de condutas anti-éticas começa desde a graduação. Egressos de cursos de medicina no Brasil relatam já ter testemunhado condutas inadequadas nas relações com pacientes (57,8%), nas relações com colegas, equipe, corpo administrativo (48,2%), nas relações com familiares dos pacientes (30,7%) e nas relações com a comunidade e o público em geral (14,9%). Em todas as situações citadas, a porcentagem daqueles que vivenciaram algum evento inadequado foi maior nas escolas públicas⁸³.

Para que esses valores de profissionalismo sejam efetivamente incorporados à prática médica, ele precisa ser valorizado nos espaços de formação e de trabalho. É importante que professores se debrucem com seus alunos sobre as competências aqui apresentadas, debatam e reflitam como desenvolver essas competências ainda na graduação.

O contrato social sob o qual se fundamenta o profissionalismo médico^{10,12,84-87} jamais poderá ser utilizado como lei universal, considerando que

os fenômenos sociais são culturalmente determinados e historicamente construídos. A partir dos achados desse estudo tem-se apenas um ponto de partida para o debate do profissionalismo médico no Brasil, que deverá ser sistematicamente revisitado para ser reconstituído.

5.2 A comunicação adequada como elemento essencial do profissionalismo médico

Os primeiros alunos da Escola de Cirurgia da Bahia foram formados apenas pela leitura dos conteúdos. Para ingressar no primeiro curso de medicina do Brasil só era preciso saber ler e escrever, já que a metodologia seguia o modelo francês com leitura de compêndios europeus⁸⁸. Atualmente, para praticar e exercer medicina é necessário um rol de competências muito maior e mais complexo.

Dentre os vários sinais comportamentais de profissionalismo, aqueles que são exibidos no momento da chegada do paciente no consultório médico tiveram grande destaque na perspectiva dos usuários do SUS. Receber o paciente na porta, cumprimentá-lo, chamar pelo nome e manter contato visual são atitudes que demonstram atenção, cuidado e respeito com os pacientes e acompanhantes, que por sua vez permite estabelecer uma relação de confiança, na qual os pacientes se sintam à vontade para compartilhar suas histórias. Sabe-se que a qualidade da comunicação pode melhorar significativamente os resultados de saúde para os pacientes.

Já se sabe que o uso das habilidades de comunicação individuais dos médicos apresenta melhorias nos seguintes parâmetros de cuidado: satisfação do paciente, adesão, alívio dos sintomas e resultado fisiológico⁸⁹. As habilidades de comunicação podem ser divididas em três grandes grupos ⁸⁹:

- Habilidades de conteúdo, refere-se *a quê* os profissionais comunicam. O conteúdo das perguntas e respostas, as informações que coletam e dão, e os tratamentos que discutem.
- Habilidades processuais, é o *como eles fazem isso*. As formas como se comunicam. Como descobrem a história ou fornecem informações, utilizando habilidades verbais e não verbais. De que

modo desenvolvem o relacionamento com o paciente e organizam e estruturam a comunicação.

- Habilidades perceptivas, o quê os profissionais estão pensando e sentindo. Engloba as habilidades internas de tomada de decisão, raciocínio clínico e resolução de problemas e suas atitudes que demonstram compaixão, atenção plena e integridade.

Não seria correto afirmar que a formação médica ignora a importância das habilidades de comunicação. O problema é a ênfase dada nas habilidades de conteúdo, relegando as habilidades processuais e perceptivas para um segundo plano. Outras vezes, esses três tipos de habilidades são artificialmente divididos nos currículos. A separação das habilidades de conteúdo e processo no ensino da entrevista médica já provou ser particularmente problemática⁹⁰.

Os estudantes acabam sendo confrontados com dois modelos de entrevista médica. Um considerado “tradicional” que tem o intuito de obter o histórico clínico e considerar um diagnóstico, e outro referido como um modelo de comunicação. Deste modo, acabam considerando os modelos como alternativas distintas, pois interpretam que, ou exploram as expectativas dos pacientes, ou fazem uma detalhada história biomédica, enquanto que na realidade, eles precisam fazer ambos. A compreensão de que as ideias, preocupações e expectativas dos pacientes não seriam um componente da história médica tradicional não é correta, mas tem contaminado a formação médica, em disciplinas de semiologia, na qual se utilizam uma estrutura rígida de informações biomédicas que apontem para hipóteses diagnósticas. O resultado é a omissão da prática clínica diária das habilidades do processo de comunicação, destacada nos GF de pacientes do estudo.

Os comportamentos destacados pelos usuários participantes do estudo não são novidade na literatura médica, e muito se relacionam com os guias *Calgary-Cambridge*, que em 1998, delinearam e descreveram as habilidades individuais para uma comunicação médico-paciente eficaz, e propuseram um formato que organiza as habilidades de comunicação médica de acordo com à maneira na qual é estruturada uma consulta médica⁸⁹. O acolhimento inicial do paciente está descrito nos guias *Calgary-Cambridge* como “iniciando uma

sessão”, e apresenta muita semelhança com as respostas dos grupos focais deste estudo, sobre a competência médica de profissionalismo. Veja no quadro 4 o comparativo.

Quadro 4 – Comparação entre das habilidades de comunicação Calgary–Cambridge e os comportamentos de profissionalismo no Brasil, segundo os grupos focais de profissionais da saúde e usuários do SUS	
Calgary–Cambridge Guides Communication Process Skills	Grupos Focais sobre profissionalismo médico no Brasil
Cumprimenta o paciente e obtém o nome do paciente	Levanta para receber o paciente no consultório, cumprimenta lhe e chama pelo nome
Identifica os problemas do paciente ou os problemas que o paciente deseja abordar com questões abertas apropriadas	Demonstra interesse pelo paciente, fazendo perguntas para melhor elucidar o caso
Escuta atentamente a declaração de abertura do paciente, sem interromper ou direcionar a resposta do paciente	Escuta ativamente suas queixas
Demonstra comportamento não verbal apropriado: contato visual, postura de expressão facial, posição	Mantêm contato visual, apresenta expressões faciais de receptividade
Se lê, escreve notas ou usa computador, faz de uma maneira que não interfira no diálogo ou no relacionamento	Faz uso apropriado das Tecnologias de Informação e Comunicação durante a consulta

Em 1999, pesquisadores, especialistas em habilidades de comunicação e representantes de entidades reguladoras reuniram-se na cidade americana de Kalamazoo, e definiram um consenso dos elementos essenciais na comunicação médico-paciente. O consenso Kalamazoo foi utilizado para nortear a implantação do ensino de habilidades de comunicação nos currículos médicos⁹¹.

Entre os elementos fundamentais foram inclusos: a construção de uma relação médico-paciente forte, centrada na pessoa; com a coleta de informações usando a escuta ativa e questões não diretivas com a observação atenta da comunicação verbal e não verbal; a compreensão da perspectiva do paciente; o compartilhamento de informações de maneira clara, encorajando perguntas; o compartilhamento de decisões franco e aberto, ofertando atenção às crenças, sentimentos e valores, explorando possíveis dificuldades, recursos e apoio disponíveis para seguir o plano terapêutico e, ao final, resumir o que foi acordado, conferindo a compreensão, e colocar-se à disposição⁹¹.

Quase vinte anos depois, as falas dos usuários e profissionais da saúde no Brasil, legitimam o consenso dos especialistas norte americanos. Devemos então refletir sobre uma mudança de paradigma que se estende à níveis globais em relação à prática médica. O destaque dos domínios de comunicação e relação na construção do profissionalismo médico nos resultados desse estudo, deve servir para reforçar que se continuarmos a basear a formação dos recursos humanos de medicina, em uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença⁸⁸, estaremos aumentando a lacuna entre as expectativas da sociedade e o desempenho médico, fragilizando o contrato social que sustenta a prática da medicina dentro da sociedade. Se essa escolha for realizada, será de modo deliberado, pois vários estudos internacionais coadunam com a necessidade de mudança no modo como se estruturam os currículos médicos e a prática médica contemporânea^{36,52,54,55,92}.

Podemos observar a cada dia a “recomposição sociológica de pacientes”, que leva as pessoas a procurarem terapias alternativas para resolver suas condições crônicas, distanciando-se cada vez mais da medicina moderna tradicional alopática, mesmo essa mostrando-se mais efetiva em algumas ocasiões⁹³.

“Eles têm a razão, mas nós temos a sensibilidade. Eles medem a variação da frequência; Nós sentimos a tristeza, percebemos a insatisfação, observamos os instantes antes da primeira lágrima. Eles analisam o mapa, o algoritmo; nós analisamos o território, andamos pelas calçadas, sentindo o cheiro da chuva. Eles são protocolos, *guidelines*; nós somos poesia e nos surpreendemos a cada dia. Eles usam da técnica, usam da ciência; nós fazemos a arte, somos artesãos. E arte, esta sim, nunca será substituída pela máquina.” (Queiroz, 2018. p.11)

Há de se cuidar para que essas indicações não se tornem protocolos de condutas normatizadas, *checklists* de avaliações práticas em que profissionais automatizados repitam gestos e atitudes sem reflexão, e sem a importância do seu significado para o outro. Não há *script*. Os caminhos apontados são linhas-guias, não grades.

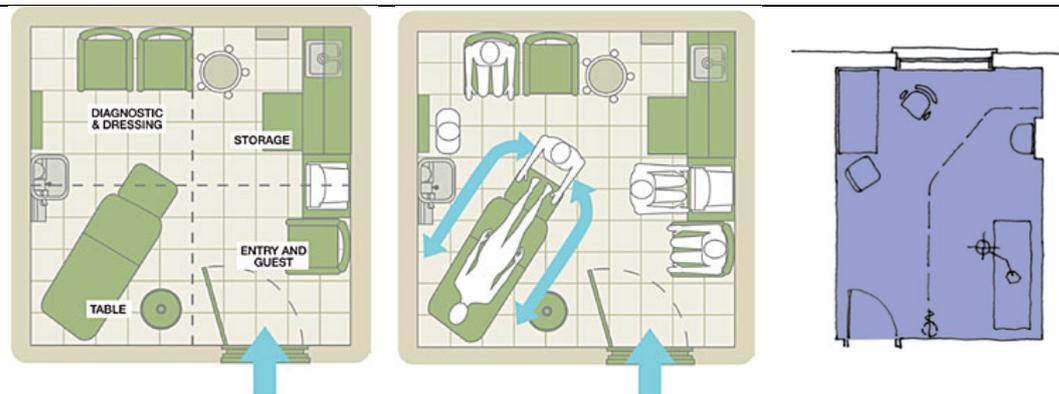
Além da formação médica direcionada para a formação técnico-científica, o contexto exerce influência e pode encorajar os médicos a não interagir com os pacientes. Fatores relacionados à organização do processo de trabalho e à ambiência onde acontece o encontro clínico, precisam também ser avaliados e cuidados para que promovam um cenário onde as competências de profissionalismo sejam potencializadas⁹⁵.

O acolhimento do paciente na sua chegada ao consultório foi ressaltado pelos pacientes ouvidos nos GF realizados nas UBS, como um dos momentos mais importantes da consulta, e no qual é feito um juízo valor sobre o profissionalismo do médico. Habitualmente no Brasil, os consultórios possuem móveis fixos e volumosos, que ocupam espaço e não permitem acomodar a família ou outras pessoas importantes para o paciente, tornando a presença dos mesmos muitas vezes inconvenientes, inclusive por questões logísticas e espaciais. Uma das mobílias mais usada nos consultórios brasileiros é uma mesa entreposta entre o médico e o paciente, com um computador entre as linhas de visão. Essa ambiência pode tornar a interação mais impessoal, e exigirá do médico mais criatividade e flexibilidade para contornar essas barreiras de comunicação.

Existem, contudo, outros *designs* que já são adotados em diversos países e que poderiam facilitar e promover interações mais afetuosas e cordiais entre os profissionais da saúde e os usuários. Uma recomendação internacional é que as salas reservadas para consultórios possuam espaço suficiente para acomodar confortavelmente quatro pessoas: o médico, um assistente, o paciente e pelo menos um membro da família⁹⁶. Há ainda outros parâmetros que vão desde o ângulo de abertura da porta para não expor o paciente, até localização

da maca de exames que, para facilitar o acesso a ambos os lados do paciente, deve ser posicionada em um dos ângulos na sala (Figura 3).

Figura 3 – Modelos de ambiência que facilitam a interação médico-paciente



Fonte: American Academy of Family Physicians⁹⁶ e Department of Health, NHS⁹⁷

A exposição de todos esses pontos nesta pesquisa tem o intuito de promover uma reflexão mais amplificada para a superação de barreiras que ocorrem na comunicação médico-paciente, que foi o domínio mais valorizado pelos participantes do estudo. Aprofundar essas sugestões não é foco do trabalho, mas a melhora da ambiência dos serviços de saúde faz parte da política de humanização do sistema de saúde brasileiro, e sua influência no exercício do profissionalismo médico também deve ser motivo para estudos mais aprofundados.

5.3 A formação, a inserção no mercado de trabalho e o status da profissão

Fruto dos séculos XIX e XX, considera-se que o exercício da medicina oferece um *status* de grande sucesso profissional e de reconhecimento. Isso significa uma alta adesão de seus membros ao projeto profissional que lhes é proposto, com grande capacidade de persistência ao longo da formação profissional, confundindo-se muitas vezes a profissão com o mundo da vida pessoal. Tornar-se médico implica em estar imerso em um constante processo

formativo, que extrapola os níveis formais e obrigatórios de graduação e residência médica^{18,93}.

A medicina brasileira possui peculiaridade de ter sido construída sob uma enorme diversidade cultural antes mesmo do estabelecimento das primeiras escolas de formação no país⁹⁸. Destacam-se pelo menos seis grandes influências na até o século XIX: a medicina indígena, a medicina jesuítica, a medicina africana ou negra, a medicina do Brasil-holandês, a medicina ibérica e a medicina francesa na era considerada “pré-científica”, após o rompimento com Portugal. Os feitos de Osvaldo Cruz, Adolf Lutz, Carlos Chagas, a criação dos institutos Manguinhos e Butantã, junto ao crescimento de uma poderosa indústria farmacêutica caracterizam o período da “medicina científica”, que se seguiu⁹⁸.

Mas a história da medicina no Brasil nos conta que a dedicação médica nem sempre esteve relacionada a vantagens financeiras ou políticas:

“De humilde condição, simples homens de ofício, por todo o decorrer do século XVI e ainda do XVII, são quase todos judeus, cristãos-novos, ou meio-cristãos, os que vêm exercer profissão médico-farmacêutica. Nômades, como costumavam ser na Europa, perambulam de vila em vila, de povoado em povoado. Caminhavam léguas e léguas, chegam aonde não existe outro, a clientela aflui, praticam e ganham algum dinheiro. Ficam até que passe o sabor da novidade - um profissional na terra! - e, quando rareiam os fregueses, partem novamente para outra povoação, outro engenho, outras regiões. Uns tantos empregam-se no serviço dos donatários, dos capitães-generais, dos senhores de engenho. Não passam de criados, serviçais de seu ofício”.²¹

Evidente que um indivíduo não funciona independentemente da estrutura social que compõe e, à medida em que a sociedade mudou, os educadores perceberam que a educação médica concentrava-se intensamente na aprendizagem e na avaliação do conhecimento e das habilidades técnicas, e que os padrões tradicionais de profissionalismo precisavam ser revistos^{8,11,12,16,24,44,99-101}. Contudo, ainda existe uma dificuldade de transpor a

compreensão factual do profissionalismo para a prática cotidiana nos serviços de saúde, na interação com os pacientes, seus familiares e os demais profissionais de saúde.

A literatura brasileira referente ao profissionalismo médico é baseada principalmente, no ensino e avaliação do profissionalismo, a partir de matrizes internacionais. Não tem um conceito uniforme e cada estudo utiliza um referencial diferente para a construção do seu marco teórico^{43,66,102-109}.

Os estudos da América Latina também não mostram distanciamento completo do entendimento de profissionalismo dos países de língua inglesa. Mas mostram pesos diferentes em relação há alguns atributos. Os chilenos⁹² destacam a prudência e a aproximação do profissionalismo com campo das virtudes, enquanto que os colombianos consideram o profissionalismo em uma concepção abrangente que inclui o uso racional de tecnologias, a atitude crítica e de liderança com senso de justiça social e conscientização sobre educação permanente, com a expectativa de que os médicos trabalhem como parte da equipe de saúde e atendam às necessidades de saúde expressas pela comunidade, reconhecendo as diversas manifestações culturais e harmonizando seus conhecimentos técnicos com as características da população⁸⁶.

Um das inovações do trabalho aqui apresentado foi trazer a perspectiva de outros atores para o campo do profissionalismo. Nos parece essencial essa incorporação no intuito de construir um cenário que permita ir além dos consensos, acordos ou convenções sociais delimitadas somente pelos próprios médicos, em torno do que a categoria profissional acredita ser importante na profissão.

“(…) nós precisamos olhar e dialogar com o diferente, para não nos manter em um discurso autorreferido. Precisamos nos acostumar com a ideia de que o outro não é alguém a ser derrotado ou convencido, mas alguém com quem devemos nos entender, se é que pretendemos viver em um espaço social democrático e respeitoso”⁵².

Uma das limitações desse trabalho de pesquisa foi estar restrito às competências, considerando que na *práxis* elas representam, na verdade, um potencial de comportamento e não o próprio comportamento em si. Diferente do modo controlado e artificial de um sistema avaliativo baseado em competência, no cotidiano, as competências são expressas por comportamentos adaptados à realidade do momento, manifestando-se como capacidades de ação¹¹⁰. Quando a avaliação sobre a qualidade do médico é realizada pelo paciente real, ela é feita a partir do comportamento externado pelo mesmo^{52,62}.

Já era esperado que em um primeiro momento, que as características e atributos do profissional médico surgissem nos discursos dos participantes em forma de críticas aos profissionais, às instituições e as práticas em saúde, já que comportamentos profissionais inadequados parecem ser corriqueiros no cotidiano dos serviços de saúde. A maioria dos egressos dos cursos de medicina no Brasil (85,5%) referiu já ter vivenciado ou assistido conduta anti-ética durante a graduação⁸³.

A dificuldade para apresentar narrativas sobre as "boas práticas médicas" requer maior reflexão, pois os exemplos mais claros e específicos de comportamentos impróprios para um médico são mais facilmente registrados¹¹¹. As ações que desagradam e que causam constrangimento são facilmente recordadas, sendo possível detalhar cada uma das ações que contribuíram para uma má impressão. Por sua vez, o bom profissional geralmente é avaliado de uma maneira mais global; decompor seus comportamentos parece ser mais complexo. Esse foi o exercício que os participantes deste estudo tiveram que se submeter.

Os sinais comportamentais de profissionalismo médico, obtidos através do conjunto de metodologias adotadas na pesquisa, conseguiram direcionar a construção de documentos nos quais se explicitem os valores e compromissos da profissão médica compartilhados por vários estratos da sociedade brasileira, e que podem servir como base para plataformas de treinamento e avaliação futuras.

Apesar dos trabalhos brasileiros anteriores considerarem o profissionalismo intimamente relacionado aos valores éticos e humanísticos, o painel e-Delphi e os grupos focais realizados neste estudo mostraram que os

elementos constitutivos do profissionalismo emergentes do imaginário do educador brasileiro, dos pacientes e dos profissionais da saúde são mais amplos, e englobam toda a postura do profissional dentro do seu campo de prática, desde a competência técnica que atua principalmente no aspecto individual, até a responsabilidade social, que abrange um compromisso com a coletividade.

É possível afirmar que o entendimento de profissionalismo médico no Brasil deixa de estar adscrito aos componentes ético e humanístico para fazer parte de um *ethos*, no qual o profissional deve integrar o bom uso da “comunicação, do conhecimento, das habilidades técnicas, do raciocínio clínico, das emoções, dos valores e da reflexão na prática diária em benefício do indivíduo e da comunidade que é servida”⁴⁵. O conhecimento técnico não faz sentido isolado, mas é pertencente a uma cadeia de processos.

“Saber agir não pressupõe o domínio de aspectos isolados, implica, sim, ser capaz de combinar diferentes operações”⁸¹.

Não se pode omitir a dimensão da institucionalização do trabalho do médico no Brasil no debate sobre o profissionalismo. A medicina atual tem suas práticas desenvolvidas predominantemente em estruturas organizacionais, sejam elas de caráter privado ou público. Estudo que avaliou o perfil do médico brasileiro demonstrou que apenas 16,3% têm dedicação parcial à medicina, exercendo uma segunda atividade (empresário, advogado, parlamentar, jornalista, etc). A maioria se dedica integralmente à profissão e apenas 21,6% dos médicos trabalham exclusivamente no setor público, enquanto 51,5% atuam nas esferas pública e privada¹¹².

Os honorários médicos, consultas ou cirurgias que antes eram tratados diretamente entre médico e paciente, atualmente são intermediados por empresas ou fornecidos por políticas públicas^{9,18,113}. Esta característica limita o exercício pleno da autonomia profissional e põe em questionamento, se existem medidas diferentes de tolerância em relação aos serviços públicos e privados, com uma certa flexibilidade dos preceitos éticos, com o que a medicina tende a estabelecer como o ideal de trabalho^{16,93}.

Apesar da influência decisiva e muitas vezes determinante da categoria médica junto às esferas de decisão das políticas de saúde e nos próprios processos de trabalho⁶⁶, na matriz brasileira proposta pelos educadores, somente uma competência se manteve referente a responsabilidade social: *“atua com senso de cidadania e responsabilidade social, demonstrando preocupação com o bem-estar da coletividade”*. Nos GF de usuários e profissionais da saúde, curiosamente, essa competência sequer foi citada. A escassez de competências ou domínios de competência que abordem a responsabilidade social e a *advocacy* do paciente contrastam com publicações internacionais que destacam a importância destes dois componentes serem incorporados pelo médico^{12,25,42,114}. Várias sociedades científicas também as incluem em suas definições de responsabilidades profissionais^{28,48,55,115,116}.

As hipóteses sobre o não envolvimento dos médicos com esse atributo podem ter íntima relação com o modelo de formação ¹¹⁴:

- Um treinamento médico longo, intenso, com desenvolvimento das competências clínicas em ambientes especializados, que na sua maior parte distancia os médicos da comunidade;
- A habitual segurança dentro de um cenário clínico, contrastando com a incerteza e flexibilidade que são necessárias quando se assume uma posição de advocacia e mediação;
- O treinamento direcionado para a impessoalidade, mantendo as opiniões e preferências pessoais fora do encontro clínico, o que pode desenvolver profissionais relutantes ao maior envolvimento para uma defesa efetiva do paciente e do sistema de saúde.

A maior parte das características e comportamentos citados nos GF sugerem que "ser um bom médico" depende exclusivamente das interações de nível individual ou são determinados por escolhas pessoais, com pouco reconhecimento das dinâmicas de nível macro, como o papel do médico na sociedade. Na Inglaterra, onde o sistema público de saúde é robusto e reconhecido internacionalmente, a residência médica é obrigatória para atuação, e a regulação das vagas de especialistas é feita pelo Estado, as competências de responsabilidade social são incorporadas em vários documentos que

orientam a prática médica. A “constituição do *National Health System (NHS)*”, criada em 2009, descreve os princípios e valores que oferecem uma definição de profissionalismo para os médicos ingleses: os pacientes vêm em primeiro lugar, espera-se atitude de humildade para promover interações honestas, abertas e respeitadas, e compromisso com a qualidade, a compaixão e a excelência. Além disso, este documento identifica o uso equitativo e eficaz dos recursos finitos como um dos seus princípios fundamentais, o que é bastante pertinente, já que o sistema é subsidiado por impostos e os médicos são os principais ordenadores dos serviços de saúde¹¹⁷.

Talvez o não entendimento das repercussões sobre os limites da prática médica impostas por empresas ou governos possa explicar, em parte, o motivo para a escassez de conceitos referentes a *advocacy* dos pacientes na matriz brasileira de competências de profissionalismo. Ou então, precisamos refletir e aprofundar os estudos sobre a hipótese do cerceamento e restrições burocráticas da prática médica e o seu impacto na relação médico-paciente contemporânea no Brasil. Ou ainda, se existem outros espaços e iniciativas que deem vazão a essa *advocacy*, e findam por distanciar o médico desse papel. Neste sentido, Pellegrino^{12,13} defende a conciliação de uma ética deontológica em simbiose com uma “*ética baseada em virtudes*”. A virtude nesse caso é a advocacia do médico através da defesa dos mais vulneráveis, na denúncia da fraude ou incompetência, na identificação das fragilidades dos serviços de saúde e na contribuição do debate público sobre o financiamento e alocação de recursos para ações e serviços de saúde equânimes.

A posição da mídia ao demonstrar as fragilidades do SUS, influencia a percepção sobre os serviços públicos de como um sistema não resolutivo e insuficiente. Pesquisa realizada sobre a influência da mídia na formação da opinião sobre o SUS em unidades básicas, mostrou que os meios de comunicação, dando ênfase a desgraças e ao sofrimento individual, induzem o cidadão a generalizar as situações veiculadas para o nível nacional¹¹⁸. Deste modo, constrói-se na sociedade brasileira um sentimento negativo difuso sobre a saúde pública, sem a contrapartida de um esclarecimento sobre as potencialidades do SUS. Ao deixar de informar melhor sobre o SUS, a mídia afasta profissionais e usuários dos seus encargos no aprimoramento do sistema

de saúde, comprometendo a efetivação da participação e da responsabilização social¹¹⁸.

O frágil relacionamento dos profissionais com o sistema de saúde brasileiro reforça a pouca valorização dada para a administração de recursos e conhecimento sobre o próprio sistema, o que tem raízes culturais. Encontramos respaldo em dados semelhantes do *Proyecto Tuning*, de perspectivas do ensino superior na América Latina, onde o conhecimento sobre o sistema de saúde e seu gerenciamento foram considerados menos importantes para os quatro grupos pesquisados - alunos, docentes, médicos e empregadores¹¹⁹.

Mesmo após duas reformas curriculares nos cursos de medicina, não existem estudos robustos que mostrem mudanças no perfil dos egressos^{88,120}. Os estudantes continuam optando por subespecialidades clínicas e cirúrgicas, como Anestesiologia, Ortopedia e Traumatologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Dermatologia e Oftalmologia^{83,121}. Estudo com egressos de Minas Gerais mostrou que todos os médicos percebiam necessidade de aprimorar seus conhecimentos, principalmente para melhorarem sua qualificação técnica. Entre as dificuldades enfrentadas no exercício da profissão após a graduação, 48% dos entrevistados relataram ter dificuldade com semiologia, mas por outro lado, nenhum relatou ter problemas na relação médico paciente¹²¹.

5.4 O profissionalismo e o trabalho em equipe

Le Bortef³¹ defende três dimensões da competência profissional, que ele indica como o profissionalismo. Primeiro a dimensão dos recursos disponíveis que ele mobiliza para executar uma ação (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, competências comportamentais), depois, surgem as práticas profissionais em si e os resultados que ela produz (desempenho). Por fim ele ressalta a dimensão da reflexividade, que é a do distanciamento em relação às duas dimensões anteriores.

Para agir com profissionalismo, o médico não deve somente possuir um conjunto de recursos, mas também saber integrá-los e pôr em prática. Geralmente, os médicos acreditam que o profissionalismo se trata de um traço de caráter inato ou da habilidade de distinguir “o certo” “do errado”, como se o

fato de possuir “uma bússola interna” associado ao conhecimento técnico e científico fossem suficientes para o exercício de práticas profissionalmente competentes¹²²⁻¹²⁵. Parte daí a dificuldade de entender o profissionalismo como um construto que pode ser mensurado e avaliado.

Para desenvolver o profissionalismo há os recursos pessoais, que são intrínsecos e podem ser aprimorados, mas por outro lado, existem os recursos extrínsecos que estão disponíveis a depender do contexto no qual a pessoa está inserida. Para que o profissionalismo seja exercido em sua plenitude é imprescindível que o médico, reconheça as suas próprias insuficiências, e identifique os recursos externos presentes que ele não possui, mas aos quais pode recorrer, se necessário. Os recursos externos vão além de instrumentais e equipamentos. Estão inclusos nessa categoria, as competências dos colegas e dos demais profissionais da saúde. O grau de complexidade do processo de adoecimento e as competências relacionadas ao trabalho em equipe apontadas nesse estudo reforçam que é difícil, quiçá impossível, ser competente sozinho e de forma isolada.

Contudo, ainda existem dificuldades inerentes a esse processo de trabalho, seja na atenção primária, ou no hospital. Os serviços de saúde de um modo geral responsabilizam os profissionais por apenas uma determinada etapa do projeto terapêutico. Ser responsável por fragmentos dos processos de promoção, prevenção, cura e reabilitação não permite o envolvimento ativo do sujeito no processo de cuidado integral. Campos¹²⁶⁻¹²⁸ argumenta que a alienação de não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, leva ao descompromisso com a cura e com promoção de saúde, mas não são marcas somente da medicina moderna.

Paradoxalmente, em nome de um suposto cuidado integral, nas universidades os pacientes são obrigados a se consultarem com vários profissionais excessivamente focais. A especialização crescente, não somente de médicos, mas também de psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas reduz a capacidade de resolver problemas e amplia a progressiva perda de eficácia das práticas clínicas e da saúde pública¹²⁸. A competência de profissionalismo em si é a promoção de um ambiente colaborativo para o trabalho em equipe. Equipes colaborativas podem ajudar

cada membro da equipe criando uma cultura de cuidado e respeito um pelo outro, que se estende também para os pacientes.

5.5 O desenvolvimento e aprimoramento do profissionalismo médico no Brasil

As falas dos usuários e dos profissionais da equipe de saúde partem da experiência vivida, da realidade do encontro clínico e do trabalho multiprofissional. Entendemos que o discurso destes sujeitos, transformado em comportamentos observáveis para os médicos, traduz as crenças, sentimentos e opiniões das diferentes regiões do Brasil em relação aos valores atribuídos à profissão médica, transcendendo as normas vigentes nos códigos de ética, nem sempre refletidas na *práxis*.

Acolher e refletir sobre essas demandas nos fará avançar no processo de entendimento em relação ao papel social da medicina, ainda muito incipiente na prática médica brasileira. Estudo de Caldas⁸⁸ identificou a diversidade em relação à missão das escolas médicas no Brasil, enquanto que no Nordeste, a missão de uma das escolas pesquisadas na opinião dos seus discentes era *“formar, em nível inicial e avançado, os profissionais demandados pela sociedade e pelo mercado”*, no sudeste o objetivo era *“formar novas gerações de pesquisadores e fazer avançar o conhecimento”*.

Em universidades do Reino Unido, o envolvimento do paciente na formação de futuros médicos no aponta para um próximo nível de profissionalismo, no qual os pacientes decidem ativamente o que faz um bom médico. Neste processo, os pacientes são envolvidos na elaboração de avaliações, no desenvolvimento de currículos e até mesmo em admissões dos estudantes nas escolas médicas. Os pacientes-tutores são contratados e pagos para trabalharem em colaboração com a equipe clínica¹²⁹.

As especificações dos comportamentos de profissionalismo neste trabalho corroboram com a corrente de pensamento que propõe que os termos utilizados para definir profissionalismo podem ser percebidos dentro de pelo menos quatro dimensões: as interações com os pacientes e seus familiares, as interações com colegas e membros da equipe de saúde, as interações a nível

organizacional de serviço, e por fim, ao nível político, seja nacional, estadual ou municipal¹²⁵. Um exemplo prático pode ser dado ao relatar a necessidade de integridade/honestidade. No caso das interações com pacientes, envolve a confidencialidade e sigilo. Na dimensão da interação com outros profissionais da saúde, inclui relatar colegas com comportamentos indevidos. A defesa de políticas claras e rigorosas em relação a conflito de interesses, faz parte da integridade no nível organizacional. Já promover o desenvolvimento de sistemas que possam relatar e analisar erros médicos é o exercício da integridade no nível político¹²⁵.

O detalhamento dos comportamentos afasta a ideia de que o profissionalismo se trata de um conceito abstrato ou um conjunto de princípios distantes da prática clínica. Também vai de encontro à tradicional noção de que o profissionalismo é baseado em traços de caráter imutáveis e sugere, em vez disso, um modelo explícito de conhecimentos, habilidades e atitudes, que deve ser usado para o desenvolvimento profissional contínuo^{124,125}.

Profissionalismo médico não se restringe a um discernimento em relação aos pacientes, ou a crença que este discernimento guiará os profissionais a fazer a coisa certa, quando as circunstâncias assim exigirem. O profissionalismo é uma competência que precisa pode ser desenvolvida e precisa ser praticada. E assim como as demais competências, possui uma curva de desenvolvimento ao longo do curso da carreira de um médico^{123,124}.

Leach¹²² nos recorda sobre a evolução dos estágios de formação da identidade profissional (novato, iniciante avançado) e dos estágios de prática profissional (competente, proficiente, especialista e mestre), ressaltando que os estudantes entram nas escolas de medicina com o desejo de exibir os valores do profissionalismo. Contudo, possuem pouca experiência para manter um comportamento profissional frente às circunstâncias desafiadoras que confrontam o médico cotidianamente. Os currículos médicos podem, no entanto, antecipar o reconhecimento e o gerenciamento destes desafios, para que os estudantes ao longo do curso, quando confrontados com as lacunas entre o ensino e a realidade, não percam a capacidade de empatia e desenvolvam o cinismo^{125,130}.

No ambiente de prática, o profissionalismo requer do médico disposição para enfrentar prioridades institucionais. O macro-ambiente externo introduz as influências dos planos de saúde, a normatividade das políticas públicas e os determinantes sociais da saúde. Atuar com profissionalismo requer do médico, administrar complexos e concorrentes valores e perspectivas nas diferentes esferas de influência⁹⁵. Neste sentido, não se pretende reforçar a ideia de que toda a responsabilidade sobre o desempenho profissional do médico, seja um trabalho individual e solitário, reforçando a imagem do médico como um herói que defende valores profissionais contra todas as probabilidades.

Devemos lembrar que os comportamentos profissionais são profundamente influenciados pelo contexto organizacional e ambiental, em uma via de mão dupla, pois o contexto ambiental também é moldado pelos comportamentos dos profissionais de saúde que trabalham nele em uma complexa rede de interpelações^{95,124,125}.

Sugere-se aqui a reflexão para uma proposta mais sistêmica sobre a responsabilidade do profissionalismo, pois o encontro individual do médico e do paciente ocorre dentro do contexto de uma equipe, que por sua vez acontece no ambiente de um serviço de saúde. O profissionalismo médico precisa ser demonstrado como um valor coletivo, além de individual. A importância do profissionalismo médico será maior, na medida do valor que é atribuído a ele por todas as partes envolvidas nos cuidados de saúde: médicos, membros da equipe, gestores e organizações profissionais.

Todos os atores do sistema de saúde podem promover as competências de profissionalismo médico, quando criam condições que incentivem comportamentos adequados, através do direcionamento de ações que deem ênfase a prestação de cuidados centrados no paciente. Como exemplo, os gestores de unidade básicas de saúde e administradores de hospitais podem modelar os comportamentos de profissionalismo, demonstrando respeito e apoio aos médicos nas interações diárias e oferecendo programas de treinamento que desenvolvam habilidades de comunicação, incluindo expressar empatia ou dar más notícias¹³¹.

Os representantes políticos moldam influências importantes, tais como incentivos de carreira ou financeiros, que podem apoiar ou comprometer comportamentos profissionais. As universidades e a Comissão Nacional de Residência Médica podem definir padrões para exigir habilidades de comunicação como parte das competências dos médicos egressos dos seus programas. Os conselhos profissionais podem compartilhar experiências para modelar o profissionalismo frente aos desafios na prática. As sociedades de especialistas podem estabelecer avaliação dessas competências para aprovação nas provas de títulos.

Um dos futuros desafios que este trabalho antecipa é a contradição entre o altruísmo, exigido pelos pacientes, e os interesses próprios dos médicos. Talvez o altruísmo seja o valor mais universalmente aceito para o profissionalismo médico. Diferentes culturas destacam que os médicos devem priorizar o bem-estar dos pacientes em relação aos ganhos pessoais^{132,133}. Um dos principais documentos sobre o profissionalismo, a *Physician's Charter* apoia os esforços para garantir que os sistemas de saúde, e os médicos que trabalham dentro deles, permaneçam comprometidos tanto com o bem-estar dos pacientes quanto com os princípios básicos de justiça social. Isto exige que os interesses dos pacientes sejam colocados acima dos do médico¹¹⁵.

Por sua vez, médicos brasileiros recém-formados consideram que, para o exercício profissional satisfatório e gratificante, o mais importante é a capacidade de ter equilíbrio entre a profissão e a vida pessoal (84%), em detrimento de estar inserido em um sistema de saúde que forneça assistência adequada para os seus pacientes (43%)⁸³.

Quando os ideais de altruísmo para a profissão colidem com as expectativas dos médicos, identificamos uma importante lacuna que precisa ser trabalhada. Profissionais da saúde e usuários deixaram claro suas perspectivas de que, o profissional médico primem pelo seu o bem-estar à frente dos próprios interesses, principalmente dos ganhos materiais. No painel e-Delphi houve menção em relação à defesa da vida em detrimento aos interesses corporativos, mas não em relação aos interesses individuais.

Cohen *et al*⁹⁵ propuseram uma aliança entre sociedade e medicina, defendendo uma grande mudança política e organizacional para eliminar os grandes impedimentos estruturais ao profissionalismo que resultam do acesso desigual aos cuidados de saúde pela população, da infraestrutura limitada que não permite a oferta de cuidados médicos com segurança e qualidade, e de alguns incentivos financeiros inerentes ao atual sistema de contrato. Todavia, essas barreiras não eximem a responsabilidade dos médicos no fomento e na criação de cenários de prática que promovam o profissionalismo, já que o mesmo é fundamentado em uma série de compromissos intencionais que os médicos fazem com seus pacientes e com a sociedade.

Os médicos podem aumentar a conscientização sobre essas influências da estrutura organizacional no profissionalismo e trabalhar junto às partes interessadas, nos diferentes níveis políticos, no intuito de avançar em reformas dos sistemas de saúde que possam incentivar, promover e apoiar boas práticas de profissionalismo. O esforço de criar ambientes que cultivem o profissionalismo é talvez a expressão máxima do profissionalismo médico^{95,124,134}.

Certamente esse trabalho não esgota as discussões e o debate sobre o tema no Brasil. A pesquisa foi apenas um recorte de realidade, de um momento histórico. Contudo, espera-se que, com nossos achados, possam motivar uma discussão aprofundada sobre os caminhos do profissionalismo médico dentro da realidade brasileira, que parece encontrar bastante ressonância ao redor do mundo, mas que encontra à sua frente desafios peculiares, específicos do arcabouço do nosso sistema de saúde.

Conclusões

- Na literatura internacional, entre 1982 e 2017, não há consenso sobre o conceito de profissionalismo, mas vários documentos consideram profissionalismo como um atributo ligado aos valores éticos e humanísticos da profissão e se incluem domínios ou comportamentos como cuidados com o paciente, habilidades interpessoais e de comunicação, desenvolvimento pessoal e profissional.
- A matriz de competências de profissionalismo gerada a partir das percepções dos educadores das profissões de saúde no Brasil incluiu os domínios de compromisso com a competência técnica, prática reflexiva e autoconhecimento, habilidades de comunicação e colaboração, comprometimento com aspectos éticos, competência cultural e responsabilidade social.
- Os grupos focais de profissionais da saúde e usuários do SUS reforçaram o entendimento de profissionalismo como um construto abrangente, e destacaram a importância das competências relacionais e de comunicação, trazendo elementos comportamentais mais detalhados que facilitam o ensino e avaliação do profissionalismo médico.

Referências

1. Escolas Médicas no Brasil [Internet]. Todas as escolas. 2018 [cited 2018 Jun 6]. Available from: <http://www.escolasmedicas.com.br/escolas.php>
2. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):333–46.
3. Demarzo MMP, Almeida RCC De, Marins JJN, Trindade TG Da, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2011 Sep 23 [cited 2012 Oct 7];6(19):145–50. Available from: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/116>
4. Ministério da Educação;, Educação CN de, Superior C de E. Resolução Nº 3, de 20 de Junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2014.
5. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasil: RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001; 2001 p. 1–6.
6. Lampert JB, Costa NMC, Perim GL, Abdalla IG, Aguiar-da-Silva RH, Stella RCDR. Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2009;33(supl 1):19–34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a03v33s1.pdf>
7. Lampert JB, Aguiar-da-Silva RH, Perim GL, Stella RC de R, Abdalla IG, Costa NM da SC. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):5–18.
8. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Heal Serv*. 2002;32(2):379–416.
9. Campos GW de S. Os médicos e a política de saúde. São Paulo; 1988.

214 p.

10. Cruess RL, Cruess SR. Expectations and social contract with society. In: *Perspectives in Biology and Medicine*. 2008. p. 579–98.
11. van Mook WNKA, de Grave WS, Wass V, O'Sullivan H, Zwaveling JH, Schuwirth LW, et al. Professionalism: Evolution of the concept. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2009;20(4):e81–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2008.10.005>
12. Pellegrino ED. The medical profession as a moral community. *Bull N Y Acad Med* [Internet]. 1990;66(3):221–32. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1809760&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
13. Edmund Pellegrino. Character Formation and the Making of Good Physicians. In: *Lost Virtue*. 2015. p. 1–18.
14. Cruz J. Que médicos queremos? Uma abordagem a partir de Edmund D. Pellegrino. Grupo Almedina, editor. Coimbra; 2012. 174 p.
15. Gibbs T. The changing face of professionalism: Reflections in a cracked mirror. *Med Teach* [Internet]. 2015;(September 2015):1–2. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/0142159X.2015.1054797>
16. Cassell EJ. The Changing Concept of the Ideal Physician. *Daedalus* [Internet]. 1986;115(2):185–208. Available from: <http://www.jstor.org/stable/20025053>
17. Freidson E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. 3rd ed. UNESP, editor. Porto Alegre; 1988. 451 p.
18. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. 2nd ed. HUCITEC, editor. São Paulo; 1993. 229 p.
19. Diniz M. Os donos do saber: Profissões e monopólios profissionais. Revan, editor. Rio de Janeiro; 2001. 192 p.
20. Pereira IDF, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? *Trab Educ Saúde*.

- 2013;11(2):319–38.
21. Machado MH (Org. . Profissoes de saúde: uma abordagem sociológica. FIOCRUZ, editor. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995. 193 p.
 22. Rego S. O processo de socialização profissional da medicina. In: FIOCRUZ, editor. Profissões de saúde: uma abordagem sociologica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995. p. 119–32.
 23. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Defining professionalism in medical education: A systematic review. *Med Teach* [Internet]. 2013 Jan 19 [cited 2013 Nov 22];36(1):1–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24252073>
 24. van de Camp K, Vernooij-Dassen MJFJ, Grol RPTM, Bottema BJAM. How to conceptualize professionalism: A qualitative study. *Med Teach*. 2004;26(8):696–702.
 25. Holden MD, Buck E, Luk J, Ambriz F, Boisaubin E V., Clark MA, et al. Professional Identity Formation. *Acad Med* [Internet]. 2015;90(6):761–7. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201506000-00021>
 26. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing Medical Education to Support Professional Identity Formation. *Acad Med* [Internet]. 2014;89(11):1446–51. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201411000-00018>
 27. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller’s Pyramid to Include Professional Identity Formation. *Acad Med* [Internet]. 2016;91(2):180–5. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201602000-00017>
 28. ABIM Foundation. Medical Professionalism in the New Millennium : a Physician Charter. *Intern Med*. 2004;136:243–6.

29. Helmich E, Yeh H-M, Kalet A, Al-Eraky M. Becoming a Doctor in Different Cultures. *Acad Med* [Internet]. 2017;92(1):58–62. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-201701000-00022>
30. Ho M, Yu K, Hirsh D. Does One Size Fit All ? Building a Framework. *Acad Med*. 2011;86(11):1407–14.
31. Boterf G Le. Três dimensões a explorar. *Pessoal* [Internet]. 2006;60–3. Available from: [http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation version directe Pessoal.pdf](http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf)
32. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. *Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2016. 586 p.
33. Bourke L, Waite C, Wright J. Mentoring as a retention strategy to sustain the rural and remote health workforce. *Aust J Rural Health*. 2014;
34. Light DW. The Medical Profession and Organizational Change: from Professional Dominance to Countervailing Power. In: Bird C, Conrad P, Fremont A, editors. *Handbook of Medical Sociology*. 5th ed. Prentice-Hall; 2000. p. 2010–216.
35. Hodges BD, Ginsburg S, Cruess R, Cruess S, Delpont R, Hafferty F, et al. Assessment of professionalism: recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach* [Internet]. 2011 Jan [cited 2013 Nov 8];33(5):354–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21517683>
36. Mueller PS. Incorporating professionalism into medical education: the Mayo Clinic experience. *Keio J Med* [Internet]. 2009 Sep;58(3):133–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19826207>
37. Stern DT, Papadakis M. The developing physician--becoming a professional. *N Engl J Med* [Internet]. 2006 Oct 26;355(17):1794–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17065641>
38. Wear D, Castellani B. The development of professionalism: curriculum matters. *Acad Med* [Internet]. 2000 Jun;75(6):602–11. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10875504>
39. Hilton S, George S. Medical professionalism : how can we encourage it in our students ? 2004;1(2):69–73.
 40. Veloski JJ, Fields SK, Boex JR, Blank LL. Measuring professionalism: a review of studies with instruments reported in the literature between 1982 and 2002. *Acad Med [Internet]*. 2005 Apr;80(4):366–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15793022>
 41. Hamdy H. Blueprinting for the assessment of health care professionals. *Clin Teach [Internet]*. 2006 Sep;3(3):175–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1743-498X.2006.00101.x>
 42. Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD. A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Acad Med [Internet]*. 2009 May;84(5):551–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19704185>
 43. de Mendonça ET, Cotta RMM, Lelis V de P, Carvalho Junior PM. Assessment of professionalism in students of health-related courses: A systematic review. *Interface Commun Heal Educ*. 2016;20(58):679–90.
 44. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Teaching professionalism in medical education: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. *Med Teach [Internet]*. 2013;35(7):e1252–66. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2013.789132>
 45. Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. *Jama*. 2002;287(2):226–35.
 46. Brandão HP, Zimmer MV, Pereira CG, Marques F, Costa HV, Carbone PP. Gestão de desempenho por competências : integrando a gestão por competências , o balanced scorecard e a avaliação 360 graus *. *Rev Adm Pública*. 2008;42(5):875–98.
 47. Englander R, Cameron T, Ballard AJ, Dodge J, Bull J, Aschenbrener C a. Toward a common taxonomy of competency domains for the health

- professions and competencies for physicians. *Acad Med* [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Apr 24];88(8):1088–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23807109>
48. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.; 2005. 40 p.
 49. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism must be taught. *Bmj*. 1997;315(December):1671–4.
 50. Langendyk V, Mason G, Wang S. How do medical educators design a curriculum that facilitates student learning about professionalism? *Int J Med Educ*. 2016;7:32–43.
 51. de Lasson L, Just E, Stegeager N, Malling B. Professional identity formation in the transition from medical school to working life: a qualitative study of group-coaching courses for junior doctors. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016;16(1):165. Available from: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0684-3>
 52. Green M, Zick A, Makoul G. Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses. *Acad Med* [Internet]. 2009 May;84(5):566–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19704188>
 53. Pan H, Norris JL, Liang Y-S, Li J-N, Ho M-J. Building a professionalism framework for healthcare providers in China: A nominal group technique study. *Med Teach* [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr 24];35(10):1531–6. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/0142159X.2013.802299>
 54. Kim S, Choi S. The Medical Professionalism of Korean Physicians: Present and Future. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2015;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12910-015-0051-7>
 55. Al-Rumayyan A, Van Mook WNKA, Magzoub ME, Al-Eraky MM, Ferwana

- M, Khan MA, et al. Medical professionalism frameworks across non-Western cultures: A narrative overview. *Med Teach*. 2017;39(November):S8–14.
56. Nishigori H, Harrison R, Busari J, Dornan T. Bushido and Medical Professionalism in Japan. *Acad Med [Internet]*. 2014;89(4):560–3. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001888-201404000-00017>
57. Al-Eraky MM, Donkers J, Wajid G, van Merriënboer JJG. A Delphi study of medical professionalism in Arabian countries: the Four-Gates model. *Med Teach [Internet]*. 2014 Apr [cited 2014 Apr 24];36 Suppl 1:S8-16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24617789>
58. Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *J Contin Educ Health Prof*. 2003;23(1):4–12.
59. Davidson ML. The 360 degrees evaluation. *Clin Podiatr Med Surg [Internet]*. 2007 Jan [cited 2013 Nov 8];24(1):65–94, vii. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17127162>
60. van de Camp K, Vernooij-Dassen M, Grol R, Bottema B. Professionalism in general practice: development of an instrument to assess professional behaviour in general practitioner trainees. *Med Educ [Internet]*. 2006 Jan [cited 2013 May 30];40(1):43–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16441322>
61. Baumann A, Kolotylo C. The Professionalism and Environmental Factors in the Workplace Questionnaire ® : development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs [Internet]*. 2009 Oct [cited 2013 May 26];65(10):2216–28. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2009.05104.x>
62. Bendapudi NM, Berry LL, Frey K a, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clin Proc [Internet]*. 2006 Mar;81(3):338–44. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16529138>

63. Silva RF da, Tanaka OY. Técnica Delphi: Identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *RevEscEnfUSP*. 1999;333:207–16.
64. Hall M a, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A, et al. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Med Care Res Rev [Internet]*. 2002 Oct;59(3):293–318. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12205830>
65. Witt RR. Competências da Enfermeira na atenção básica : Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública Competências da Enfermeira na atenção básica : Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2005.
66. Sisson MC. Identidades Profissionais na Implantação de Novas Práticas Assistenciais. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):116–22.
67. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med*. 2006;5(3):101–17.
68. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enf*. 2007;20(2):5–6.
69. Matos P de C. Tipos de revisão de literatura. Faculdade de Ciências Agronomicas UNESP Campus de Botucatu. 2015.
70. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Inf Manag [Internet]*. 2004 Dec [cited 2013 Nov 9];42(1):15–29. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378720603001794>
71. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs [Internet]*. 2000 Oct;32(4):1008–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11095242>
72. Donohoe H, Stelfson M, Tennant B. Advantages and Limitations of the

- e-Delphi Technique: Implications for Health Education Researchers. *Am J Heal Educ.* 2012;43(1):38–46.
73. Rowe M, Frantz J, Bozalek V. Delphi study to develop a technology-mediated teaching strategy. *BMC Med Educ.* 2013;13(51):1–8.
74. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2014 Apr 27];41(4):376–82. Available from: http://rachel.org/files/document/The_Delphi_Technique_Myths_and_Realities.pdf
75. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas.* 2014;22(44):203–20.
76. Wright J, Giovinazzo R. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesqui em Adm* [Internet]. 2000;1(12):54–65. Available from: <http://www.fundacaofia.com.br/profuturo/Uploads/Documents/Artigos/art50.htm>
77. Gouveia EAH, Braga TD, Heráclio SA, Pessoa BHS. Validating competencies for an undergraduate training program in rural medicine using the Delphi technique. *Rural Remote Health.* 2016;16(3851):1–13.
78. Michels NR, Denekens J, Driessen EW, Van Gaal LF, Bossaert LL, De Winter BY. A Delphi study to construct a CanMEDS competence based inventory applicable for workplace assessment. *BMC Med Educ* [Internet]. 2012;12(1):86. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/12/86>
79. Mash B, Couper I, Hugo J. Building consensus on clinical procedural skills for South African family medicine training using the Delphi technique. *South African Fam Pract* [Internet]. 2006;48(10):14–14e. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20786204.2006.10873475>
80. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* [Internet]. 2005 Nov [cited 2014 Mar

- 19];15(9):1277–88. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16204405>
81. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Soc.* 2004;13(3):44–57.
82. Santos B de S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estud Avançados* [Internet]. 1988;2(2):46–71. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141988000200007&lng=pt&tlng=pt
83. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. *Demografia Médica no Brasil 2018* [Internet]. São Paulo; 2018. Available from: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>
84. Campos NH. El sentido social del profesionalismo médico. *Rev Méd Chile.* 2006;134:520–4.
85. Juan José Rodríguez Sendín. Definición de ‘Profesión médica’, ‘Profesional médico/a’ y ‘Profesionalismo médico.’ *Educ Med* [Internet]. 2010;13(2):63–6. Available from:
<http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v13n2/editorial1.pdf>
86. Haeberlin RB. *Perfil y competencias profesionales del Médico* [Internet]. Bogotá; 2014. Available from:
https://www.medicosgeneralescolombianos.com/images/noticias/Competencias_medico_Colombia.pdf
87. Rego S. Editorial Ciudadania e Profissionalismo. 2013;37(3):309–10.
88. Tânia Alencar Caldas. *A educação médica na percepção de seus atores com ênfase na educação geral.* Universidade Estadual de Campinas como; 2017.
89. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients.* 3rd ed. Press CE do K, editor. London: Radcliffe Publishing Ltd; 2013.

328 p.

90. Stewart M, Brown JB, McWilliam CL, Freeman TR, Weston WW. O primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença. In: Transformando o Método Clínico. 3rd ed. Artmed; 2017. p. 33–60.
91. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med. 2001;76(4):390–3.
92. Puschel K, Repetto P, Bernales M, Barros J, Perez I, Snell L. “In Our Own Words”: Defining Medical Professionalism from a Latin American Perspective. Educ Heal. 2017;30(2):11–8.
93. Machado MH. Características sociológicas da profissão médica. In: FIOCRUZ, editor. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade [Internet]. Rio de Janeiro: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>; 1997. p. 244. Available from: <http://books.scielo.org>
94. Queiroz O. A mente, a mão e a maleta. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Curitiba; 2018. p. 12.
95. Cohen JJ, Cruess S, Davidson C. The Public ’ s Stake in Medical Professionalism. J Am Med Assoc. 2014;298(6):670–3.
96. Wells JE. Efficient office design for a successful practice. Fam Pract Manag. 2007;14(5):46–50.
97. Department of Health. Health Building Note 11-01 : Facilities for primary and community care services. 2013; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/148509/HBN_11-01_Final.pdf
98. Santos-Filho L de C. História Geral da Medicina Brasileira. HUCITEC, editor. São Paulo; 1977. 436 p.
99. Barbosa ML. Renascimento do Profissionalismo: alguns comentários. Rev Bras Ciências Sociais [Internet]. 1999;14(39):186–90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

69091999000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

100. Rego S. O profissionalismo e a formação médica. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2012;36(4):445–6. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000600001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
101. Bonelli M da G. Os médicos ea construção do profissionalismo no Brasil. *Hist cienc saude-Manguinhos* [Internet]. 2002;9(2):431–6. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Os+médicos+e+a+construção+do+profissionalismo+no+Brasil#0
102. Zeferino AMB, Zanolli MDL, Antonio MÂRDGM. Experiência da atenção integral à saúde individual e familiar com enfoque na responsabilização, vínculo médico-paciente, ética e profissionalismo no Currículo Médico Integrado. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):141–6.
103. Jorge ML da SG, Coelho ICM, Paraizo MM, Paciornik EF. Leadership, management and teamwork learning through an extra-curricular project for medical students: descriptive study. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2014;132(5):303–6. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000500303&lng=en&tlng=en
104. Linhares JJ, Dutra B de AL, Ponte MF da, Tofoli LFF de, Távora PC, Macedo FS de, et al. Construction of a competence-based curriculum for internship in obstetrics and gynecology within the medical course at the Federal University of Ceará (Sobral campus). *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2015;133(3):264–70. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802015000300264&lng=en&tlng=en
105. Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JRC, Lima MEC de C. Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(4):526–39.

106. Franco CAG dos S, Franco RS, Santos VM dos, Uiema LA, Mendonça N bitant, Casanova AP, et al. OSCE para Competências de Comunicação Clínica e Profissionalismo: Relato de Experiência e Meta-Avaliação. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2015;39(3):9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300433&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
107. Souzal E da S, Lorena SB de, Ferreira CCG, Amorim AFC, Peter JVS. Ética e Profissionalismo nas Redes Sociais: Comportamentos On-Line de Estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(3):412–23.
108. Hamamoto Filho PT, Oliveira CC, Silva LA, Carvalho LR de, Peraçoli JC, Borges VTM. Feedback de usuários como subsídio para avaliação do estudante de medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2012;36(3):381–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
109. Mendonça ET de, Cotta RMM, Lelis VDP, Moreira TR, Carvalho Junior PM. Integração Intercampi no Ensino: Desenvolvendo Competências do Profissionalismo. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2016;40(3):344–54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300344&lng=pt&tlng=pt
110. Korthagen FAJ. In search of the essence of a good teacher : towards a more holistic approach in teacher education. *Teach Teach Educ*. 2004;20:77–97.
111. Valentine M, Nembhard I, Edmondson A. Measuring Teamwork in Health Care Settings: A Review of Survey Instruments. *Med Care* [Internet]. 2015;53(4):e16–30. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftq&NEWS=N&AN=00005650-201504000-00015>
112. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. *Demografia médica no brasil*. São Paulo; 2015.

113. Neto A de FP. Ser Médico no Brasil: o presente no passado. Fiocruz, editor. Rio de Janeiro; 2001. 232 p.
114. Earnest MA, Wong SL, Federico SG. Perspective: Physician advocacy: what is it and how do we do it? *Acad Med*. 2010;85(1):63–7.
115. Blank L. Medical professionalism in the new millennium: A physicians' charter. *Lancet*. 2002;359(9305):520–2.
116. Gough IR. The significance of good medical practice: A code of conduct for doctors in Australia. *Med J Aust*. 2014;200(3):148–9.
117. Anthony-Pillai R. Medical professionalism. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016;44(10):586–8. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1357303916301335>
118. Moraes JCO, Carneiro CR, Cruz HRFV, Costa IP da, Almeida MR de. A mídia e sua relação com a formação de opiniões sobre o Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Ciências da Saúde* [Internet]. 2017;21(2):103–10. Available from:
<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16749>
119. Beneitone P, Esquetini C, González J, Maletá MM, Siufi G, Wagenaar R. Reflexões e perspectivas do Ensino Superior na América Latina: Relatório Final – Proyecto Tuning – América Latina 2004-2007. 2007.
120. Ezequiel O da S, Lucchetti G, Lucchetti ALG, Senger MH, Braga L, Lacerda R, et al. Geographical distribution of medical graduates from a public university. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2017;63(6):512–20. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000600512&lng=en&tlng=en
121. Magalhães APS, Esteves CC, Elias SF, Oliveira LD, Figueredo NDM, Costa ID. Perfil dos egressos de Medicina de uma Faculdade de Medicina de Juiz de Fora/MG. *Rev Ciências em Saúde*. 2012;2(2).
122. Leach DC. Professionalism: The Formation of Physicians. *Am J Bioeth* [Internet]. 2004;4(2):11–2. Available from:

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1162/152651604323097619>

123. Lucey C, Souba W. The problem with the problem of professionalism. *Acad Med.* 2010;85(6):1018–24.
124. Levinson W, Ginsburg S, Hafferty FW, Lucey CR. *Understanding Medical Professionalism.* McGraw-Hill Education; 2014.
125. Lesser CS, Lucey CR, Egener B, Braddock CH, Linas SL, Levinson W. A behavioural and systems view of professionalism. *Jama [Internet].* 2010;304(24). Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1864>
126. Campos GW de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: *Tratado de saúde coletiva.* Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006. p. 53–92.
127. Campos GWDS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc saúde coletiva.* 2000;5(2):219–30.
128. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: *Agir em saúde.* São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229–66.
129. Wilkinson E. The patients who decide what makes a good doctor. 2018;1829(April):1–3.
130. Bustamante E, Sanabria Á. Evaluación de las actitudes hacia el profesionalismo en estudiantes de medicina. *Rev Colomb Cir [Internet].* 2014;29(3):222–9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822014000300007
131. Steinert Y. Faculty Development : From Program Design and Implementation to Scholarship. *GMS J Med Educ.* 2017;34(4):1–11.
132. Swick HM. Toward a definition of medical professionalism. *Acad Med.* 2000;75:612–6.
133. Wang X, Shih J, Kuo F-J, Ho M-J. A scoping review of medical professionalism research published in the Chinese language. *BMC Med*

Educ [Internet]. 2016;16(1):300. Available from:
<http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0818-7>

134. Gruen RL. Physician-Citizens—Public Roles and Professional Obligations. *Jama* [Internet]. 2004;291(1):94. Available from:
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.291.1.94>
135. Goldie J. Assessment of professionalism: A consolidation of current thinking. *Med Teach*. 2013;35(2).
136. Li H, Ding N, Zhang Y, Liu Y, Wen D. Assessing medical professionalism: A systematic review of instruments and their measurement properties. *PLoS One*. 2017;12(5):1–28.

Anexos

Anexo 1 – Parecer consubstanciado CEP página 01 de 05

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEFININDO COMPETÊNCIAS DE PROFISSIONALISMO MÉDICO NO BRASIL

Pesquisador: MAGDA MOURA DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 31901414.1.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.112.613

Data da Relatoria: 18/06/2015

Apresentação do Projeto:

O objetivo deste projeto é caracterizar como profissionalismo médico, usualmente baseado em percepções internacionais, é redefinido pelas crenças, valores e cultura da população brasileira. Este projeto emerge da necessidade de desenvolver definições concretas, operacionais e contextualizadas sobre a competência profissional almejada do médico brasileiro. A partir destas definições, poderiam ser elaboradas estratégias de ensino eficazes e abordagens de avaliação defensáveis, regularmente revisados e aperfeiçoados, que reflitam as demandas da população brasileira para adequados cuidados em saúde. Consistirá em um estudo que utilizará a triangulação de métodos quantitativos e qualitativos com o objetivo de propor uma definição de profissionalismo baseada na opinião de especialistas e pacientes. A coleta de dados ocorrerá através dos métodos e-Delphi, para obter opinião de especialistas em ensino na saúde e Grupos Focais (GF) para coletar a opinião de usuários do Sistema Único de Saúde e profissionais de saúde de diferentes regiões. Para a metodologia e-Delphi, será construído um ambiente virtual específico para a interação anônima dos especialistas que serão convidados a participar, em três fases assíncronas subsequentes: (1) o brainstorming de fatores importantes para profissionalismo, (2) redução da lista original para os fatores mais importantes, (3) definição de uma lista de classificação de fatores importantes. Os convidados responderão a esta demanda através de cinco questionários com diferentes objetivos (Q1 a Q5). Q1 e Q2 solicitarão aos participantes que

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Continuação do Parecer: 1.112.613

indiquem seis características ou comportamentos importantes em um bom profissional médico. Q3 validará uma lista categorizada destes atributos através da análise de conteúdo convencional. Q4 selecionará 10 itens mais importantes, sem ordenar. Serão retidos aqueles identificados por mais de 50% dos experts. Em Q5, os participantes ordenarão os itens identificados previamente. Serão utilizadas medidas não-paramétricas para avaliar o consenso (coeficiente W de concordância de Kendall), onde o valor de W varia de 0 (não há consenso) a 1 (consenso perfeito). Se $W < 0,7$, o questionário de classificação será reenviado para os membros do painel. Os GF de pacientes serão gravados e analisados após transcrição por análise de conteúdo. Os dados dos GF de pacientes de diferentes origens serão comparados às categorias extraídas pelo consenso do e-Delphi.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Definir atributos e comportamentos associados à competência de profissionalismo médico segundo as crenças, valores e cultura brasileiros.

Objetivo Secundário:

1. Identificar as características essenciais que devem compor o profissionalismo médico, segundo especialistas educadores-médicos, em ambiente virtual. 2. Identificar as características essenciais do "bom profissional" na perspectiva de pacientes e outros profissionais da saúde. 3. Comparar a perspectivas de profissionalismo médico dos diferentes grupos de interesse e atores sociais avaliados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos previsíveis.

Benefícios:

Os participantes não receberão nenhuma compensação financeira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de Doutorado da FCM-UNICAMP, que utilizará a triangulação de métodos quantitativos e qualitativos com o objetivo de propor uma definição de profissionalismo baseada na opinião de especialistas e pacientes. A coleta de dados ocorrerá através dos métodos e-Delphi, para obter opinião de especialistas em ensino na saúde e Grupos Focais (GF) para coletar a opinião de usuários do Sistema Único de Saúde e profissionais de saúde de diferentes regiões (n=130).

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126	
Bairro: Barão Geraldo	CEP: 13.083-887
UF: SP	Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8986	Fax: (19)3521-7187
	E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Continuação do Parecer: 1.112.613

A pesquisa é pertinente e embasada na literatura, não havendo riscos previsíveis e tampouco benefícios diretos aos participantes da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados (TCLE, Projeto de Pesquisa, Folha de rosto e carta de autorização), e estão de acordo com as regras do CEP/CONEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Uma vez que o projeto é pertinente e baseado na literatura, todos os documentos foram entregues, de acordo com as regras do CEP/CONEP, e todas as pendências foram resolvidas (lista abaixo), recomendo à aprovação.

Lista de pendências e resposta da pesquisadora da rodada anterior:

1) Há necessidade da anuência das instituições onde serão recrutados os participantes de todas as fases do projeto.

A pesquisadora colocou somente a carta de autorização do Hospital da Universidade Federal do Ceará e no texto do projeto detalhado consta: "Os pacientes e as demais categorias profissionais serão recrutados para a formação de grupos de 8-10 pessoas, de diferentes idades, escolaridade e sexo. Recrutados por conveniência em serviços de Atenção Primária e em Hospitais Universitários nas cidades de Campinas (região sudeste), Fortaleza (região nordeste) e Nova Petrópolis (região sul)". Portanto, faltam no mínimo a carta de autorização de 2 instituições. Conclusão: Não se pode aprovar o projeto sem a anuência das instituições. PENDÊNCIA MANTIDA (3ª rodada).

Resposta: As declarações foram inseridas de acordo com a recomendação realizada na segunda rodada. Abaixo, um printscreen da tela onde foram inseridas as devidas declarações, o que ocorreu em resposta à 2ª rodada de revisão, antes deste último parecer, identificadas como "Declarações Diversas (Nova Petrópolis, Campinas e Fortaleza).

Situação: Concordo que ocorreu um erro no outro parecer e que a pendência foi atendida.

Conclusão: Pendência Atendida

2) Cronograma indica que a coleta de dados já foi iniciada.

O cronograma não foi alterado no projeto gerado pela Plataforma Brasil, mas foi alterado no projeto detalhado, no entanto, ainda indica que a coleta de dados já foi iniciada. Conclusão: O cronograma deve ser alterado no projeto gerado pela Plataforma Brasil e no projeto detalhado. Ver

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			
Bairro: Barão Geraldo		CEP: 13.083-887	
UF: SP	Município: CAMPINAS		
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187	E-mail: cep@fcm.unicamp.br	

Continuação do Parecer: 1.112.613

item Considerações Finais a critério do CEP do parecer anterior. PENDÊNCIA MANTIDA (3ª rodada).

Resposta: O cronograma enviado propunha o início da coleta de dados considerando possível aprovação nesta rodada. O mesmo foi alterado novamente na Plataforma Brasil e no projeto Detalhado para início em agosto/2015, caso seja aprovado nesta próxima revisão.

Situação: O cronograma foi alterado no projeto gerado pela Plataforma Brasil e no projeto detalhado.

Conclusão: Pendência Atendida

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			
Bairro: Barão Geraldo		CEP: 13.083-887	
UF: SP	Município: CAMPINAS		
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187	E-mail: cep@fcm.unicamp.br	

Continuação do Parecer: 1.112.613

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

CAMPINAS, 18 de Junho de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Anexo 2- Termo de consentimento livre e esclarecido – painel e-Delphi

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PAINEL E-DELPHI

CAAE Nº 31901414.1.0000.5404 (CEP-UNICAMP)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo "DEFININDO COMPETÊNCIAS DE PROFISSIONALISMO MÉDICO NO BRASIL". Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante. Você deve salvar ou imprimir uma cópia deste documento e guardá-lo com você.

Após a leitura desse documento, preencha o formulário com seus dados e envie, assim estará automaticamente concordando em participar da pesquisa.

A pesquisa que tem como objetivo identificar as competências de profissionalismo requeridas do médico brasileiro.

Competências profissionais são atributos relacionados a capacidade de articular conhecimentos, atitudes ou habilidades para resolver problemas em situações concretas de trabalho, que devem ser contextualizadas aos valores e cultura locais.

Por essa razão, o(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em:

1. Participar de um painel de especialistas on-line estruturado na metodologia e-Delphi;
2. Listar e classificar comportamentos/atributos que segundo a sua experiência e conhecimentos são essenciais para o trabalho de excelência do médico;
3. Responder a no mínimo 4 e no máximo 6 questionários na plataforma de pesquisa da web, através de login e senhas específicos. A resposta a cada questionário dura cerca de 8 minutos.

4. O(a) Sr.(a) será contactado (a) através do email que disponibilizar no cadastro.

5. Os questionários serão abertos no ambiente virtual específico a cada 15 dias, em média, durante o período máximo de 02 meses.

SIGILO E PRIVACIDADE:

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os dados pessoais que fornecerá serão utilizados somente para a construção dos painéis de especialistas. Sua identidade será codificada e somente a pesquisadora e um dos membros da equipe terá acesso a esta chave de identificação.

Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, seu nome não aparecerá durante a pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados, e seus dados de contato não serão repassados a outrem.

DESCONFORTO E RISCOS:

Responder ao questionário não está associado a riscos de saúde diretos. A participação nesta pesquisa é voluntária. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a pesquisa.

BENEFÍCIOS:

Este estudo não apresenta benefícios diretos aos participantes. Porém, seus resultados poderão ser benéficos para nortear políticas de Educação Médica.

CONTATO:

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar por Magda Moura de Almeida, (85) 981 93 32 54, magda@unifor.br.

Para denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP, localizado na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP. Fone (019) 3521-8936 ou 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Por favor, baixe uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido neste link. É fundamental que você mantenha sua cópia do termo. Se preferir, você também pode solicitar uma cópia física assinada pelo pesquisador responsável por meio de seus contatos informados acima.

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter provido meios de esclarecimento e fornecido acesso uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Magda Moura de Almeida

FCM / UNICAMP

Matrícula UNICAMP 151812

CRM-CE 9042

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após ter sido suficientemente esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar...

Aceito participar e, para tal, registrarei abaixo minhas informações.

Nome completo *

E-mail *

RA ou RG *

Cidade / UF *

Idade:

Sexo:

Categoria Profissional/profissão:

Local de Trabalho: () Atenção Primária () Atenção Secundária () Atenção terciária () Urgência/Emergência () Outros

Docente: () Sim () Não

No caso de sim:

- Leciona há quanto tempo?

- Instituição Pública ou Privada?

Anexo 3- Termo de consentimento livre e esclarecido – Grupos Focais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPOS FOCAIS

Eu, MAGDA MOURA DE ALMEIDA, RG: 98002089581 estou realizando a pesquisa CONSTRUINDO AS COMPETÊNCIAS DE PROFISSIONALISMO MÉDICO NO BRASIL que tem como objetivo identificar as competências de profissionalismo requeridas do médico brasileiro. Competências profissionais são características relacionadas a capacidade de utilizar conhecimentos, atitudes ou habilidades para resolver problemas em situações concretas de trabalho.

Por essa razão, o(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em:

1. Participar de Grupos Focais, que são pequenos grupos de pessoas reunidos para avaliar conceitos e identificar problemas, através dos direcionamentos oferecidos pelos pesquisadores. O grupo deverá durar no máximo duas horas.

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, seu nome não aparecerá quando os resultados forem apresentados, e seus dados de contato não serão repassados a outrem.

Não há riscos previsíveis. A participação nesta pesquisa é voluntária. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, não receberá qualquer ressarcimento. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a pesquisa.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar por Magda Moura de Almeida, (85) 981 93 32 54 , magda.almeida.mfc@gmail.com. Podendo ser contatada no Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC). Rua Professor Costa Mendes, 1608. 5º andar. Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE.

CEP: 60430-140. Tel. (85) 3366-8044 ou sua orientadora Eliana Martorano Amaral na Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Departamento de Tocoginecologia/ Caism, Divisão de Obstetrícia. Rua Alexander Fleming 101. Campinas - CEP 13083-881. Telefones: (19) 35219304/ (19) 35219477

Para denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP, localizado na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP. Fone (019) 3521-8936 ou 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O sujeito de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma via deste Termo.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar.

Autorizo a filmagem NÃO autorizo a filmagem

Nome do(a) participante:

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Data: ____/____/____

Apêndice 1 - Roteiro de Entrevista Grupo Focal

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GRUPO FOCAL

PARTE I

Nome:	
Sexo:	Data de Nascimento:
Escolaridade:	Ocupação:
Estado Civil:	Renda mensal:
Onde nasceu:	Onde mora:

PARTE II (respondida coletivamente)

Nos próximos três minutos, relembre mentalmente o último encontro que você teve com um profissional médico. Foi bom? Foi ruim? Você saiu satisfeito ou insatisfeito? Que características do médico contribuíram para você ter essa impressão?

Questão-chave 1 : *“Quais características e/ou comportamentos são importante em um bom profissional médico?”*

PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: *“E para o trabalho de equipe? Quais características são desejáveis em um profissional médico?”*

Questão-chave 2 : O que o termo "profissionalismo médico" significa para você? Na sua opinião, quais os fatores que estão envolvidos no profissionalismo médico ?

Questão-chave 3 : “Dos comportamentos e características discutidas hoje aqui, qual você considera o/a mais importante em um médico?”