

WILTON SILVA DOS SANTOS
ID: I6031178

Maastricht University
School of Health Professions Education

SHE

Escala de Atitudes Profissionais do Estudante de Medicina

Validação e avaliação do desempenho dos estudantes de acordo com suas características sociais e demográficas

Mestrado em Educação nas profissões de saúde
Escola de Educação em Saúde - SHE
Universidade de Maastricht /FEPECS

Supervisor: Stewart Mennin
MHPE - Brasil



Universiteit Maastricht

WILTON SILVA DOS SANTOS

**ESCALA DE ATITUDES PROFISSIONAIS DO ESTUDANTE
DE MEDICINA: validação e avaliação do desempenho dos
estudantes de acordo com suas características sociais e
demográficas**

Mestrado Internacional em Educação nas Profissões de Saúde,
Escola de Educação em Saúde – SHE,
Universidade de Maastricht - Holanda
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde -
FEPECS

Supervisor: Stewart Mennin – MHPE – Brasil

**Brasília
2013**

S237 Santos, Wilton Silva dos.

Escala de atitudes profissionais do estudante de medicina: validação e avaliação do desempenho dos estudantes de acordo com suas características sociais e demográficas / Wilton Silva dos Santos. – Brasília, 2013.
58 f. : il.

Supervisor: Stewart Mennin – MHPE – Brasil
Mestrado Internacional em Educação nas Profissões de Saúde, Escola de Educação em Saúde – SHE, Universidade de Maastricht / FEPECS

1. Competência profissional – atitudes e prática em saúde. 2. Atitude do profissional de saúde. 3. Graduação – Medicina - Aprendizagem. I. Título. II. Universidade de Maastricht. III. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde – FEPECS.

CDU – 61:37

EPÍGRAFE

*Entre mim e mim, há vastidões bastantes
para a navegação dos meus desejos afligidos.*

*Descem pela água minhas naves revestidas de espelhos.
Cada lâmina arrisca um olhar, e investiga o elemento que a atinge.*

*Mas, nesta aventura do sonho exposto à correnteza,
só recolho o gosto infinito das respostas que não se encontram.*

*Virei-me sobre a minha própria experiência, e contemplei-a.
Minha virtude era esta errância por mares contraditórios,
e este abandono para além da felicidade e da beleza.*

*Ó meu Deus, isto é minha alma:
qualquer coisa que flutua sobre este corpo efêmero e precário,
como o vento largo do oceano sobre a areia passiva e inúmera...*

Cecília Meireles, 1901-1964

Ao Educador,

*Professor Dr Mourad Ibrahim Belaciano,
pelo incentivo, pelo exemplo
pelas descobertas....*

SUMÁRIO

RESUMO

1	INTRODUÇÃO	1
	<i>Perguntas de pesquisa</i>	13
2	MÉTODOS	14
2.1	<i>Contexto</i>	14
2.2	<i>Amostra</i>	14
2.3	<i>Instrumentos e procedimentos da pesquisa</i>	15
2.4	<i>Análises dos dados</i>	16
2.4.1	<i>Avaliação da escala</i>	16
2.4.2	<i>Análise das características da amostra e de correlação entre escores obtidos na escala e dados sociodemográficos</i>	17
3	RESULTADOS	18
3.1	<i>Análise fatorial da escala</i>	18
3.1.1	<i>Seleção do método de extração dos fatores e indicadores da fatorabilidade da escala</i>	18
3.1.2	<i>Definição preliminar do número de fatores a serem extraídos</i>	19
3.1.3	<i>Interpretação e definição da solução fatorial final</i>	19
3.1.4	<i>Análise psicométrica e interpretação semântica da solução fatorial de 6 fatores</i>	20
3.2	<i>Análise desempenho atitudinal conforme as características sociodemográficas dos estudantes</i>	31
3.2.1	<i>Desempenho dos estudantes segundo as fases e ciclos do curso</i>	31
3.2.2	<i>Desempenho dos estudantes segundo o gênero</i>	33
3.2.3	<i>Desempenho dos estudantes segundo a idade</i>	34
3.2.4	<i>Desempenho dos estudantes segundo a religião</i>	35
3.2.5	<i>Desempenho dos estudantes segundo o sistema de ingresso no curso e futuro profissional</i>	36
3.2.6	<i>Desempenho dos estudantes segundo a renda familiar</i>	37
3.2.7	<i>Desempenho dos estudantes segundo o estado civil</i>	37
4	DISCUSSÃO, CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
4.1	<i>Discussão</i>	38
4.2	<i>Conclusões</i>	48
4.3	<i>Limitações do estudo</i>	49
4.4	<i>Futuras pesquisas</i>	49
4.5	<i>Implicações para as práticas educacionais</i>	49
	REFERÊNCIAS	51
	AGRADECIMENTOS	56
	APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico	57
	APÊNDICE B – Matriz padrão – Análise de Componentes Principais	58

LISTA DE TABELAS

Tabelas	Título	Pág.
Tabela 1	Características demográficas dos estudantes, classificação segundo sistema de ingresso e distribuição segundo fase, ciclo e série dos estudantes do curso de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).	15
Tabela 2	Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com <i>Promax</i> , correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 1 (F1)	22
Tabela 3	Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com <i>Promax</i> , correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade das facetas do fator .	24
Tabela 4	Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com <i>Promax</i> , correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 2 (F2)	25
Tabela 5	Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com <i>Promax</i> , correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade das facetas do fator 2 (F2).	26
Tabela 6	Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com <i>Promax</i> , correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 3 (F3).	27
Tabela 7	Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com <i>Promax</i> , correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 4 (F4).	28
Tabela 8	Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com <i>Promax</i> , correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 5 (F5).	29
Tabela 9	Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com <i>Promax</i> , correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 6 (F6) “Importância dos determinantes <i>sociais em saúde</i> ”.	30
Tabela 10	Cargas fatoriais (CFs), fidedignidade e correlações item-resto (r_{it}), do fator geral (FG) de segunda ordem “Profissionalismo médico”.	30
Tabela 11	Escores médios (\bar{x}) de desempenho, desvios padrão (DP) e intervalo de confiança para cada um dos fatores e para o fator geral (FG) da escala de atitudes profissionais dos estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).	31
Tabela 12	Escores médios de desempenho (\bar{x}) dos estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), medido de acordo com Escala de Atitudes Profissionais de 50 itens nas fases pré-clínica e clínica do curso.	32
Tabela 13	Escores médios de desempenho (\bar{x}) dos estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), medido de acordo com escala de atitudes profissionais de 50 itens (EAPEM-50), segundo os gêneros.	34
Tabela 14	Escores médios de desempenho (\bar{x}) dos estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), medido de acordo com escala de atitudes profissionais de 50 itens (EAPEM-50), segundo a religião.	36

RESUMO

Introdução: Profissionalismo é um termo que vem sendo utilizado como referência a um conjunto de atitudes e comportamentos considerados essenciais ao bom exercício profissional. Em linhas gerais, expressa o compromisso ético, moral e humanístico que o médico deve manter no decurso do exercício do seu trabalho. Inúmeras escolas vêm incorporando o ensino de atitudes profissionais no currículo de graduação em medicina, em resposta às demandas crescentes pela qualificação da atenção à saúde. A falta de instrumentos adequados para avaliação desse tipo de aprendizagem no ensino de graduação tem dificultado a integração de programas voltados para o desenvolvimento profissional dos estudantes nos cursos de medicina, uma vez que questões relativas à eficácia das diferentes abordagens de ensino descritas ficam sem respostas.

Objetivos: Esse estudo foi realizado com o objetivo de validar uma escala de atitudes para uso no curso de graduação em medicina e avaliar o desempenho atitudinal dos estudantes de acordo com suas características sociais e demográficas.

Métodos: Trata-se de estudo transversal onde uma escala de atitudes com 102 itens foi aplicada em 310 estudantes de graduação em medicina, de diferentes fases do curso. O instrumento foi submetido à análise fatorial com o objetivo de se identificar sua estrutura fatorial interna, o número de dimensões latentes na estrutura obtida e a consistência interna de cada uma delas. O desempenho dos estudantes foi avaliado comparativamente de acordo com fase do curso, gênero, idade, sistema de ingresso no curso (cotas sociais e ampla concorrência), religião, renda familiar e estado civil.

Resultados: Foi obtida uma escala de 50 itens denominada Escala de Atitudes Profissionais do Estudante de Medicina (EAPEM-50), com 6 fatores com evidência de validade relacionada ao construto: F1="comunicação e relações humanas em saúde", F2="ética", F3="aprimoramento profissional", F4="autoavaliação"; F5="crenças" e F6="determinantes sociais". O Fator Geral (FG) foi obtido a partir das subescalas de cada um dos fatores, sendo denominado "profissionalismo médico". Os valores de α (Cronbach) variaram de 0,65-0,87 e F1 foi o que obteve maior consistência interna ($\alpha=0,87$). Foram avaliados 310 estudantes de diferentes séries do curso, com idade variando de 18-47 anos ($\bar{x}+DP=23,2\pm 3,6$). O desempenho médio dos estudantes na fase pré-clínica do curso ($n=158$) variou de 3,26-4,85 e

na fase clínica (n=152), de 2,82-4,73 ($p<0,05$ para todos os fatores, exceto F4; efeito d de Cohen de 0,25-0,63). As mulheres (n=168) apresentaram desempenho médio variando de 3,14-4,82, enquanto os homens (n=142), de 2,93-4,75 ($p<0,01$ para F1, F2, F3, F5 e FG; efeito d de Cohen de 0,30-0,47). Estudantes que declararam ter uma religião (n=209) obtiveram desempenho atitudinal médio variando de 3,04-4,80, enquanto os que se declararam como “sem religião, ateu ou agnóstico” os escores variaram de 2,95-4,73 ($p<0,05$ para F1, F3, F4 e FG; efeito d de Cohen de 0,35-0,60). As médias de desempenho segundo o sistema de ingresso no curso variaram de 3,06-4,78 (cotistas) e 3,04-4,79 (não cotistas) não havendo diferença estatística entre esses 2 grupos ($p>0,05$). Idade e estado civil não repercutiram de forma significativa no desempenho dos estudantes na escala de atitudes obtida. O percentual de estudantes que ingressaram no curso pelo sistema de cotas sociais, com manifesto interesse em trabalhar no sistema público de saúde (19,75%) foi maior do que o dos estudantes da ampla concorrência (8,42%) ($p<0,01$).

Discussão/Conclusões: A escala obtida, de 50 itens, (EAPEM-50) mostrou ser um instrumento fidedigno e com evidência de validade relacionada ao construto para a avaliação das dimensões que compõem o profissionalismo médico. Houve um declínio dos escores médios de atitudes dos estudantes ao longo do curso de graduação em medicina. Estudantes do gênero feminino apresentaram atitudes mais positivas que os do gênero masculino na maioria das dimensões avaliadas. Estudantes que declaram ter uma religião apresentaram escores de desempenho atitudinal maiores do que os estudantes sem religião. O sistema de ingresso no curso (cotas x ampla concorrência), assim como idade, estado civil e renda familiar não influenciaram nos escores de atitudes observados. Estudantes procedentes da rede pública de ensino (sistema de cotas) expressaram maior interesse em atuar o sistema público de saúde.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - A formação profissional e as transformações sociais do mundo

A Formação profissional em medicina é uma experiência de socialização profissional que envolve não só aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias ao exercício da profissão, mas também o desenvolvimento e incorporação de valores, atitudes e comportamentos que qualificam suas práticas. Embora a grande maioria dos currículos de graduação de medicina se caracterize pela ênfase na aquisição de conhecimento, sobrevalorizando os aspectos científicos da formação profissional, as demandas atuais da sociedade sinalizam para uma preocupação crescente com os aspectos sociais e humanísticos dessa formação (Passi, Doug, Peile, Thistlethwaite & Johson, 2010; Frenk, *et al.*,2010; Arnold, 2002).

Nas últimas décadas, informação científica, habilidades e evolução tecnológica têm-se expandido em ritmo acelerado, ocasionando mudanças importantes no cotidiano do exercício profissional. A população, influenciada pela mídia, tem tido maior interesse e conhecimentos em saúde, querendo estar mais bem informada e participar das decisões relativas à sua saúde. O maior acesso à informação, em conjunto com a insurgência de uma sociedade mais questionadora têm colocado em cheque toda forma de autoridade e sabedoria e no contexto da prática médica não tem sido diferente (Cruess & Cruess, 2009).

Houve um crescimento do número de áreas de atuação profissional aliado a uma pluralidade de especializações e subespecializações. A concomitante supervalorização da especialização e do especialista trouxe consigo dificuldades para a profissão em responder às necessidades em saúde da população, comprometendo sua direcionalidade e compromisso social (Swick, 2000; Irvine, 1997).

A fragmentação do trabalho trouxe consigo a dificuldade do médico em apreender a totalidade do paciente enquanto indivíduo, principalmente no tocante à sua realidade subjetiva e social. A fragilização da visão do todo, propiciou o enfraquecimento da responsabilidade (*cada qual tende a ser responsável apenas por sua tarefa específica*) e da solidariedade (*cada qual não mais sente os vínculos com seus concidadãos*) (Morin, 2004). O enfraquecimento do vínculo com o paciente e a sociedade abriu caminhos para a quebra da relação de confiança historicamente construído entre médico, paciente e sociedade, comprometendo os espaços conquistados pela profissão ao longo do tempo (Cruess, Cruess, Johnston, 2000).

A mudança de enfoque da atuação profissional do “curar” para o “cuidar” fez com que os médicos passassem a dividir com outros profissionais a responsabilidade pela atenção à saúde, compartilhando o manuseio clínico e terapêutico do paciente com uma equipe multidisciplinar (Frenk, *et al.*, 2010).

A administração dos serviços de saúde tornou-se extremamente complexa, envolvendo diversos setores de prestação de contas, múltiplos níveis de atenção e inúmeros fatores intervenientes que repercutiram na autonomia do médico, gerando incertezas, frustrações e insatisfações com o exercício cotidiano da profissão (Shortell, Waters, Clarke & Budetti, 1998; Irvine, 1997).

Nesse contexto de mudanças e adversidades, problemas na organização dos serviços de saúde e pressões mercadológicas têm levado os médicos a considerarem não só a necessidade dos pacientes, mas também questões administrativas, limitações operacionais e interesses financeiros das organizações corporativas e planos de saúde na condução dos problemas de saúde apresentados pelos pacientes.

Na percepção da sociedade, o interesse próprio começou a prevalecer sobre o busca do bem-comum. E a profissão começou a ser criticada pela ênfase na remuneração, pelas falhas em se autorregular e pela não valorização de problemas tidos como importantes pela coletividade como acesso, custo e qualidade (Cruess, cruess, 1997; Cruess, Cruess e Johnston, 2000).

Ocorre que, historicamente, a legitimidade, autoridade e privilégios das profissões estiveram sempre na dependência de sua demonstração de desempenho cívico e liderança social na defesa do interesse público, do bem-comum.

Dessa forma, as dificuldades em manter a prática profissional pautada no princípio do altruísmo e na priorização do bem-estar do paciente acabaram por colocar em cheque a confiança da população no trabalho médico e a minar as bases do contrato social entre a medicina e a sociedade (Cruess, Cruess e Johnston, 2000).

A renegociação desse contrato, considerando o horizonte das transformações ocorridas na profissão e no contexto de suas práticas, passa pela renovação do compromisso profissional com os valores éticos, morais e humanísticos da prática médica, considerados elementos centrais do profissionalismo. Atitudes e comportamentos profissionais adquiriram, portanto, uma posição de centralidade nas discussões relativas à qualificação da atuação profissional em medicina.

Todo esse conjunto de mudanças tem ensejado e reforçado a necessidade de se identificar novos objetivos para o currículo de medicina, estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem, novos formatos de avaliação e a necessidade de monitorar o desenvolvimento atitudinal dos estudantes, mediante a apreensão da realidade subjetiva da formação profissional.

Antes de me debruçar em tecer considerações relativas às implicações dessa centralidade na formação profissional acho importante entendermos as imbricadas inter-relações entre atitude e comportamento, de acordo com os modelos teóricos propostos pela psicologia social.

1.2 - A relação entre atitude e comportamento – as teorias da psicologia social

Atitude pode ser definida como uma disposição interna em responder favoravelmente ou desfavoravelmente a objetos, pessoas, situações ou acontecimentos vivenciados no ambiente no qual estamos inseridos (Ros, 2006). É uma consequência do processo de tomada de conhecimento do ambiente social que nos circunda, podendo ser compreendida como uma predisposição à ação. Pode ser expressa mediante crenças, sentimentos e comportamentos manifestos no contexto das interações físicas e sociais que estabelecemos no mundo ao qual fazemos parte (Eagly & Chaiken, 1993).

Segundo a teoria dos múltiplos componentes, atitude é um construto psicológico que integra três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. O componente cognitivo refere-se às informações que temos sobre o objeto. Envolve crenças, conhecimentos e as representações mentais inerentes ao tópico ou situação envolvida. O componente afetivo diz respeito aos sentimentos que experimentamos em relação ao objeto e é o elemento mais característico da atitude. O componente comportamental é o próprio comportamento ou a intenção de comportamento instada pelo tópico ou pela situação relacionada ao mesmo (Ros, 2006; Eagly & Chaiken 1993).

Embora as atitudes sejam representadas com base no que as pessoas pensam, sentem e como se comportam diante de um objeto físico ou social, o comportamento não é apenas determinado pelo que as pessoas gostariam de fazer, mas também pelo que elas pensam que *devem fazer*, em função das normas sociais vigentes, pelo que elas estão acostumadas a fazer por força dos hábitos adquiridos ao longo do convívio social e pelas consequências decorrentes do comportamento adotado (Ros, 2006).

Dessa forma, a relação entre atitude e comportamento pode depender de outros fatores não adequadamente explicitados no modelo conceitual da teoria dos múltiplos componentes,

previamente descrita. Esses fatores podem agir diretamente sobre o comportamento ou sobre a “intenção de agir” que imediatamente o antecede e incluem não só as crenças e as normas subjetivas mencionadas, mas também os aspectos motivacionais ou desejo que o indivíduo demonstra de se comportar dessa ou de outra maneira e o controle que ele percebe ter sobre o comportamento a ser adotado.

A teoria da ação raciocinada (TAR) e a teoria do comportamento planejado (TCP) são modelos alternativos que incorporam em seu arcabouço conceitual esses outros fatores, ampliando assim o horizonte de compreensão das relações entre atitudes e comportamentos.

A TAR estabelece que a intenção é o melhor preditor do comportamento. A intenção, como elemento central na relação atitude-comportamento, sofre influência de dois fatores principais: crenças e convicções relativas ao objeto alvo (atitudes) e a percepção do sujeito da existência de pressões sociais para que ele se comporte dessa ou de outra forma (normas subjetivas) (Archer, Elder, Hustedde, Milam & Joyce, 2008).

A TCP acrescenta à TAR o controle percebido sobre o comportamento (quão fácil ou difícil vai ser adotar o comportamento coerente com a demanda vivenciada). A figura 1 apresenta a relação do comportamento com o conjunto de fatores ora discutidos.

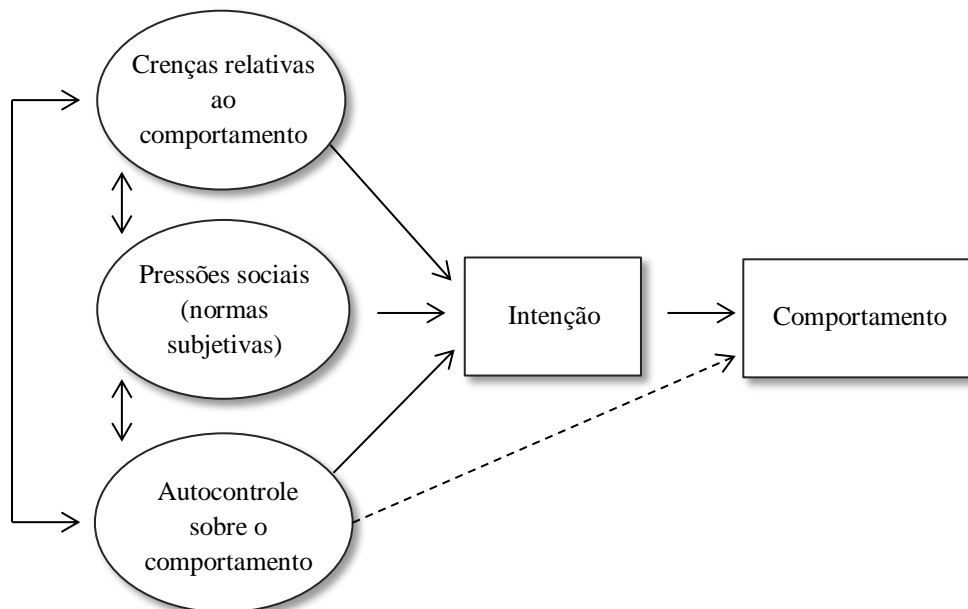


Figura 1: Relação atitudes e comportamento: Teoria do Comportamento Planejado (TCP) (Ros, 2006).

Assim sendo, de acordo com os modelos conceituais citados, as múltiplas interações entre atitude e comportamento, são permeadas por aspectos cognitivos, sociais, normativos e motivacionais. Essas interações, quando analisadas sobre o prisma da formação profissional, levam em consideração a influência do contexto das práticas profissionais e educacionais. Atitudes e comportamentos ditos profissionais são construídos, desenvolvidos e reorientados ao longo de todo o processo de profissionalização e exercício profissional e vem progressivamente recebendo maior atenção das instituições de ensino superior e da sociedade em função de seu importante papel na formação profissional (Ros, 2006; Archer, Elder, Hustedde, Milam & Joyce, 2008).

1.3 - Atitudes e comportamentos profissionais – o movimento do profissionalismo médico

Profissionalismo vem sendo utilizado como referência ao conjunto de atitudes e comportamentos necessários ao bom exercício da profissão, sendo orientado por valores pessoais e profissionais e permeado pelos aspectos históricos, sociais, culturais e institucionais que delimitam a realidade das práticas. Engloba um conjunto de elementos inter-relacionados, de limites imprecisos, que, em linhas gerais, expressam o compromisso ético, moral e humanístico que os profissionais em geral devem manter no decurso do exercício do seu trabalho (Martimianakis, Maniate, & Hodges, 2009).

Com base na percepção da necessidade de se melhorar a qualidade da atuação médica, na década de 80, o Comitê Americano de Medicina Interna (da sigla em inglês, *ABIM – American Board of Internal Medicine*) iniciou o projeto de humanização da profissão que, cerca de uma década depois, abriu caminho para o projeto Profissionalismo (Arnold, 2002).

O Estatuto do Profissionalismo, publicado em 2002 (ABIM) é considerado um marco no processo de construção de um consenso em torno da proposta. Composto por três princípios fundamentais (altruísmo; respeito à autonomia do paciente e justiça social) e dez conjuntos de compromissos (compromisso com competência; honestidade; sigilo profissional; relacionamento interpessoal; qualidade do cuidado; equidade; custo-efetividade e responsabilidade), seus elementos têm sido adotados por médicos, organizações profissionais e instituições formadoras do mundo inteiro (ABIM, 2002). A construção de um consenso em

torno do tema tem norteado a elaboração de práticas educacionais voltadas para o desenvolvimento profissional dos estudantes de graduação em medicina.

1.4 - Profissionalismo na educação médica – a importância da formação atitudinal do estudante

Cerca de quatro décadas atrás, o conceito de profissão e profissionalismo na educação era praticamente inexistente. Atitudes e comportamentos ditos “profissionais” eram apenas marginalmente abordados no espaço acadêmico e no ambiente de trabalho (Smith, 2005; Arnold, 2002). Profissionalismo não era endereçado diretamente pelo currículo e os valores, atitudes e comportamentos ditos profissionais, eram supostamente apreendidos pelo estudante durante sua experiência de socialização profissional na graduação, sem que fosse objeto de monitoramento ou avaliação (Cruess & Cruess, 2009).

Essa experiência, embora importante e reconhecidamente necessária, não tem sido suficiente para garantir uma adequada formação profissional. Inúmeras evidências na literatura apontam para a necessidade de se ajustar e qualificar a formação profissional do estudante de acordo com as demandas sociais vigentes (Papadakis, *et al.*, 2005; O’Sullivan & Toohey, 2008; Frenk, *et al.*, 2010).

O contexto das práticas tem nos mostrado sistematicamente que queixas relativas a problemas éticos e atitudinais são mais comuns do que queixas relativas às habilidades clínicas (Papadakis, *et al.*, 2005). Ações disciplinares, ligadas ao exercício da medicina, estão muito mais associadas a problemas relacionados à interação médico-paciente e à ética profissional do que propriamente a problemas de conhecimento técnico-profissional. (Papadakis, Osborn, Cooke & Healy, 1999). Além disso, o comportamento tido como “não profissional” tem sido apontado como uma das principais causas de efeitos adversos vivenciados pelos pacientes durante a prestação do cuidado. Em face do exposto, atitudes e comportamentos que hoje compõem o “profissionalismo médico” têm sido considerados essenciais à qualidade da atenção à saúde (O’Sullivan & Toohey, 2008).

Embora o conjunto elementos que compõem o profissionalismo venha sendo interpretado como força mediadora da atenção qualificada à saúde, integrar o ensino do profissionalismo médico aos currículos de graduação tem sido uma tarefa difícil. Implica na inserção de atividades educacionais mais integradas à comunidade, maior ênfase no aprendizado afetivo,

apropriação de estratégias inovadoras de ensino e uso adequado de novos métodos de avaliação, passando, portanto, pela necessidade de se repensar o currículo como um todo. Aspectos relativos ao profissionalismo que envolvem questões inerentes ao currículo serão abordados a seguir.

1.5 – Ensino-aprendizagem das atitudes profissionais – implicações para o currículo

Formar profissionais na área de saúde implica na articulação de experiências educacionais envolvendo diversos domínios de aprendizagem. Embora o modelo de ensino tradicional tenha privilegiado os aspectos cognitivos da aprendizagem, o “*aprender a fazer*”, “*aprender a ser*” e “*aprender a aprender*” têm figurado como domínios essenciais da formação em saúde e representam aspectos centrais nos modelos de currículo orientados para os resultados a serem obtidos ao término da graduação.

Grande parte dos valores e atitudes envolvidas no desenvolvimento do profissionalismo estão nos domínios do “*aprender a ser*” e “*aprender a aprender*”. Dessa forma envolvem as dimensões socioafetivas e metacognitivas do aprendizado, historicamente negligenciadas nos cursos de graduação em medicina. Definir o desenvolvimento desse aprendizado ao longo do curso e avaliar o progresso do estudante ao longo do programa é tarefa desafiadora. E implica na observação e captura das subjetividades inerentes à formação médica e no reconhecimento dos aspectos relativos ao contexto do ensino e das práticas educacionais que repercutem na orientação atitudinal dos estudantes ao longo do currículo (Martimianakis, Maniate, Hodges, 2009).

Passi, Doug, Peile, Thistlethwaite e Johnson (2010), em revisão sistemática sobre desenvolvimento profissional dos estudantes no curso de graduação em medicina, destacam cinco grandes áreas enfocadas pelas publicações na última década onde figuram: desenho curricular; métodos de ensino; o exemplo dado pelo profissional de saúde; métodos de avaliação e a seleção dos estudantes. Houve um crescimento exponencial da literatura sobre profissionalismo nesse período e sobre essas cinco grandes áreas de enfoque tecerei algumas considerações pertinentes ao trabalho.

Não existe um consenso relativo ao modelo de currículo que melhor integre o ensino do profissionalismo médico. O que existe é um consenso de que o conteúdo relativo a esse aprendizado deve figurar explicitamente no currículo e deve perpassar todas as etapas de

formação do estudante (Arnold & Stern, 2006; Stepherson, Higgs & Sugarman, 2001). Ou seja, precisamos migrar de uma visão de currículo onde a preocupação com as atitudes profissionais aparece em momentos pontuais da formação do estudante para uma visão longitudinal, estruturante e ordenadora das práticas profissionais e acadêmicas.

Nos métodos utilizados para o ensino do profissionalismo, alguns temas são recorrentes e merecem ser destacados em função da sua relevância no contexto do desenvolvimento atitudinal do estudante: o cuidado centrado no paciente, a prática reflexiva e o compromisso com a ética no exercício profissional (Passi, Doug, Peile, Thistlethwaite e Johnson 2010). Esses temas nos remetem aos aspectos centrais do movimento do profissionalismo médico. Esse movimento, desde o princípio, teve como princípio norteador a humanização do cuidado. E, evolutivamente, vem dando ênfase a alguns elementos, entre os quais ressalto: a comunicação e valorização da pessoa do paciente, o aprimoramento profissional e a atuação profissional pautada em princípios éticos básicos como altruísmo, benevolência, equidade e justiça social (Arnold & Stern, 2006; ABIM, 2002).

O papel modelador do profissional de saúde na orientação da formação do estudante merece destaque porque nos remete a uma questão importante do aprendizado do estudante chamada “currículo oculto”. Tal como mencionado previamente, a educação médica é uma experiência de socialização profissional. E socialização e aprendizagem implícita são elementos importantes no desenvolvimento das atitudes e comportamentos profissionais (Martimianakis, Maniate, Hodges, 2009).

Atitudes e comportamentos são construídos com base na interação social e são intimamente relacionados ao contexto. Muito do aprendizado no ambiente educacional ocorre à margem das atividades planejadas do currículo formal, em um espaço de aprendizagem de limites imprecisos que envolve o currículo informal e o currículo oculto. O currículo informal diz respeito ao aprendizado que ocorre no contexto das interações que se estabelecem no ambiente acadêmico. O currículo oculto, aos aspectos educacionais, estruturais e socioculturais vigentes na instituição de ensino, que repercutem no aprendizado e muitas vezes não são explorados ou levados em consideração na avaliação dos resultados do programa de ensino (Hafferty, 1998; Stepherson, Higgs e Sugarman, 2001).

Ocorre que a identidade profissional é uma construção social que precisa, necessariamente, ser sustentada por meio das estruturas institucionais. Assim sendo, o ambiente educacional e das práticas devem dar suporte ao aprendizado do profissionalismo e os educadores devem

servir de modelos e inspiração para os estudantes, de forma a motivá-los a adotarem atitudes e comportamentos ajustados à qualidade do exercício profissional exigida (Smith, 2005; Stepherson, Higgs e Sugarman, 2001; Hafferty, 1998).

As duas últimas áreas a serem abordadas, nas quais a literatura têm dado especial atenção na última década, seleção de estudantes para o curso e avaliação atitudinal do estudante, abordarei em separado uma vez que ambas áreas serão objeto de particular interesse nesse estudo.

1.6 – Seleção dos estudantes – diferenças geracionais, diversidade e desenvolvimento profissional

Além das diversas transformações ocorridas na profissão e no contexto de suas práticas, mudanças significativas nas características dos estudantes que optam pelo curso de medicina têm ocorrido nas últimas décadas.

As novas gerações de graduandos dividem abertamente suas preocupações entre o curso de medicina e a vida pessoal, trazendo para o ambiente acadêmico uma nova relação de equilíbrio entre desenvolvimento profissional e pessoal, onde a qualidade de vida ocupa um espaço mais representativo do que em gerações anteriores (Smith, 2005).

Essa nova relação de equilíbrio, embora legítima, entra em cena nesse contexto de transformações descrito, onde se ressaltam as demandas da sociedade por um profissional mais comprometido, altruísta e mais preocupado com o bem-comum.

Várias iniciativas de se identificar estudantes de medicina em potencial com valores e atributos condizentes com os requisitos tidos como necessários ao bom exercício da profissão tem sido testadas. A definição de variáveis e instrumentos suficientemente válidos e confiáveis para esse propósito ainda está longe de se tornar um consenso.

Parte das diferenças de valores e atributos observadas no ambiente acadêmico correm por conta das diferenças geracionais e devem ser analisadas em conjunto com as mudanças no contexto da vida em sociedade (Smith, 2005; Passi, Doug, Peile, Thistlethwaite & Johnson, 2010; Newton & Grayson, 2003).

A reorganização do aprendizado visando o aprendizado do profissionalismo médico deve levar em conta as mudanças inerentes às diferenças geracionais, caso contrário corre o risco de tornar um movimento de caráter nostálgico difícil de ser legitimado e incorporado pela geração atual (Smith, 2005).

No Brasil, assim como em vários lugares do mundo, a pluralidade de valores e atributos no ambiente educacional vai muito além das questões relativas às características de personalidade, atributos pessoais e os conflitos geracionais. As marcadas diferenças regionais, as significativas desigualdades sociais, a diversificação dos sistemas de acesso ao ensino superior por meio do sistema de cotas, em conjunto com a maior mobilidade geográfica fazem com que tenhamos no mesmo espaço acadêmico e mesmo campo de atuação profissional pessoas de diferentes perfis socioeconômicos e culturais.

Esse ambiente de diversidade acadêmica, somado ao contexto de mudanças ora vivenciado pelas instituições de ensino impõem novos desafios ao aprendizado dos valores, atitudes e comportamentos necessários ao desenvolvimento profissional dos estudantes. A relação entre diversidade acadêmica e formação profissional tem ganhado espaço na literatura, de forma que me deterei um pouco mais em cima dessa questão nos parágrafos a seguir.

Diversidade em educação diz respeito às diferenças nas características dos estudantes relacionadas ao gênero, à idade, aos aspectos sociais, culturais, étnicos, religiosos e econômicos. Para alguns autores essas diferenças enriquecem o ambiente educacional, uma vez que favorecem a exposição dos estudantes a diferentes experiências de vida, de forma a promover a compreensão comum, a comunicação empática, a integração social e a aprendizagem colaborativa (Milem, 2003; Bollinger, 2003). Para outros, entretanto, essa diversidade pode levar a uma dificuldade de coesão entre os diversos grupos, ensejando dificuldades na comunicação em nível organizacional e problemas na transmissão e apreensão dos valores essenciais ao exercício da profissão (Cruess & Cruess, 2009; Milem, 2003).

A representação dos segmentos minoritários da sociedade na comunidade acadêmica dos cursos ligados à saúde tem sua importância reconhecida com base na melhoria da qualidade dos serviços de saúde das populações socioeconomicamente vulneráveis. Assim sendo, o debate da diversidade em educação não se prende unicamente às questões acadêmicas de equidade e justiça social, mas se reveste de aspectos relativos à excelência das práticas em

saúde, uma vez que os graduados representantes dessas minorias têm mais chances de prestar seus serviços nas áreas de onde procedem ou em áreas afins, por uma questão de identidade étnica, social, geográfica, cultural ou religiosa. Essa identidade está associada a uma maior satisfação dos usuários dos serviços de saúde e a uma maior qualidade na assistência (Cohen, Gabriel, & Terrell, 2002; AAMC, 2009).

Em que pese a relevância social da diversidade para a equidade e acessibilidade na área da saúde, sua influência no desenvolvimento atitudinal do estudante ainda aguarda por ser melhor dimensionada (Cruess & Cruess, 2009). Esse dimensionamento passa pelas questões relativas à avaliação, aspecto essencial ao desenvolvimento profissional do estudante e que será objeto das considerações finais sobre profissionalismo que farei a seguir.

1.7 – Avaliação das atitudes profissionais

Estruturar um currículo voltado para o desenvolvimento profissional do estudante é tarefa instigante e desafiadora, em face das inúmeras variáveis que interferem com o aprendizado socioafetivo no espaço acadêmico. Nesse sentido, nos últimos anos, não só as questões relativas ao ensino-aprendizado das atitudes e comportamentos ditos profissionais se mantiveram na ordem do dia, mas também as questões relativas ao como avaliar esse componente do aprendizado nos cursos de graduação em medicina, considerando todas as subjetividades impostas pelo tema.

Vimos até então que profissionalismo é um tema abrangente, cuja multidimensionalidade envolve aspectos técnicos, éticos, sociais e humanísticos do exercício profissional. Quando, entretanto, submetemos o tema aos imperativos educacionais, emerge a necessidade de circunscrevermos um conceito que se ajuste aos processos de ensino-aprendizagem-avaliação previstos no planejamento curricular. Além disso, é preciso se estabelecer com que densidade e extensão seus diversos componentes serão trazidos para a realidade das práticas educacionais.

Muitos autores defendem a construção de um *conceito operacional* de profissionalismo que seja orientado por comportamentos que os estudantes devem demonstrar nas diversas situações de aprendizado (Lesser, *et al*, 2010; O’Sullivan & Toohey, 2008; Arnold, 2002). Por “operacional” entende-se uma definição que possa ser devidamente trabalhada dentro dos limites impostos pelos processos educacionais.

Essa preocupação em circunscrever um conceito de profissionalismo ajustado ao contexto e que possa ser submetido aos procedimentos avaliativos encontra sua legitimidade no fato da avaliação ter uma importância crucial para o aprendizado. Porém, profissionalismo é um construto complexo, multifacetado, sendo muito pouco provável que um instrumento único de medida irá medi-lo de forma acurada. É muito importante, portanto, que avaliação desse construto seja multidimensional, envolva a utilização de múltiplos instrumentos, aplicados ao longo de todo o currículo, em diferentes cenários de aprendizagem, por diferentes avaliadores (Passi, Doug, Peile, Thistlethwaite & Johnson, 2010; Lynch, Surdyk & Eiser, 2004).

A dificuldade em se identificar um instrumento válido e confiável para mensurar o desempenho atitudinal dos estudantes se reflete na quantidade excessiva de medidas voltadas para avaliação dos construtos ligados ao profissionalismo médico, publicadas até o momento.

Lynch, Surdyk e Eiser (2004), em revisão sistemática que englobou artigos publicados em 5 bases de dados, no período de 1982 a 2002, identificaram 88 instrumentos de avaliação de profissionalismo, que foram classificados pelos autores em 4 categorias de acordo com o conteúdo: ética, características pessoais, profissionalismo abrangente e diversidade. Na categoria *diversidade* os autores incluíram as avaliações que envolviam aspectos culturais, condição socioeconômica, gênero e idade dos estudantes. Além disso, os autores identificaram 4 tipos de resultados avaliados: cognitivo, afetivo, comportamental e ambiental.

Estudos endereçando componentes isolados do profissionalismo, no lugar de profissionalismo como um todo, respondem pela maioria das publicações relativas à avaliação dos estudantes. A maioria desses estudos enfoca ética e os demais são voltados para avaliação da relação médico-paciente, integridade, empatia, valores pessoais, aspectos socioculturais ou ambiente educacional (Veloski, Fields, Boex, & Blank, 2005; Jha, Bekker, Duffy & Roberts, 2007).

Jha, Bekker, Duffy e Roberts (2007) em revisão sistemática que incluiu 97 estudos sobre avaliação de profissionalismo, identificaram três tipos mais comuns de medidas utilizadas: administração direta de escala de atitudes; resposta a vinhetas ou cenários expondo uma situação de conflito; a administração direta de questionários ou a combinação dessas medidas. Os autores ressaltaram, entretanto, o fato de poucos estudos darem detalhes de como os itens dos diversos instrumentos foram construídos e a dificuldade em se avaliar a qualidade psicométrica das medidas empregadas.

No Brasil, duas escalas foram desenvolvidas e validadas para avaliação atitudinal de estudantes de medicina em nível de graduação. A escala elaborada por Colares *et al* (2002) avalia atitudes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. A escala elaborada e validada por Miranda, Pires, Nassar e Silva (2009), autoadministrável e multidimensional, atendia melhor os propósitos desta pesquisa, tendo sido utilizada nos estudantes do curso de medicina da Escola Superior de Ciências de Saúde (ESCS) para responder às perguntas de pesquisa que explicito a seguir:

PERGUNTAS DE PESQUISA

Pergunta de pesquisa 1

“Quais as propriedades psicométricas e a estrutura fatorial do instrumento utilizado para avaliação das atitudes profissionais dos estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências de Saúde de Brasília?”

Pergunta de pesquisa 2

“Como as diferenças de gênero, idade, religião, sistema de ingresso no curso, condição socioeconômica e estado civil afetam o desempenho atitudinal dos estudantes, medido de acordo com a escala de atitudes profissionais obtida neste estudo e aplicada uma única vez nos estudantes do curso de graduação em medicina da ESCS de diferentes fases do currículo?”

2 - MÉTODOS

2.1 - Contexto

O curso de medicina da ESCS é formado por 479 estudantes distribuídos em 6 séries. O currículo prevê um espaço destinado ao aprendizado formal das atitudes necessárias à boa prática médica durante os 3 primeiros anos (fase pré-clínica). Nos 3 anos subsequentes (fase clínica), o aprendizado das atitudes profissionais se dá nos ambientes de prática de acordo com os valores, normas, cultura vigente e as experiências educacionais vivenciadas pelos alunos nos diversos cenários da rede pública de saúde do DF.

A escola adota o sistema de cotas sociais no processo de admissão dos estudantes no curso. Assim sendo, 40% das vagas do curso de medicina são destinadas aos alunos que cursaram o ensino médio integralmente na rede pública de ensino. Esse modelo de seleção dos estudantes gera um ambiente de diversidade social, econômica e cultural no espaço acadêmico da instituição. Além dessa “diversidade estrutural” (decorrente da proporção de representação dos estudantes), a escola propicia uma “diversidade de interação” uma vez que adota como estratégia educacional a aprendizagem baseada em problema e o ensino em pequenos grupos de discussão (Milem, 2003).

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a estrutura fatorial e a consistência interna de uma escala de atitudes aplicada nos estudantes nas duas fases do curso (pré-clínica e clínica) e avaliar a relação do desempenho obtido nessa escala com as características sociais e demográficas dos participantes.

2.2 – Amostra

Dos 332 estudantes que inicialmente participaram da pesquisa, vinte e dois foram excluídos durante o procedimento de triagem do banco de dados, em função de número excessivo de dados incompletos ou por apresentarem dados discrepantes (*outliers*).

Dessa forma, a amostra final do estudo foi composta por 310 estudantes (64,72% do total do curso), sendo 158 da fase pré-clínica (3 primeiros anos) e 152 da fase clínica (4ª série e internato). O número de estudantes distribuídos na 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª e 6ª série foi de 57, 59, 42, 49, 67 e 36 respectivamente. Em cada ciclo educacional de 2 anos (inicial, intermediário e internato), tivemos 116, 91 e 103 estudantes.

A idade dos participantes variou de 18–47 anos, com média de 23,21 (DP±3,59) e mediana de 23 anos. Na amostra, 142 (45,8%) estudantes eram do gênero masculino e 168 (54,2%) do gênero feminino.

Dos 310 estudantes, 212 (68,4%) foram admitidos pelo sistema da ampla concorrência e 98 (31,6%) pelo sistema de cotas. As características da população amostral estão sumarizadas na tabela 1.

Com relação ao cálculo do tamanho da amostra para os procedimentos da análise fatorial, o número de 300 participantes foi estimado como necessário para a sustentação da carga fatorial mínima de 0,32 como representativa do fator obtido, considerando nível de significância de α de 0,05 e um poder do estudo de 80% (HAIR, BLACK, BABIN & ANDERSON, 2010).

Tabela 1 – Características demográficas, classificação segundo sistema de ingresso e distribuição segundo fases, ciclos e séries dos estudantes do curso de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

Fases (n)	Ciclos (n)	Séries (n)	Idade ($\bar{x} \pm DP$)	Gênero		Sistema de ingresso	
				Masc.	Fem.	Não-cotista	Cotista
Pré-clínica (n=158)	Inicial (n=116)	1ª (n=57)	21,1±3,7	28 (49,1%)	29 (50,9%)	36 (63,2%)	21 (36,8%)
		2ª (n=59)	21,9±3,1	26 (44,1%)	33 (55,9%)	35 (59,3%)	24 (40,7%)
	Intermediário (n=91)	3ª (n=42)	23,2±4,8	15 (35,7%)	27 (64,3%)	25 (59,5%)	17 (40,5%)
Clínica (n=152)	Internato (n=103)	4ª (n=49)	23,3±2,5	19 (38,8%)	30 (61,2%)	34 (69,4%)	15 (30,6%)
		5ª (n=67)	24,7±2,0	35 (52,2%)	32 (47,8%)	59 (88,1%)	8 (11,9%)
	6ª (n=36)	26,0±3,2	19 (52,8%)	17 (47,2%)	23 (68,4%)	13 (31,6%)	
Total							
n=310			23,2±3,6	142 (45,8%)	168 (54,2%)	212 (68,4%)	98 (31,6%)

2.3 – Instrumentos e procedimentos da pesquisa

A escala de atitudes utilizada no estudo foi elaborada por Miranda, Pires, Nassar & Silva (2009) e aplicada nos estudantes após autorização do autor. O instrumento é composto por 102 itens, divididos em 5 dimensões: social, ambiência, crença, conhecimento e ética. Para cada item, existe uma pontuação de 1 a 5 (escala Likert), que o estudante responde conforme

seu grau de concordância ou discordância com o que esta sendo afirmado. Cerca de metade dos itens estavam redigidos em sentido inverso e tiveram suas pontuações corrigidas por ocasião da análise. Para efeitos desse estudo, os escores foram analisados com base no valor médio obtido na subescala avaliada. A média dos escores variou de 1,0 a 5,0. Escores médios de atitudes > 3,0 foram considerados sugestivos de atitude positiva em relação ao construto avaliado (Woloschuk, Harasyn & Temple, 2004).

Questionário, dirigido para os objetivos da pesquisa, foi elaborado visando obter dados referentes à: nome, série, idade, gênero, estado civil, religião, renda familiar, sistema de ingresso no curso e aspirações futuras relativas à inserção no mercado de trabalho (Apêndice A). Esses dados serviram de base para as análises de correlação propostas no projeto.

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação em Estudo e Pesquisas em Ciências da Saúde (CEP-FEPECS) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Protocolo 263/2012), o convite para participação no estudo, contendo as informações necessárias para o preenchimento do questionário e da escala, foi enviado, via e-mail, para cada um dos estudantes, na semana agendada para a aplicação dos protocolos de pesquisa.

Escala e questionário foram aplicados, de forma coletiva, nos auditórios da escola, durante as atividades regulares do curso, no período de setembro e outubro de 2012. O tempo para finalização do preenchimento de ambos foi de ± 30 minutos. A participação foi voluntária e o consentimento por escrito foi obtido de todos os que concordaram em participar.

2.4 – Análises dos dados

2.4.1 - Avaliação da escala – a utilização da análise fatorial

A verificação exploratória da estrutura fatorial interna da escala foi feita utilizando a Análise dos Componentes Principais (ACP). A quantidade de fatores a ser extraída foi definida por meio da Análise Paralela de Horn usando o programa RAWPAR (O'Connor, 2000). Em função da previsibilidade da existência de correlação entre os construtos latentes da escala foi optado pela utilização de procedimento de rotação oblíqua com método *Promax* (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010; Laros, 2012).

No sentido de garantir condições mínimas de interpretação da estrutura fatorial obtida, apenas itens com carga fatorial acima de 0,32 (10% da variância explicada do fator) foram incluídos na análise (Tabachnick & Fidel, 2006). Itens cujas cargas fatoriais ficaram acima de 0,32 em

2 ou mais fatores (carga cruzada), foram incluídos no fator de maior carga, desde que a diferença entre as cargas observadas fosse maior que 0,10. Itens com carga cruzada, cuja diferença entre as cargas foi menor que 0,10 foram desconsiderados. Itens que não carregaram em nenhum dos fatores também foram retirados da análise (Laros, 2012).

Análise de fidedignidade relativa aos itens da escala (variáveis observadas) foi feita mediante o cálculo da correlação item-total corrigida (correlação item-resto). A análise de fidedignidade dos fatores (variáveis-fonte) foi realizada com base do coeficiente α de Cronbach (Laros, 2012; Hair, Black, Babin & Anderson, 2010).

Avaliação da normalidade da distribuição dos dados foi feita com base no cálculo do grau de assimetria e curtose da curva obtida a partir dos escores dos 310 estudantes incluídos no estudo. Desvios de normalidade variando de 0 a ± 1 , para o grau de assimetria e curtose da distribuição, foram admitidos para consecução dos procedimentos analíticos do estudo (Miles & Shevlin, 2001).

2.4.2 - Análise das características da amostra e de correlação entre escores obtidos na escala e dados sociodemográficos

Análise descritiva dos dados obtidos foi feita utilizando média, desvio-padrão e amplitude de variação. A comparação dos valores médios dos escores observados nas diversas dimensões da escala, de acordo com as variáveis sociodemográficas pesquisadas, foi feita utilizando o teste *t* de *Student* para amostras independentes. A comparação envolvendo 3 ou mais grupos foi feita utilizando análise de variância, complementada por procedimentos de comparação entre pares (Bonferroni ou Games-Howell, conforme o caso). A análise de correlação envolvendo variáveis contínuas foi feita utilizando o coeficiente (*r*) de Pearson. As raras comparações utilizando variáveis categóricas foram feitas pelo método do *Qui*-quadrado.

As análises foram feitas utilizando programas estatísticos incluídos na versão 20 do *SPSS* (*Statistical Package for the Social Sciences*). Significância estatística foi previamente estabelecida para $\alpha=0,05$. Os níveis descritivos de *p*, utilizados no relato dos resultados, foram $p\leq 0,05$; $p\leq 0,01$; $p\leq 0,001$. Níveis de “*p*” entre 0,05 e 0,1 foram descritos para ressaltar os resultados marginalmente significativos. A magnitude dos efeitos ou das correlações observadas foi estimada por meio do cálculo do *d* de Cohen e classificada como pequena, moderada ou grande conforme o valor obtido de 0,20; 0,50 ou 0,80. Para dados onde as variâncias dos grupos estiveram prontamente disponíveis, foi utilizado o valor de Eta (η^2)

para o mesmo motivo, considerando o grau do efeito como pequeno, médio ou grande, conforme os valores obtidos de 0,10; 0,30 ou 0,50 respectivamente (Vacha-Haase & Thompson, 2004; Field, 2009).

3 – RESULTADOS

Pergunta de pesquisa 1

“Quais as propriedades psicométricas e a estrutura fatorial do instrumento utilizado para avaliação das atitudes profissionais dos estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências de Saúde de Brasília?”

A resposta a essa pergunta foi obtida mediante a realização dos procedimentos de análise fatorial que serão explicitados a seguir.

3.1 - Análise fatorial (AF) da escala

3.1.1 - Seleção do método de extração dos fatores e indicadores da fatorabilidade da escala

A análise inicial dos dados revelou uma matriz de intercorrelação dos itens com variância suficiente para os procedimentos de extração de fatores. A fatorabilidade da escala medida com o coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,79. O teste de esfericidade de Bartlett foi igual a 10.518,67 com $p < 0,001$ (Tabachnick & Fidel, 2007).

A verificação exploratória da estrutura fatorial interna da escala foi feita utilizando a Análise dos componentes principais (ACP), em função do instrumento original ser composto por um número excessivo de itens e os objetivos da pesquisa envolverem a redução e redefinição da composição fatorial da escala. Apesar da opção pelo método da ACP, o termo “componentes” e “fatores” serão utilizados de forma intercambiável ao longo do texto.

Após os procedimentos de triagem do banco de dados, observou-se um percentual de valores ausentes oscilando entre 0,3-1,6%. Para o cálculo dos escores fatoriais e das facetas esses dados foram estimados mediante o emprego da técnica de *linear trend point*. Dois dos 102 itens da escala foram excluídos da análise, em função de terem sido respondidos com a mesma opção de resposta (“concordo totalmente”) por no mínimo 90% dos participantes.

3.1.2 - Definição preliminar do número de fatores a serem extraídos

A análise paralela de Horn, em função de sua precisão, foi utilizada como critério de referência para extração do número de fatores latentes na matriz de correlações obtida no procedimento exploratório da análise fatorial. A comparação dos autovalores observados com autovalores aleatórios obtidos de matrizes geradas randomicamente durante os procedimentos de execução da análise paralela de Horn, mostrou 8 fatores com autovalor empírico acima do autovalor aleatório, indicando, portanto, que apenas 8 fatores da amostra estudada poderiam ser considerados como decorrentes de uma variância amostral não aleatória.

Em função do número grande de variáveis envolvidas na análise, o critério do autovalor (*eigenvalue*) maior que um não se mostrou útil para definição do número de fatores a serem extraídos, apontando para uma solução fatorial com 34 fatores. Da mesma forma, o teste *scree* de Cattell mostrou um diagrama de sedimentação onde o início da horizontalização do traçado ocorreu após a ordenação de mais de 30 fatores, indicando um número excessivo de fatores a serem retidos nos procedimentos de análise (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010).

Dessa forma, com base no resultado da análise paralela de Horn, foram iniciados os procedimentos para definição da melhor solução fatorial para matriz de correlações em estudo. Essa definição foi feita mediante a utilização de procedimentos de rotação e interpretação dos fatores que serão abordados a seguir.

3.1.3 - Interpretação e definição da solução fatorial final

Em função da previsibilidade da existência de correlação entre os construtos latentes na escala foi optado pela utilização de procedimento de rotação oblíqua com método *Promax* (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010; Laros, 2012). A utilização de ACP com rotação ortogonal e método *Varimax* mostrou estrutura fatorial bastante semelhante à rotação oblíqua com *Promax*.

A tentativa de solução com 8 fatores, resultou em um dos fatores com apenas 2 itens, de baixa propriedade psicométrica. A tentativa com 7 fatores, mostrou-se uma solução de difícil interpretação, em função da falta de linearidade de significados entre itens em um mesmo fator. A estrutura fatorial com 6 fatores mostrou-se de boa qualidade psicométrica e boa interpretabilidade e será melhor detalhada a seguir.

Na solução com 6 fatores, 40% dos itens foram excluídos durante os procedimentos sucessivos de análise, sendo 31 itens retirados por não terem apresentado carga mínima necessária para se manter na análise ($CF < 0,32$) em nenhum dos 6 fatores e 9 itens foram retirados devido ao carregamento cruzado com pesos semelhantes em mais de um fator. O total de variância explicada pelos 6 fatores obtidos foi de 39,22%.

3.1.4 - Análise psicométrica e interpretação semântica da solução fatorial de 6 fatores

A matriz padrão obtida ao término dos procedimentos de rotação, reduzida para 60 itens, foi submetida a uma análise para avaliar seu significado prático, considerando a carga fatorial de cada item em cada um dos 6 fatores obtidos e o coeficiente de correlação do item em cada fator. Itens com carga fatorial dentro do minimamente aceitável (0,30 - 0,40), mas que não apresentassem correspondência ou não contribuíssem com a fundamentação teórica representada pelo fator foram desconsiderados da análise. Dessa forma, mais 10 itens adicionais foram removidos da escala. A matriz resultante, com 50 itens, 6 fatores, um mínimo de 4 itens em cada e com a menor carga observada de 0,37, foi considerada ter uma boa estrutura fatorial e adequado suporte conceitual, com evidência de validade relacionada ao construto (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010). A matriz padrão obtida com os 6 fatores e as respectivas CFs encontra-se no apêndice B.

Os fatores 1,2,3,4,5 e 6 ficaram com 18, 11, 5, 4, 8 e 4 itens respectivamente. Os coeficientes de correlação (Pearson) entre os 6 fatores variaram de 0,15 ($r_{5,6}$) a 0,45 ($r_{1,4}$). Todas as correlações foram significantes com nível descritivo de $p < 0,01$.

Uma vez estabelecidos os 6 fatores, foi definido um construto representativo do conjunto de fatores extraídos. Essa nova variável foi calculada com base na média dos desempenhos obtidos pelo estudante nos 6 fatores extraídos. Esse fator representativo do conjunto dos fatores obtidos na análise fatorial realizada foi denominado fator geral (FG).

Os resultados da avaliação das propriedades psicométricas e da interpretação semântica de cada um dos fatores extraídos e do fator geral serão apresentados a seguir.

a) Fator 1 – propriedades psicométricas e estrutura conceitual

- F1: Fidedignidade e condições de fatorabilidade

O primeiro componente da solução multifatorial obtida foi constituído por 18 itens. A consistência interna desse componente, medida pelo valor de alfa de Cronbach foi de 0,87. As cargas fatoriais (CFs) dos itens variaram de 0,43-0,67 ($\bar{x}=0,51$). As correlações item-total (r_{it}) variaram de 0,40-0,57 ($\bar{x}=0,48$) e o conjunto dos itens retidos explicaram 18,08% da variância total da escala. Essas informações, em conjunto com a descrição dos itens em seu sentido positivo, esta disposta na tabela 2.

O fator 1 (F1) reteve um número considerável de itens, sugerindo a possibilidade de haver agrupamentos secundários que expressam subdimensões de um mesma base conceitual. Com o objetivo de identificar as subdimensões latentes na matriz de correlação obtida e facilitar a interpretação semântica a ser realizada em seguida, o agrupamento fatorial do F1 foi submetido a uma nova AF (análise fatorial de segunda ordem). A avaliação das condições de fatorabilidade da matriz de F1, feita antes de se iniciar essa nova AF, mostrou resultados favoráveis (Tabachnick & Fidel, 2007).

O critério do autovalor indicou a existência de 4 subdimensões (4 subfatores com autovalor acima de 1). Com base nesse dado, foi feita uma tentativa inicial de extração de 4 subfatores, utilizando o método de componentes principais (ACP) com rotação *Promax*. Após os procedimentos de rotação, foram retirados 2 itens (itens 5 e 18) que não apresentaram carga em nenhum dos subfatores. A solução fatorial final de segunda ordem para o F1, considerando as facetas de 1 a 4, ficou com 6, 4, 3 e 3 itens em cada uma delas, respectivamente. Facetas, subdimensões, subfatores serão expressões utilizados de maneira intercambiável na descrição da AF a partir de então.

- F1: Facetas e índices psicométricos

A fidedignidade, medida pelo valor de α de Cronbach, das facetas 1,2,3 e 4 foi de 0,74; 0,75; 0,64 e 0,54 respectivamente. As facetas 1,2,3 e 4 responderam por 30,80; 7,62; 6,60 e 5,94% da variância de F1 respectivamente, de forma que os 4 subfatores juntos responderam por 50,96% da variância total do fator. O autovalor para as facetas de 1 a 4 foi de 5,54; 1,37; 1,19 e 1,01. Como esperado as 4 facetas apresentavam correlações significativas entre si com coeficiente de Pearson $r_{1,2}=0,53$; $r_{1,3}=0,51$; $r_{1,4}=0,41$; $r_{2,3}=0,43$; $r_{2,4}=0,46$ e $r_{3,4}=0,37$ – valores de $p<0,001$). A faceta com maior correlação com F1 foi a faceta 1 ($r=0,86$). Os coeficientes de correlação das facetas 2, 3 e 4 com F1 foram de 0,76; 0,68 e 0,68 ($p<0,001$).

As CFs dos itens da faceta 1 variaram de 0,55-0,71 (\bar{x} =0,64) e os coeficientes de correlação item-total (item-resto) de 0,40-0,53 (\bar{x} =0,48). As CFs da faceta 2 variaram de 0,61-0,87 (\bar{x} =0,70) e as correlações item-total de 0,47-0,68 (\bar{x} =0,56). Para a faceta 3, as CFs foram de 0,52-0,82 (\bar{x} =0,69) e os coeficientes item-total de 0,42-0,54 (\bar{x} =0,48). Para a faceta 4, as CFs variaram entre 0,59-0,80 (\bar{x} =0,70) e as correlações item-total entre 0,33-0,37 (\bar{x} =0,36) (tabela 3).

Tabela 2 - Cargas fatoriais (CF) depois da rotação com *Promax*, correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 1 (F1) “*Comunicação e relações humanas em saúde*”.

Fator 1 – Comunicação e relações humanas em saúde		Fidedignidade=0,87 (α de Cronbach)	
Nº	Descrição dos Itens	CF	r_{it}
1	É importante investigar se problemas emocionais antecederam o aparecimento da doença apresentada pelo paciente.	0,67	0,49
2	Dificuldades pessoais do paciente devem ser abordadas pelo médico.	0,64	0,45
3	O médico precisa dar atenção para o estado emocional dos seus pacientes.	0,63	0,45
4	A habilidade do paciente de se relacionar socialmente deve ser explorada pelo médico.	0,56	0,43
5	Crenças populares devem ser abordadas durante o curso de graduação em medicina.	0,54	0,41
6	É importante que o médico escute o paciente falar de um problema emocional com a mesma atenção com que o escuta falar de um problema físico.	0,54	0,50
7	Na prática médica, é importante se conhecer o rendimento escolar do paciente.	0,51	0,40
8	Aprender a se comunicar é tão importante quanto obter notas altas nas disciplinas tradicionais do curso.	0,49	0,55
9	Tempo investido no estudo com outros estudantes da área de saúde significa ganho na minha formação profissional.	0,49	0,55
10	O médico deve participar das atividades culturais promovidas pela comunidade do centro de saúde onde atua.	0,49	0,43
11	O estudo conjunto com outros estudantes da área de saúde pode aprimorar minha capacidade de entender os problemas dos pacientes.	0,48	0,57
12	Como integrante de uma equipe multiprofissional, o médico deve visitar as famílias nas comunidades próximas ao Centro de Saúde em que trabalha.	0,47	0,44
13	É importante que eu trabalhe em projetos com outros estudantes da área da saúde.	0,46	0,47
14	Os médicos são remunerados não só para diagnosticar e tratar dos problemas de saúde dos pacientes, mas também para escutá-los falar de seus problemas pessoais.	0,46	0,50
15	Desenvolver habilidades de comunicação é tão importante quanto aprimorar o conhecimento médico.	0,46	0,54
16	A aprendizagem em conjunto com outros estudantes me auxilia no reconhecimento das minhas limitações.	0,44	0,52
17	A valorização das crenças e valores do paciente e família repercute positivamente na qualidade do atendimento médico.	0,43	0,41
18	É importante que o médico atue no sentido de garantir ao paciente o direito à saúde em todos os níveis de complexidade.	0,43	0,45
Média		0,51	0,48

- F1: Facetas – análise semântica

A faceta 1 aborda a importância da comunicação na interação do médico com o paciente e com a comunidade. Alguns itens enfatizam a importância do “saber ouvir” dentro do processo de comunicação e sinalizam para a necessidade de se abordar o paciente como um todo e outros valorizam a importância da participação ativa do médico nas atividades promovidas pela comunidade. Por essa razão essa faceta foi conceituada como “*Comunicação e interação do médico com o paciente e a comunidade*”.

A faceta 2 diz respeito a interação do estudante com seus pares, visando a aprendizagem em conjunto e a experiência do trabalho em equipe. Por essa razão essa faceta foi denominada “*aprendizagem colaborativa e trabalho em equipe*”.

A faceta 3 enfatiza os aspectos afetivos da interação médico-paciente, procurando ressaltar a importância do estado emocional do paciente no processo saúde-doença. Por esse motivo, o nome dado a essa subdimensão do F1 foi “*Valorização do estado emocional do paciente*”.

Na faceta 4 ficaram retidos itens que traduzem a importância dos aspectos sociais na relação médico-paciente, envolvendo conteúdos relativos a escolaridade do paciente e a importância de se explorar suas habilidades sociais e entender suas crenças e valores. Essa faceta foi denominada de “*Valorização dos aspectos sociais na interação médico-paciente*”.

- F1: Interpretação e conceituação final

Os itens que compõem o F1, em seus diversos agrupamentos, tratam das múltiplas interações do médico no contexto de trabalho, em diferentes dimensões (paciente, família e comunidade), além de abordar a relação com os pares, o aprendizado em grupo e o trabalho em equipe. Consistentemente, enfatiza a importância da comunicação e da escuta, na relação médico-paciente, com alguns itens trazendo questões relativas à relevância dos aspectos psicossociais do processo de adoecimento e à importância da abordagem da pessoa do paciente como um todo e não somente de sua doença. Com base nos conceitos representados nas diversas facetas discutidas, o fator 1 foi denominado “*Comunicação e relações humanas em saúde*” (tabela 3).

Tabela 3 – Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com *Promax*, correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade das facetas do fator 1 “*Comunicação e relações humanas em saúde*”.

FACETAS DO FATOR 1											
Comunicação e relações humanas em saúde											
FACETA 1			FACETA 2			FACETA 3			FACETA 4		
“Comunicação e interação do médico com o paciente e a comunidade”			“Aprendizagem colaborativa e trabalho em equipe”			“Valorização do estado emocional do paciente”			“Valorização dos aspectos sociais na interação médico-paciente”		
Fidedignidade (α)=0,74			Fidedignidade (α)=0,75			Fidedignidade (α)=0,64			Fidedignidade (α)=0,54		
Item N°	CF	r_{it}	Item N°	CF	r_{it}	Item N°	CF	r_{it}	Item N°	CF	r_{it}
14	0,71	0,51	11	0,87	0,68	3	0,82	0,54	7	0,80	0,37
6	0,66	0,50	16	0,71	0,56	1	0,74	0,49	4	0,71	0,38
8	0,64	0,52	9	0,62	0,53	2	0,52	0,42	17	0,59	0,33
10	0,63	0,42	13	0,61	0,47						
15	0,63	0,53									
12	0,55	0,40									
Média	0,64	0,48	Média	0,70	0,56	Média	0,69	0,48	Média	0,70	0,36
% de variância=30,80%			% de variância=7,62%			% de variância=6,60%			% de variância=5,94%		

b) Fator 2 – propriedades psicométricas e estrutura conceitual

- F2: Fidedignidade e condições de fatorabilidade

O segundo componente da solução multifatorial obtida resultou em uma composição com 11 itens. A consistência interna desse componente, medida pelo alfa de Cronbach foi de 0,76. As CFs dos itens retidos variaram de 0,42-0,66 (\bar{x} =0,51). As correlações item-total (r_{it}) variaram de 0,34-0,51 (\bar{x} =0,41) e o conjunto dos itens retidos explicaram 5,27% da variância total da escala. As descrições dos itens, todos transcritos com significado positivo, em conjunto com as demais dados citados encontra-se na tabela 4.

A avaliação da matriz de correlações do F2 mostrou boas condições de fatorabilidade, sendo submetido a uma AF de segunda, tal como F1. O critério do autovalor indicou a existência de 2 subdimensões (2 subfatores com autovalor maior que 1). A tentativa inicial de extração com 2 subfatores (ACP – *Promax*), entretanto, não resultou em uma composição de fácil interpretação. A extração com 3 subfatores apresentou uma melhor combinação entre os itens, com suporte empírico e conceitual adequados.

Assim, a solução fatorial final de segunda ordem para o F2, considerando as facetas de 1 a 3, ficou com 4, 3 e 3 itens em cada uma delas, respectivamente. Um dos itens (nº 29) foi retirado nos procedimentos de análise por não ter apresentado carga em nenhum dos subfatores identificados.

Tabela 4 – Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com *Promax*, correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 2 (F2) “*Ética na prática médica e acadêmica*”.

Fator 2 – Ética na prática profissional e acadêmica		Fidedignidade=0,76 (α de Cronbach)	
Nº	Descrição dos Itens	CF	r_{it}
19	É eticamente incorreto um aluno apresentar um trabalho de um colega como se fosse seu.	0,66	0,51
20	Todo médico deve estudar ética, não só aquele envolvido com pesquisa médica.	0,55	0,47
21	Devo ensinar o que eu sei aos meus colegas mesmo sabendo que eles vão ser meus concorrentes no mercado de trabalho.	0,53	0,41
22	Compete ao médico dar orientação ao paciente e à comunidade sobre cuidados básicos de saúde.	0,53	0,35
23	Mesmo que o trabalho seja meu, não posso emprestá-lo para um colega para que ele apresente como seu.	0,52	0,45
24	O médico deve respeitar práticas populares que não ofereçam perigo à saúde do paciente.	0,50	0,38
25	Mesmo que haja algum tipo compensação, não é correto um aluno realizar uma tarefa acadêmica do outro.	0,49	0,45
26	A imagem que o paciente faz do médico influencia na sua adesão ao tratamento.	0,47	0,34
27	Para se manter atualizado o médico precisa ler periódicos científicos.	0,46	0,36
28	Para o bom exercício da profissão, o médico deve reconhecer suas limitações de conhecimento de medicina.	0,43	0,41
29	Em trabalhos acadêmicos é necessário referenciar a obra consultada.	0,42	0,37
Média		0,51	0,41

- F2: Facetas e índices psicométricos

A fidedignidade, medida pelo valor de α de Cronbach, das facetas 1,2 e 3 foi de 0,59; 0,63 e 0,56 respectivamente. O percentual de variância de F2 atribuído às facetas 1,2 e 3 foi de 30,85; 11,74 e 9,69% respectivamente, de forma que esses 3 subfatores em conjunto responderam por 52,29% da variância do fator. O autovalor para as facetas de 1 a 3 foi de 3,28; 1,18 e 0,98.

As CFs dos itens da faceta 1 variaram de 0,58-0,76 (\bar{x} =0,68) e os coeficientes de correlação item-total (item-resto) variaram de 0,33-0,43 (\bar{x} =0,39). As cargas da faceta 2 variaram de 0,53-0,83 (\bar{x} =0,72) e os coeficientes de correlação item-total de 0,43-0,46 (\bar{x} =0,44). Para a

faceta 3, as cargas variaram entre 0,58-0,82 (\bar{x} =0,71) e as correlações item-total entre 0,34-0,40 (\bar{x} =0,37) (tabela 5).

Tabela 5 – Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com *Promax*, correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade das facetas do fator 2 (F2) “*Ética na prática médica e acadêmica*”.

FACETAS DO FATOR 2								
Ética na prática médica e acadêmica								
FACETA 1			FACETA 2			FACETA 3		
Compromisso com o conhecimento			Integridade na vida acadêmica			Respeito ao paciente		
Fidedignidade (α)=0,59			Fidedignidade (α)=0,63			Fidedignidade (α)=0,56		
Item Nº	CF	r_{it}	Item Nº	CF	r_{it}	Item Nº	CF	r_{it}
27	0,76	0,37	23	0,83	0,46	26	0,82	0,34
20	0,71	0,43	25	0,80	0,43	24	0,73	0,40
21	0,68	0,42	19	0,53	0,43	28	0,58	0,36
22	0,58	0,33						
Média	0,68	0,39	Média	0,72	0,44	Média	0,71	0,37
% de variância=30,85%			% de variância=11,74%			% de variância=9,69%		

- F2: Facetas - análise semântica

A faceta 1 do F2 expressa necessidades e deveres do médico relacionados à aquisição de conhecimento, o estudo da ética e a educação do paciente e seus pares, de forma a zelar pela qualidade dos serviços prestadas em nível individual e corporativo. Como a tônica desse agrupamento de itens girou em torno do “dever” e da “informação” essa faceta foi denominada “*Compromisso com o conhecimento*”.

A faceta 2 aborda questões relativas à honestidade, envolvendo a realização de tarefas e trabalhos acadêmicos sendo, portanto, designada como “*Integridade na vida acadêmica*”.

A faceta 3 trata da importância da imagem do médico para o paciente, do reconhecimento de limites e do respeito às questões culturais que emergem na interação médico-paciente. É uma faceta de interpretação mais complexa, mas como o construto “respeito”, implícita ou explicitamente, transita em todas as variáveis que compuseram esse agrupamento, essa faceta foi denominada “*Respeito ao paciente*”.

- F2: Interpretação e conceituação final

Por ter sido composto por facetas que versam sobre “compromisso”, “integridade” e “respeito” envolvendo questões relacionadas tanto a vida profissional, quanto acadêmica essa dimensão da escala foi definida como “*Ética na prática profissional e acadêmica*” (tabelas 4 e 5).

c) Fator 3 – propriedades psicométricas e estrutura conceitual

O terceiro componente da solução fatorial obtida resultou em uma composição com 5 itens. Devido à quantidade reduzida de itens, não foi submetido a uma AF de segunda ordem. A consistência interna desse fator (α de Cronbach) foi de 0,68. As CFs dos itens variaram de 0,37-0,69 ($\bar{x}=0,59$). As correlações item-total (r_{it}) variaram de 0,32-0,54 ($\bar{x}=0,44$). O conjunto dos itens retidos explicaram 4,48% da variância total da escala.

Os itens retidos no F3 tratam de uma série de elementos que dão suporte à aquisição do conhecimento em medicina e, dessa forma, ampliam a base cognitiva necessária ao bom exercício da profissão. Por essa razão essa dimensão da matriz fatorial foi chamada de “*Aprimoramento profissional*”. A descrição dos itens, em sua versão positiva, encontra-se na tabela 6.

Tabela 6 – Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com *Promax*, correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 3 (F3) “*Aprimoramento profissional*”.

Fator 3 – Aprimoramento profissional		Fidedignidade=0,68 (α de Cronbach)	
Nº	Descrição dos Itens	CF	r_{it}
30	Conhecer pesquisa médica é importante para eu ser um bom médico	0,69	0,54
31	Para um médico se manter atualizado ele precisa saber outro idioma	0,67	0,44
32	Todo médico deve ter conhecimentos de informática	0,64	0,46
33	É necessário conhecer metodologia científica para se compreender artigos científicos	0,58	0,45
34	Uma discussão em grupo das atividades da prática médica acrescenta mais que o estudo individual.	0,37	0,32
Média		0,59	0,44

d) Fator 4 – propriedades psicométricas e estrutura conceitual

O quarto componente da solução fatorial foi composto por 4 itens. A fidedignidade desse componente (α de Cronbach) foi de 0,77. As CFs dos itens variaram de 0,42-0,81 ($\bar{x}=0,66$).

As correlações item total (r_{it}) variaram de 0,40-0,68 ($\bar{x}=0,57$). O conjunto dos itens retidos explicaram 4,01% da variância total da escala.

Os itens agrupados no F4 tratam de avaliação, dando ênfase à autoavaliação como mecanismo de reconhecimento de limitações e aprendizagem. Por esse motivo esse fator recebeu o nome de “*Importância da autoavaliação para aprendizagem*”. Dados psicométricos e descrição dos itens estão dispostos na tabela 7.

Tabela 7 – Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com *Promax*, correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 4 (F4) “*Importância da autoavaliação para aprendizagem*”.

Fator 4 – Importância da autoavaliação para aprendizagem		Fidedignidade=0,77 (α de Cronbach)	
Nº	Descrição dos Itens	CF	r_{it}
35	Sou favorável à autoavaliação	0,81	0,68
36	A autoavaliação me ajuda a aprender a reconhecer minhas limitações	0,71	0,62
37	A avaliação é uma atividade importante para minha aprendizagem	0,68	0,59
38	A avaliação é um instrumento de perseguição dos alunos	0,42	0,40
Média		0,66	0,57

e) Fator 5 – propriedades psicométricas e bases conceituais

O quinto componente da solução obtida foi composto por 8 itens. A tentativa de fatorização desse componente não foi bem sucedida por não apresentar combinações lógicas. O valor do α de Cronbach para essa composição foi de 0,65. As CFs dos itens retidos variaram de 0,43-0,63 ($\bar{x}=0,51$) e as correlações item-total (r_{it}) variaram de 0,31-0,38 ($\bar{x}=0,35$). O conjunto dos itens explicaram 3,92% da variância total da escala.

Os itens retidos no F5 abordam convicções dos estudantes relativas a diversos aspectos da vida profissional e acadêmica envolvendo motivação, tomada de decisão, liderança, relacionamento professor-aluno e expectativas inerentes ao aprendizado durante o curso. Por essa razão, esse componente da matriz fatorial foi denominado “*Crenças no contexto da formação médica*”. As informações citadas em conjunto com as descrições dos itens encontram-se na tabela 8.

Tabela 8 – Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com *Promax*, correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 5 (F5) “*Crenças no contexto da formação médica*”.

Fator 5 – Crenças no contexto da formação médica		Fidedignidade=0,65 (α de Cronbach)	
Nº	Descrição dos Itens	CF	r_{it}
39	Escolhi seguir a carreira médica porque queria salvar vidas.	0,63	0,31
40	Acredito que conhecimentos e habilidades adquiridos pelos estudantes de medicina sejam comparáveis aos adquiridos por estudantes de outras áreas da saúde.	0,59	0,38
41	Creio que, enquanto estudante, não tenho o direito de falar “de igual para igual” com meu professor.	0,58	0,36
42	Não penso que seja obrigação do professor fazer com que o aluno aprenda.	0,55	0,34
43	Os médicos não necessariamente são líderes naturais de uma equipe multidisciplinar	0,50	0,37
44	Acredito que o poder de decisão quanto à investigação e tratamento do paciente não deve ser exclusivo do médico.	0,47	0,33
45	Não acredito que somente na residência médica é que vou aprender medicina.	0,45	0,32
46	Não creio que a avaliação seja mais um meio de poder para o professor.	0,43	0,36
Média		0,51	0,35

f) Fator 6 – propriedades psicométricas e bases conceituais

O sexto e último componente extraído foi composto por 4 itens. A consistência interna (α de Cronbach) para essa composição foi de 0,67. As CFs dos itens variaram de 0,54-0,80 (\bar{x} =0,66). As correlações item-total (r_{it}) variaram de 0,40-0,59 (\bar{x} =0,46). O conjunto dos itens retidos explicaram 3,46% da variância total da matriz fatorial em análise.

Os itens retidos no F6 abordam alguns determinantes sociais do processo saúde-doença, abrangendo questões relativas ao tipo de ocupação, condições de trabalho, moradia e hábitos de vida do paciente, sendo, portanto, denominado de “*Importância dos determinantes sociais em saúde*”. Informações psicométricas e descrição dos itens compõem a tabela 9.

g) Fator Geral – propriedades psicométricas e estrutura conceitual

O Fator Geral (FG) foi calculado com base na média dos escores dos 6 fatores descritos. As CFs das variáveis que compuseram o FG variaram de 0,46-0,77. Os coeficientes de correlação item-resto variaram de 0,31-0,59. O componente do FG de menor carga e que apresentou menor correlação com os demais itens foi o F5. O percentual de variância total explicada pelo conjunto de fatores que compuseram o FG foi de 44,4%.

Como o FG foi composto por todos os outros fatores da escala, elaborada com o objetivo de avaliar atitudes profissionais dos estudantes de medicina, este fator foi denominado de “*Profissionalismo médico*” (tabela 10).

Tabela 9 – Cargas fatoriais (CFs) depois da rotação com *Promax*, correlações item-resto (r_{it}), e fidedignidade do fator 6 (F6) “*Importância dos determinantes sociais em saúde*”.

Fator 6 – Importância dos determinantes sociais em saúde		Fidedignidade=0,67 (α de Cronbach)	
Nº	Descrição dos Itens	Carga Fatorial	r_{it}
47	O médico deve se interessar pelo tipo de trabalho ou ocupação de seu paciente.	0,80	0,59
48	O médico precisa se interessar pelas condições de moradia do paciente	0,67	0,45
49	O médico precisa se interessar pelas condições em que o trabalho do paciente se desenvolve.	0,63	0,41
50	É importante que o médico conheça os hábitos de vida de seu paciente.	0,54	0,40
Média		0,66	0,46

Tabela 10 – Cargas fatoriais (CFs), fidedignidade e correlações item-resto (r_{it}), do fator geral (FG) de segunda ordem “*Profissionalismo médico*”.

Fator Geral – Profissionalismo médico		Fidedignidade = 0,72 (α de Cronbach)	
Fatores de primeira ordem		CF	r_{it}
Fator 1 – Comunicação e relações humanas em saúde		0,77	0,59
Fator 2 – Ética na prática médica e acadêmica		0,74	0,56
Fator 3 – Aprimoramento profissional		0,67	0,47
Fator 4 – Importância da autoavaliação para a aprendizagem		0,70	0,51
Fator 5 – Crenças no contexto da formação médica		0,47	0,31
Fator 6 – Importância dos determinantes sociais em saúde		0,60	0,39
Média		0,66	0,47

Pergunta de pesquisa 2

“Como as diferenças de gênero, idade, religião, sistema de ingresso no curso, condição socioeconômica e estado civil afetam o desempenho atitudinal dos estudantes, medido de acordo com a escala de atitudes profissionais obtida neste estudo e aplicada uma única vez, nos estudantes do curso de graduação em medicina da ESCS de diferentes fases do currículo?”

Para responder essa pergunta, a avaliação do desempenho dos estudantes na Escala de Atitudes Profissionais do Estudante de Medicina redimensionada para 50 itens (EAPEM-50) foi feita com base na média obtida pelos 310 estudantes participantes do estudo em cada um dos fatores e facetas identificadas. As palavras “fator”, “dimensão” e “subescala” serão utilizadas de forma intercambiável no relato dos resultados obtidos. As médias obtidas em cada um dos fatores, para o conjunto dos estudantes, variaram de 3,05 (F5) a 4,79 (F6) e juntamente com os respectivos desvios e intervalos de confiança estão apresentadas na tabela 11.

Tabela 11 – Escores médios de desempenho (\bar{x}), desvios padrão (DP) e intervalo de confiança 95% (IC) para cada um dos fatores e para o fator geral (FG) da escala de atitudes profissionais dos estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

FATOR/SUBESCALA		Nº de itens	Média	*DP	*IC _{95%}
F1	Comunicação e relações humanas em saúde	18	4,21	0,52	4,15-4,27
F2	Ética na prática médica e acadêmica	11	4,66	0,40	4,68-4,72
F3	Aprimoramento profissional	5	4,36	0,57	4,30-4,42
F4	Importância da autoavaliação para a aprendizagem	4	4,32	0,74	4,23-4,40
F5	Crenças no contexto da formação médica	8	3,05	0,71	2,97-3,13
F6	Importância dos determinantes sociais em saúde	4	4,79	0,40	4,74-4,83
FG	Profissionalismo médico	6	4,23	0,37	4,19-4,27

3.2 - Análise desempenho atitudinal conforme as características socio-demográficas dos estudantes

3.2.1 – Desempenho dos estudantes conforme as fases e ciclos do curso

As médias dos desempenhos dos estudantes em todas as dimensões (fatores) da escala de atitudes obtida e no FG na fase pré-clínica (n=158) variaram de 3,26-4,85, enquanto dos

estudantes da fase clínica (n=152) variaram de 2,82-4,73. Com exceção da dimensão *autoavaliação* (F4) todas as diferenças observadas foram significantes e mostraram um declínio no desempenho médio dos estudantes da fase clínica quando comparados aos estudantes fase pré-clínica (teste *t* – amostras independentes - tabela 12). Apesar da significância em 5 subescalas e no FG, a magnitude da relação entre essas variáveis, medida pelo efeito *d* de Cohen, foi moderada para F1, F5 e FG, pequena para F3 e F6 e próximo a moderada para F2 (tabela 12).

Tabela 12 – Escores médios de desempenho (\bar{x}) dos estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), medido de acordo com Escala de Atitudes Profissionais de 50 itens (EAPEM-50) nas fases pré-clínica e clínica do curso.

FATOR/SUBESCALA		FASES		Teste- <i>t</i> - Student		Efeito <i>d</i> (Cohen)	
		Pré-clínica (n=158)	Clínica (n=152)	valor de <i>t</i>	valor de <i>p</i>		
F1	Comunicação e relações humanas em saúde	\bar{x}	4,36	4,05	5,48	$p \leq 0,001^*$	0,63
		DP	0,45	0,53			
F2	Ética na prática médica e acadêmica	\bar{x}	4,75	4,60	3,40	$p \leq 0,001^*$	0,39
		DP	0,35	0,43			
F3	Aprimoramento profissional	\bar{x}	4,43	4,29	2,27	$p < 0,05^*$	0,25
		DP	0,50	0,63			
F4	Importância da autoavaliação para a aprendizagem	\bar{x}	4,29	4,35	-0,66	$p = 0,51$	0,08
		DP	0,75	0,73			
F5	Crenças no contexto da formação médica	\bar{x}	3,26	2,82	5,70	$p \leq 0,001^*$	0,66
		DP	0,76	0,57			
F6	Importância dos determinantes sociais em saúde	\bar{x}	4,85	4,73	2,64	$p < 0,01^*$	0,30
		DP	0,37	0,43			
FG	Profissionalismo médico	\bar{x}	4,32	4,14	4,56	$p \leq 0,001^*$	0,51
		DP	0,34	0,37			

*Significância estatística com $p \leq 0,05$; DP = Desvio padrão.

As médias dos desempenhos dos estudantes na fase pré-clínica também foi maior do que as dos estudantes da fase clínica em todas as 4 facetas do F1 ($p < 0,01$), variando de 4,18-4,56 (fase pré-clínica) e 3,77-4,38 (fase clínica). O mesmo foi observado para as facetas 2 e 3 do F2 onde as médias variaram de 4,71-4,72 (fase pré-clínica) e 4,49-4,54 (fase clínica) ($p < 0,01$). As médias dos estudantes na fase pré-clínica (4,78) para a faceta 1 (F2) foi superior que os da fase clínica (4,68), mas o nível descritivo para significância ficou um pouco acima do valor de referência adotado na pesquisa ($p = 0,06$).

A análise feita para o curso dividido em ciclos de 2 anos (inicial, n=116; intermediário, n=91 e internato, n=103) foi feita com o objetivo de se tentar identificar melhor em que momento do curso as diferenças entre os grupos ficaram mais evidentes. No gráfico 1 é possível se observar que ocorre uma inflexão negativa da curva de desempenho no ciclo intermediário

para maioria dos fatores. Quando comparamos as diferenças entre as séries que compõem cada ciclo (teste *t*, amostras independentes) vimos que, entre a 1ª e 2ª série, os escores médios dos estudantes só diferiram para F1, que foi maior na 2ª série do que na 1ª (1ª série, $\bar{x}=4,24$; 2ª série, $\bar{x}=4,49$; $t=-2,9$ e $p<0,01$). No internato, não foram observadas diferenças entre a 5ª e 6ª série em nenhum dos fatores ($p>0,05$ para F5 e $p>0,1$ para todos os demais). Entretanto, as médias de desempenho dos estudantes da 3ª série foram maiores que as dos estudantes da 4ª em todos os fatores, sendo significantes nas subescalas de *comunicação* (F1, $t=3,56$; $p\leq 0,001$), *ética* (F2, $t=2,78$; $p<0,01$) e *profissionalismo médico* ($t=2,44$; $p<0,05$). No ciclo intermediário, portanto, foi onde se observou o maior declínio no desempenho.

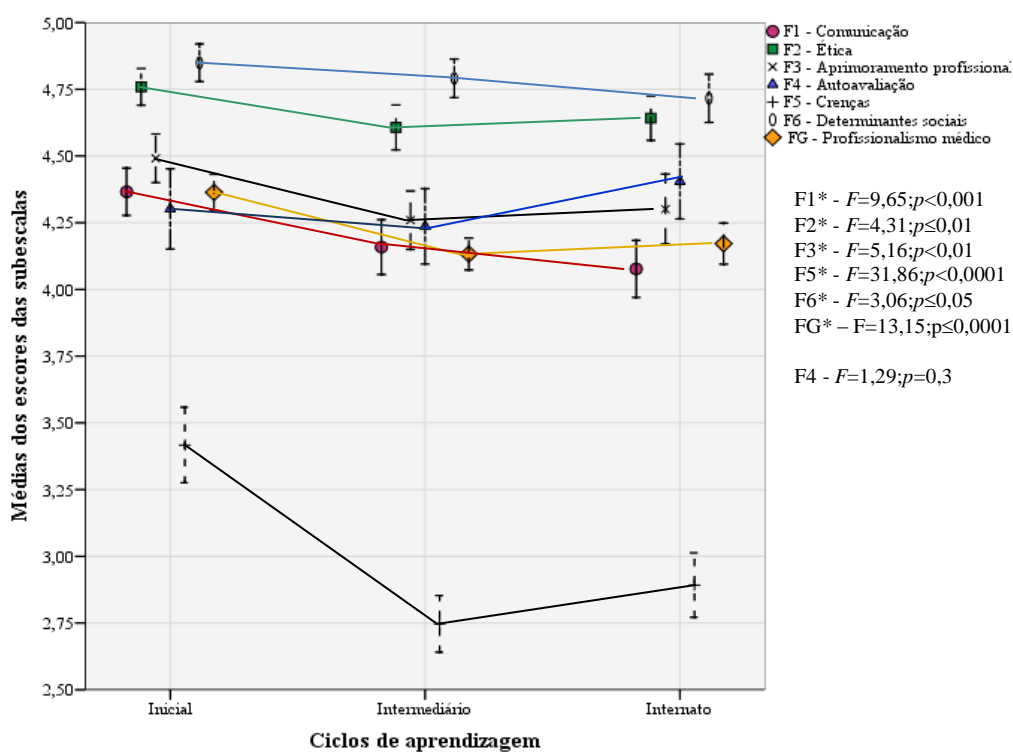


Gráfico 1 – Escores médios de desempenho na Escala de Atitudes Profissionais do Estudante de Medicina de 50 itens (EAPEM-50) nos 3 ciclos de aprendizagem do curso de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) .

3.2.2 – Desempenho dos estudantes segundo o gênero

Da amostra de 310 estudantes avaliados, 168 (54,19%) eram do gênero feminino. A média dos desempenhos das mulheres nos fatores obtidos variou de 3,14-4,82 e a dos homens de 2,93-4,75. Exceto pelos fatores 4 e 6 (*autoavaliação* e *determinantes sociais*) o desempenho médio das mulheres foi superior aos dos homens em todas as dimensões da escala de atitudes em estudo e no FG (*profissionalismo médico*) (teste *t* – amostras independentes). Além disso,

o desempenho das mulheres foi maior em todas as facetas dos fatores 1 e 2, exceto na faceta 2 do F2 (*Integridade na vida acadêmica*), onde, embora a média tenha sido maior, não atingiu significância estatística ($p=0,06$). A estimativa do tamanho do efeito (d de Cohen) mostrou um grau moderado de relação entre gênero e os resultados obtidos para F1 e para o FG. A importância prática da relação analisada para as demais subescalas foi mais discreta com d de Cohen em torno de 0,30 (tabela 13).

Tabela 13 – Escores médios de desempenho (\bar{x}) dos estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), medido de acordo com escala de atitudes profissionais de 50 itens (EAPEM-50), segundo os gêneros.

FATOR/SUBESCALA		GÊNERO		Teste- <i>t</i> - Student		Efeito <i>d</i> (Cohen)	
		Fem. (n=168)	Masc. (n=142)	valor de <i>t</i>	valor de <i>p</i>		
F1	Comunicação e relações humanas em saúde	\bar{x}	4,32	4,08	-4,08	$p<0,001^*$	0,47
		DP	0,46	0,56			
F2	Ética na prática médica e acadêmica	\bar{x}	4,73	4,61	-2,68	$p<0,01^*$	0,30
		DP	0,37	0,43			
F3	Aprimoramento profissional	\bar{x}	4,44	4,26	-2,66	$P<0,01^*$	0,31
		DP	0,47	0,66			
F4	Importância da autoavaliação para a aprendizagem	\bar{x}	4,34	4,29	-0,66	$p=0,51$	0,07
		DP	0,70	0,79			
F5	Crenças no contexto da formação médica	\bar{x}	3,14	2,93	-2,66	$p<0,01^*$	0,30
		DP	0,65	0,76			
F6	Importância dos determinantes sociais em saúde	\bar{x}	4,82	4,75	-1,46	$p=0,14$	0,17
		DP	0,42	0,38			
FG	Profissionalismo médico	\bar{x}	4,30	4,15	-3,47	$p\leq 0,001^*$	0,40
		DP	0,32	0,41			

*Significância estatística com $p\leq 0,05$; DP = Desvio padrão.

Quando a análise relativa ao gênero dos participantes foi feita considerando as fases do curso observamos que as mulheres na fase pré-clínica ($n=158$; $69\text{♂}, 89\text{♀}$) obtiveram médias de desempenho superiores às dos homens em todos as dimensões da escala (exceto *autoavaliação* – F4), com significância observada em F1, F2, F3 e FG (teste *t*, amostras independentes, $p\leq 0,05$). Da mesma forma, na fase clínica ($n=152$; $73\text{♂}, 79\text{♀}$), as médias das mulheres em todos os fatores foi superior às dos homens, sendo significativa em F1, F5 e no FG (teste *t*, $p<0,01$).

3.2.3 – Desempenho dos estudantes segundo a idade

A idade dos participantes variou de 18-47 anos, com média de 23,21 (DP=3,59) e mediana de 23 anos. Para a análise da relação dessa variável com as dimensões da escala de atitudes obtida, as idades foram agrupadas em faixas: < 20 ($n=40$); 20-22 ($n=63$); 22-24 ($n=80$); 24-26

(n=68) e ≥ 26 anos (n=59). De uma maneira geral, diferenças significantes só foram observadas entre os extremos de idade (< 20 e ≥ 26 anos) para F2 ($\bar{x}=4,78$; $\bar{x}=4,51 - F=3,58$), F5 ($\bar{x}=3,41$; $\bar{x}=2,99 - F=4,24$), F6 ($\bar{x}=4,90$; $\bar{x}=4,64 - F=3,52$) e para o FG ($\bar{x}=4,36$; $\bar{x}=4,09 - F=4,16$). Para F5, também foi observada diferença entre os estudantes mais jovens (< 20 anos) e a faixa de 24-26 anos ($\bar{x}=3,41$; $\bar{x}=2,84$) (análise de variância, com correção de Games-Howell, todos os valores de $p<0,01$). A magnitude do efeito das diferenças de desempenho entre os grupos foi de pequena a moderada, com valores de η^2 variando entre 0,21-0,23. Para o F2, a faceta 3 foi onde ocorreu a diferença (*respeito ao paciente*). Vale ressaltar que os estudantes com idade inferior a 20 anos (n=40) eram todos da fase pré-clínica do curso. E 72,9% dos com idade ≥ 26 anos (n=59) estavam na fase clínica. De forma que, parte expressiva dessas diferenças pode ser atribuída às diferenças obtidas na análise relativa às fases. Com efeito, a análise dessa variável considerando a fase pré-clínica não identificou diferenças significantes entre os grupos.

3.2.4 – Desempenho dos estudantes segundo a religião

Dos 310 estudantes incluídos no estudo, 242 (78,06%) responderam o item relativo à religião. Desses, 119 (49,17%) se identificaram como católicos, 49 (20,25%) como evangélicos, 40 (16,53%) como espírita e 33 (13,64%) como “sem religião, ou ateu ou agnóstico”. Apenas 1 (0,4%) estudante foi identificado na categoria de “outras religiões”, sendo excluído da análise.

De uma maneira geral, as médias obtidas pelos que se declararam como “sem religião, ateu ou agnóstico” foram inferiores às médias observadas nos demais grupos em praticamente todos os fatores. Diferenças significantes foram observadas entre os que se declararam católicos e espíritas quando comparados aos que se declararam “sem religião, ateu ou agnóstico” para F1 e para FG. Atitudes mais positivas foram observadas também no F3 (*aprimoramento profissional*), para os estudantes que se identificaram como espíritas quando comparados aos evangélicos e ao grupo “sem religião, ateu ou agnóstico”. O grupo dos que não responderam ao item foram incluídos na análise e também mostraram desempenho atitudinal superior ao que se assumiu como “sem religião, ateu, ou agnóstico”, mas somente na subescala do F1” (análise de variância, com correção de Bonferroni) (tabela 14).

Tabela 14 – Escores médios de desempenho (\bar{x}) dos estudantes de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), medido de acordo com escala de atitudes profissionais de 50 itens (EAPEM-50), segundo a religião.

FATOR/SUBESCALA			RELIGIÃO				
			Católica (n=119)	Evangélica (n=49)	Espírita (n=40)	Sem religião, ateu, agnóstico (n=33)	Não respondeu (n=68)
F1	Comunicação e relações humanas em saúde	\bar{x}	4,26*	4,15	4,31*	3,89	4,26*
		DP	0,47	0,46	0,50	0,66	0,52
F2	Ética na prática médica e acadêmica	\bar{x}	4,67	4,66	4,74	4,60	4,70
		DP	0,41	0,41	0,30	0,42	0,43
F3	Aprimoramento profissional	\bar{x}	4,39	4,19	4,55[†]	4,14	4,42
		DP	0,55	0,62	0,39	0,65	0,58
F4	Importância da autoavaliação para a aprendizagem	\bar{x}	4,37	4,40	4,36	4,10	4,26
		DP	0,63	0,78	0,73	0,85	0,81
F5	Crenças no contexto da formação médica	\bar{x}	3,11	2,81	3,17	2,95	3,09
		DP	0,72	0,67	0,79	0,59	0,67
F6	Importância dos determinantes sociais em saúde	\bar{x}	4,84	4,76	4,73	4,73	4,78
		DP	0,33	0,36	0,57	0,32	0,46
FG	Profissionalismo médico	\bar{x}	4,27[‡]	4,16	4,31[‡]	4,07	4,25
		DP	0,33	0,34	0,34	0,39	0,42

*Significância estatística na comparação com o grupo “sem religião, ateu ou agnóstico” $p \leq 0,01$.

[†]Significância estatística na comparação com os grupos “evangélica” e “sem religião, ateu ou agnóstico” $p \leq 0,05$

[‡]Significância estatística na comparação com o grupo “sem religião, ateu ou agnóstico” $p \leq 0,05$.

DP = Desvio padrão.

Quando essa análise foi realizada dividindo a amostra em apenas 2 grupos, os que declararam ter uma religião, independente de qual (n=209), e os que se declararam como “sem religião, ateu ou agnóstico (n=33), as médias do primeiro grupo (\bar{x} variando de 3,04-4,80) foram maiores que as do segundo (\bar{x} variando de 2,95-4,73) em todas as subescalas, sendo significantes para F1, F3, F4 e para o FG (teste *t*, amostras independentes – todos os valores de $p < 0,05$). A magnitude da relação entre essas variáveis estimada pelo “*d*” de Cohen variou de 0,35 (F4) a 0,60 (F3), revelando um significado prático oscilando entre leve e moderado. A mesma comparação, confrontando o grupo com religião declarada com os que deixaram o item em branco, não mostrou diferença significativa em nenhum dos fatores. A análise levando em consideração as fases do curso, também mostraram significância para F1 na fase pré-clínica e para F1 e o FG na fase clínica.

3.2.5 – Desempenho dos estudantes segundo o sistema de ingresso no curso e futuro profissional

A amostra estudada (n=310) foi composta por 98 (31,61%) estudantes que ingressaram no curso por meio do sistema de cotas sociais e 212 (68,39%) que ingressaram pela ampla concorrência. As médias dos cotistas nas diversas dimensões da EAPEM-50 variaram de 3,06-4,78, sendo muito semelhante às dos não-cotistas, que variaram de 3,04-4,79. Não houve, portanto, diferença de desempenho dos estudantes relacionado à forma de ingresso no curso (teste *t*, amostras independentes, com $p > 0,05$ para todos os fatores). A análise para essa variável nas diferentes fases do curso mostrou resultado semelhante, revelando diferença entre cotistas ($\bar{x} = 4,46 \pm 0,62$) e não-cotistas ($\bar{x} = 3,97 \pm 0,92$) somente para o F4 (“autoavaliação”) e somente na fase clínica ($p < 0,01$). A magnitude dessa relação foi considerada moderada pelo índice de *d* de Cohen de 0,62.

O item sobre futuro profissional tratava das aspirações dos estudantes relativas à inserção futura no mercado de trabalho, comparando a iniciativa pública (SUS) com a privada. O percentual de estudantes do sistema de cotas com interesse principal em trabalhar no sistema público de saúde ou programa saúde da família foi de 19,75% (16/80), enquanto do sistema da ampla concorrência foi de 8,42% (16/186). Essa diferença foi significativa (*Qui*-quadrado, χ^2 calculado=6,87, com $p < 0,01$).

3.2.6 – Desempenho dos estudantes segundo a renda familiar

Informações relativas à renda familiar foram obtidas de 236 estudantes (76,13%). Desses, 62 (26,27%) eram cotistas e 174 (73,73%) não-cotistas. Para efeito da pesquisa, a renda familiar, em número de salários mínimos, foi agrupada em 5 faixas: 1-2; 2-5; 5-10; 10-15 e ≥ 15 salários mínimos (salário mínimo=R\$ 622,00). No grupo dos cotistas, 75,81% declararam uma renda familiar menor que 10 salários mínimos, enquanto no grupo dos não-cotistas 79,31% informaram uma renda familiar acima de 10 salários mínimos. Dessa forma, tal como esperado, houve uma correlação positiva entre menores faixas de renda e o sistema de ingresso mediante cotas (coeficiente de correlação de Pearson, $r = 0,57$). Não houve correlação entre escores de atitudes e renda familiar (Coeficiente de Pearson variando entre 0,07-0,11) para nenhuma das subescalas obtidas na EAPEM-50.

3.2.7 – Desempenho dos estudantes segundo o estado civil

A grande maioria dos participantes no estudo eram solteiros (93,5%, n=290). O percentual remanescente foi formado por 17 (5,5%) estudantes casados ou em união estável e 3 divorciados. Em que pese a desigualdade numérica da amostra, a comparação entre os dois primeiros grupos (teste *t* – amostras independentes) mostrou um desempenho atitudinal superior dos estudantes solteiros apenas no F5 (solteiros: $\bar{x}=3,08\pm0,70$; casados: $\bar{x}=2,52\pm0,68$), com magnitude do efeito elevada, estimada pelo *d* de Cohen ($d=0,82$).

4 – DISCUSSÃO, CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1 - Discussão

A avaliação do desenvolvimento profissional do estudante ao longo da graduação tem recebido atenção crescente da literatura em função da reconhecida associação da qualidade das atitudes profissionais com a excelência do cuidado.

O ensino-aprendizagem de atitudes associadas ao bom exercício profissional da medicina tem sido reconhecido como um aspecto essencial da educação médica e dessa forma é crescente o consenso de que experiências educacionais voltadas para a formação profissional do estudante devem figurar explicitamente no currículo (Cruess & Cruess, 2009; Jha, Bekker, Duffy & Roberts, 2007). Planejar o desenvolvimento desse aprendizado ao longo do curso, bem como a avaliar o progresso do estudante de acordo com os ciclos de aprendizagem é tarefa desafiadora porque implica na observação e captura das subjetividades inerentes à formação moral, ética e humanista do aprendiz.

Profissionalismo médico é um termo que vem sendo empregado como referência ao conjunto de atitudes e comportamentos necessários ao bom exercício profissional. Por esse motivo vem recebendo um lugar privilegiado no debate acadêmico sobre formação profissional e qualificação do cuidado. Em que pese as reconhecidas dificuldades no ensino-aprendizagem e avaliação de habilidades não cognitivas no ambiente educacional, atitudes e comportamentos ditos profissionais ainda estão no centro de muitas propostas de reestruturação curricular, sendo visto como caminho de resgate do compromisso da profissão com a sociedade (Cruess & Cruess, 2009; Arnold & Stern, 2006).

Nas 3 últimas décadas, a publicação de escalas de atitudes, elaboradas com objetivo de avaliar os aspectos morais, éticos e socioculturais da formação profissional em medicina, isolados ou em conjunto, teve um aumento exponencial, refletindo o interesse crescente pelo assunto. Em revisão sistemática sobre o tema, Jha, Bekker, Duffye & Roberts (2007) e Lynch, Surdik & Eiser (2004) chamam a atenção para a falta de clareza metodológica e falta de definição das propriedades psicométricas de grande parte dos instrumentos descritos até então. Ademais, em face da reconhecida pluralidade de instrumentos já publicados, defendem que as futuras pesquisas sobre o assunto deveriam enfatizar mais o aperfeiçoamento da qualidade psicométrica das medidas já existentes, do que a criação de novos instrumentos. Argumentam que a partir dos instrumentos de avaliação de atitudes já descritos é possível se obter medidas de maior validade, fidedignidade e praticidade.

Nesse estudo, foi utilizado um instrumento de 102 itens, elaborado por Miranda, Pires, Nassar e Silva (2009), para avaliar atitudes dos estudantes de medicina em diferentes fases do curso, com o objetivo de sumarizar os padrões de correlações entre esses itens (variáveis observadas) em um número minimamente representativo de fatores (variáveis-fonte), prover uma definição operacional para a estrutura empiricamente constituída e, finalmente, propor uma nova composição fatorial com melhor qualidade psicométrica e de maior praticidade, mediante o emprego de um conjunto de técnicas estatísticas denominada análise fatorial (AF) (Pasquali, 2009). Além desse objetivo, ligado à redefinição estrutural e conceitual de um instrumento de avaliação de atitudes, outro objetivo foi estabelecer a significância das diferenças no desempenho atitudinal de grupos de estudantes, em função de suas características sociais e demográficas.

A verificação exploratória da estrutura fatorial interna do instrumento foi feita utilizando a Análise dos Componentes Principais (ACP). A opção por esse método de AF foi em decorrência dos objetivos principais do estudo de obter uma combinação reduzida de componentes (ou fatores) de máxima variabilidade e alta fidedignidade em conjunto com uma solução fatorial de fácil interpretação e maior aplicabilidade prática (Laros, 2012).

Em função do grande número de variáveis da escala original, na definição inicial do número de fatores a serem extraídos, utilizamos a análise paralela de Horn. Nessa circunstância, esse procedimento é considerado um dos critérios de excelência, podendo indicar o número correto de fatores em mais de 90% dos casos (Zwick & Velicer, 1986).

A opção pelo método de rotação oblíqua deveu-se ao pressuposto, da existência de correlação entre as dimensões a serem obtidas na escala, o que foi posteriormente confirmado na matriz de correlação resultante, que mostrou correlação significativa entre todos os 6 fatores identificados (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010).

Os procedimentos de rotação e interpretação das matrizes de intercorrelação obtidas, resultou em uma solução fatorial de 50 itens denominada escala de atitudes profissionais do estudante de medicina (EAPEM-50). As propriedades psicométricas do instrumento obtido foi considerada boa e sua estrutura fatorial de 6 componentes será discutida a seguir.

O F1, cujo núcleo semântico foi – *comunicação e relações humanas em saúde* – reteve o maior número de itens e apresentou uma fidedignidade de 0,87, sendo considerado um fator forte e consistente ($\alpha=0,87$). Fatores estáveis podem ser caracterizados pela presença de pelo menos 5 itens com carga fatorial (CF) maiores ou iguais a 0,50 (explicam 25% da variância do fator) (Tabachnick & Fidel, 2007b). Sete dos itens do F1 tiveram CF acima desse valor. Além disso, grande parte dos itens de F1 apresentou uma correlação forte com o fator ($r_{it} \geq 0,50$) dando suporte adicional à consistência interna do mesmo. A análise fatorial de segunda ordem de F1 identificou 4 subdimensões (facetas) subjacentes à estrutura fatorial obtida, cujos núcleos semânticos ressaltaram a importância da comunicação e das diversas interações existentes no contexto profissional em saúde (paciente, comunidade, pares e equipe de trabalho). Comunicação (faceta 1) e aprendizagem colaborativa (faceta 2) foram os construtos mais fortemente correlacionados ao fator, tendo também apresentado as melhores propriedades psicométricas ($\alpha=0,75$ e $\alpha=0,76$ respectivamente). As facetas 3 e 4, embora tenham apresentado coeficientes de fidedignidade mais baixos (0,64 e 0,54), com número e correlações entre os itens também mais baixas, apresentou um conteúdo semântico importante, envolvendo os aspectos psicossociais da interação médico-paciente. A valorização da pessoa do paciente nessa interação e a preocupação com suas crenças e valores são considerados aspectos centrais do movimento de humanização da atenção à saúde e integralização do cuidado, sendo abordados de forma explícita nessas 2 facetas.

A importância do F1, portanto, vai além dos aspectos técnicos dos resultados psicométricos obtidos, envolvendo questões cotidianas da formação e exercício profissional em medicina, relativas à comunicação, às relações humanas em saúde e à humanização do cuidado, hoje consideradas essenciais à boa prática médica e um dos principais elementos do profissionalismo médico (Arnold & Stern, 2006). A maioria dos itens retidos em F1 pertencia

à dimensão “*social*” da escala original (Miranda, Pires, Nassar & Silva, 2009) e, portanto, tinha significado semelhante. A dimensão “*social*” da escala original reteve 24 itens e o valor do α de Cronbach relatado (0,69) foi inferior ao observado nesse estudo.

O F2 teve como base conceitual *ética na prática profissional e acadêmica*, tendo obtido uma consistência interna de 0,76. Foram identificadas 3 facetas envolvendo construtos como *compromisso com o conhecimento, integridade e respeito ao paciente*. Todos os 3 núcleos semânticos são também de muita relevância na prática médica e nos remetem aos aspectos morais e éticos do exercício e desenvolvimento profissional. Tal como F1, os aspectos abordados em F2 também são considerados elementos centrais do profissionalismo médico (Swick, 2000; Arnold & Stern, 2006) e respondem por 3 dos 4 valores que compõem a visão sistêmica do profissionalismo defendida por Lesser *et al.* (2010).

A subescala do F2 foi composta por 11 itens, a maioria com CFs acima de 0,50, indicativas de um fator robusto, constituído por variáveis representativas e com especificidade para o fator. As facetas obtidas com a fatorização de F2 apresentaram CFs elevadas, com valores de consistência interna (α) apenas aceitáveis (0,56-0,63), mas como apresentavam uma lógica conceitual subjacente de fácil interpretação optamos por manter as 3 facetas obtidas. Apenas 5 dos itens retidos no F2 deste estudo pertenciam à dimensão “*ética*” da escala original. O valor de α (0,49) no estudo original foi inferior ao valor obtido na solução ora apresentada. Além disso, no relato original essa foi a dimensão de menor consistência interna da escala inteira (Miranda, Pires, Nassar & Silva, 2009).

O F3 teve como núcleo semântico *aprimoramento profissional*. Excelência profissional é um dos princípios do profissionalismo defendido por Arnold e Stern (2006). Além disso, figura na relação dos “compromissos” no estatuto do profissionalismo (ABIM, 2002). E também é um dos valores que integram o conceito de profissionalismo proposto por Lesser *et al.* (2010). O fator apresentou uma consistência interna de 0,68 e foi composto de 5 itens. A maioria desses itens apresentou um CF acima de 0,60, respondendo pela maior parte da estabilidade do componente. No estudo original, todos os itens retidos nesse fator, pertenciam à dimensão “*conhecimento*”. Essa era a dimensão com maior número de itens no instrumento anterior, sendo formada por 30 itens, com coeficiente α de 0,66 (Miranda, Pires, Nassar & Silva, 2009).

O F4 tratou da *autoavaliação e aprendizagem*, sendo um fator consistente com valor de α de 0,77 e média de correlações item-resto de 0,57. Entretanto, a autoavaliação, em geral, não é

identificada como atributo separado ou uma dimensão do profissionalismo médico. Está relacionada com o compromisso com a excelência profissional, sendo considerada um meio de identificação de lacunas de conhecimento e de reconhecimento de limites. Dessa forma, está fortemente ligada à aprendizagem continuada, à prática reflexiva e ao aprimoramento profissional (Arnold & Stern, 2006; Swick, 2000; ABIM, 2002). A composição fatorial obtida ficou apenas com 4 itens e embora tenha se correlacionado mais fortemente com F1 e F2, apresentou boa correlação com o F3 ($r_{4,3}=0,36$) cuja natureza semântica era justamente a excelência profissional.

O agrupamento dos itens do F5 teve como núcleo semântico “crenças”, refletindo as convicções do estudante relativas a diversos aspectos da formação profissional. Esse elemento não costuma ser incluído como um atributo isolado do profissionalismo médico (Swick, 2000; Arnold & Stern, 2006; ABIM, 2002). Apesar disso, tal como apresentado no início desse estudo (Figura 1, pág. 4), os modelos teóricos que explicam as relações entre atitude e comportamento indicam que as crenças repercutem na “intenção de agir”, influenciando direta ou indiretamente o comportamento (Archer, Elder, Hustedde, Milam & Joyce, 2008). É necessário ressaltar, entretanto, que dos 8 itens retidos no fator, sete tinham conotação negativa e pode ser que a combinação dos itens tenha ocorrido mais em função da negatividade apresentada por eles do que propriamente pelos conteúdos semânticos expressos pelos mesmos (Fukuda & Pasquali, 2002). O fator foi menos consistente que os demais, ostentando o menor α (0,65) da escala, com médias de CFs e correlações item-total de 0,51 e 0,35 respectivamente. Os coeficientes de correlação de F5 com os demais fatores da escala foram os menores, considerando toda matriz de intercorrelações obtida, variando entre 0,15-0,27. A escala original também tinha uma dimensão denominada “crença”, com 16 itens, cuja consistência interna, medida pelo valor de α , foi menor do que a obtida nesse estudo, sendo igual a 0,53 (Miranda, Pires, Nassar & Silva, 2009).

O F6 abordou os *determinantes sociais em saúde*. A preocupação com os aspectos sociais do processo saúde-adoecimento, direta ou indiretamente, tem permeado os elementos que compõem o profissionalismo médico, sendo uma dimensão que integra escalas de atitudes uni ou multidimensionais (Colares *et al.*, 2002; Streit, 1980). Aspectos sociais, distintos dos abordados no F6, foram abordados também no F1 (faceta 4). As correlações do F6 com F1 e do F6 com Faceta 4 do F1 foram significantes com valores de 0,36 e 0,32 respectivamente.

O FG por ser um produto de todas as subescalas da solução fatorial estudada foi denominado “*profissionalismo médico*”. Dessa forma, representa uma síntese de todas as dimensões da formação profissional abordadas no estudo. Os fatores que compuseram o FG apresentaram, em sua maioria, CFs acima de 0,60, com a média de correlação item-total de 0,47 e α de Cronbach de 0,77. Dessa forma, mostrou-se ser um fator consistente, estável, cujos principais núcleos semânticos (maiores CFs) envolveram: comunicação e relações humanas em saúde; ética; autoavaliação e aprimoramento profissional.

Estudantes na fase pré-clínica do curso apresentaram escores de atitudes mais positivos que os dos estudantes da fase clínica em todas as dimensões da escala (exceto *autoavaliação*). As estimativas da magnitude do efeito foram relevantes para as subescalas de *comunicação*, *crenças* e para o FG (*profissionalismo médico*), sinalizando que, além da significância estatística, esses resultados têm um significado prático importante.

O declínio no desempenho atitudinal dos estudantes ao longo da graduação é observado há décadas e largamente descrito tanto em estudos de delineamento transversal, quanto longitudinal (Woloschuk, Harasyn & Temple, 2004; Masson & Lester, 2003; Price, Price, Willian & Hoffenberg, 1998; Wolf, Balson, Faucett & Randal, 1989; Rezler, 1974).

Aumento do cinismo, diminuição dos valores humanísticos, aumento dos interesses econômicos, diminuição dos valores sociais e do julgamento ético são mudanças reconhecidamente observadas ao longo do processo de formação em medicina (Woloschuk, Harasyn & Temple, 2004; Wolf, Balson, Faucett & Randall, 1988; Rezler 1974).

Da mesma forma, estudos mostrando um desempenho superior dos estudantes em fases finais do curso em muitos dos domínios abordados neste estudo ou a estabilidade desses construtos também são relatados e fornecem um contraponto para as observações citadas anteriormente (Miranda, Pires, Nassar & Silva, 2009; Price, Price, Willian & Hoffenberg, 1998; Monchy, Richardson, Brown & Harden, 1988; Wolf, Balson, Faucett & Randall, 1988).

Grande parte dos artigos que aborda o tema externa uma preocupação com o declínio dos valores e atitudes considerados essenciais ao exercício da medicina ao longo da graduação (Lesser *et al.*, 2010; Passi, Doug, Peile, Thistlethwaite, & Johnson, 2010); Cruess & Cruess, 2009; Woloschuk, Harasyn & Temple, 2004). O impacto negativo do curso na formação atitudinal dos estudantes pode ser analisado sob a perspectiva das características dos pessoais dos estudantes e do currículo.

Do ponto de vista das características pessoais, alguns autores associam o declínio nas atitudes dos estudantes a uma perda do idealismo que demonstram no início do curso, que seria perdido ao longo dos anos, à medida que iriam adotando uma visão mais realista da profissão e mais crítica em relação ao curso e à educação médica. Além disso, é válido ressaltar o fato de que com o passar do tempo, os estudantes podem desenvolver menor interesse para as questões relativas à formação profissional e esse desinteresse pode repercutir no desempenho final em questionários e escalas como a utilizada neste estudo, de forma a comprometer a interpretação dos resultados no instrumento como um todo ou em seus domínios (Woloschuk, Harasyn & Temple, 2004; Rezler, 1974).

Do ponto de vista do currículo, a perda no interesse pelos aspectos psicossociais na interação médico-paciente e o baixo desempenho em escalas que abordam aspectos sociais da medicina, para muitos, estão ligados ao modelo essencialmente biomédico adotado na grande maioria dos currículos de medicina. Os conteúdos relacionados ao aprendizado das atitudes profissionais são escassos e restritos às fases iniciais do currículo. A formação é mais centrada no hospital e não na comunidade e a ênfase é na doença e não na pessoa doente. Com isso, o currículo acaba por influir negativamente na manutenção ou aquisição de atitudes positivas nos domínios abordados no instrumento em análise (Woloschuk, Harasyn & Temple, 2004; Haidet, *et al.*, 2002; Stepherson, Higgs & Sugarman, 2001).

Curiosamente, no curso de medicina da ESCS, os conteúdos relativos ao aprendizado formal da “comunicação e atitudes profissionais” terminam na 3ª série (fase pré-clínica). Nos últimos 3 anos do curso, não existem atividades no currículo, formalmente estruturadas, visando o aprendizado das diversas dimensões do profissionalismo médico. Nossos resultados mostram um declínio nos escores justamente nessa fase. E quando avaliamos os dados no sentido de detalhar melhor a dinâmica desse declínio, verificamos que no ciclo intermediário, entre a 3ª e a 4ª série, é que se observam as maiores diferenças (Gráfico 1, pág. 33). Os dados apontam para necessidade de se rever o currículo e estender o programa de ensino das atitudes profissionais até a fase clínica do curso, tal como sugerido por vários autores (Passi, Doug, Peile, Thistlethwaite & Johnson, 2010; Arnold & Stern, 2006; Stepherson, Higgs & Sugarman, 2001; Cruess & Cruess, 1997).

Os menores escores nos determinantes sociais em saúde como decorrer do tempo podem estar relacionados também a aspectos relativos ao currículo. Podemos tomar como exemplo o próprio currículo de medicina da ESCS que, a despeito das metodologias inovadoras

adotadas, ainda privilegia o modelo biomédico de adoecimento, sobrevalorizando os fatores biológicos em detrimento dos psicossociais. Esse desequilíbrio de enfoque pode repercutir negativamente na valorização e incorporação, por parte do aprendiz, dos aspectos sociais do adoecimento à medida que progride no curso.

Outra consideração a ser feita é que estudantes na fase clínica do curso são mais expostos às influências dos ambientes das práticas e mais passíveis de sofrerem os efeitos do currículo oculto. Tal como mencionado, aspectos estruturais, operacionais e socioculturais vigentes no ambiente educacional e das práticas repercutem significativamente no aprendizado dos estudantes. Dessa forma, as mudanças observadas nas atitudes dos estudantes podem estar associadas a experiências educacionais não contingenciadas pelo currículo formal. Com efeito, o exemplo dado pelos profissionais de saúde, as limitações, pressões e valores defendidos pela instituição podem ter efeitos deletérios na formação dos estudantes e comprometer seu desenvolvimento profissional (Lempp & Seale, 2004; Stepherson, Woloschuk, Harasyn & Temple, 2004; Higgs & Sugarman, 2001). Neste momento, podemos novamente lançar mão dos modelos teórico-conceituais da psicologia social citados anteriormente (Figura 1, pág. 4), que explicitam a influência dos aspectos cognitivos, sociais, normativos e motivacionais na relação atitude-comportamento que podem ser transportados para o contexto das práticas educacionais e profissionais (Archer, Elder, Hustedde, Milam & Joyce, 2008; Ros, 2006).

Lempp e Seale (2004) em pesquisa sobre qualidade do ensino de graduação em medicina identificaram 6 processos de aprendizado relacionados ao currículo oculto: perda do idealismo; adoção de uma identidade ritualizada; neutralização emocional; mudança na integridade ética; aceitação de hierarquia e aprendizado de procedimentos menos formais da “boa prática médica”. Esses processos incorporam muito dos pontos de vista discutidos até o momento, ilustrando bem a inter-relação das duas perspectivas aqui abordadas, a das características pessoais do estudante e a do currículo.

O desempenho atitudinal dos participantes do gênero feminino foi consistentemente superior a dos masculinos, independentemente da fase do curso. Diversos relatos na literatura demonstram que as mulheres mantêm atitudes mais positivas que os homens em diversas dimensões do profissionalismo médico. Comunicação, relação médico-paciente, ética e fatores sociais são dimensões das atitudes profissionais onde o desempenho superior das

mulheres em relação aos homens encontra-se bem documentada (Woloschuk, Harasyn & Temple, 2004; Haidet, *et al.*, 2002; Price, Price, Willian & Hoffenberg, 1998; Monchy, Richardson, Brown & Harden, 1988; Miranda, Pires, Nassar & Silva, 2012). As explicações para essas diferenças ainda não são muito claras, uma vez que ambos os gêneros são submetidos a experiências educacionais semelhantes ao longo de todo o currículo. Alguns autores sugerem que as mulheres atribuem maior importância que os homens aos aspectos relacionais e psicossociais do cuidado com o paciente, além disso, com base na opinião dos pacientes, demonstram ser mais atenciosas e mais “humanas” quando comparadas aos seus colegas de trabalho do gênero oposto (Maheux, Dufort, Lambert & Berthiaume, 1988; Price, Price, Willian & Hoffenberg, 1998). O presente estudo é mais uma evidência da diferença entre os gêneros em favor das mulheres, que demonstraram atitudes mais positivas que os homens em 4 das subescalas avaliadas (*comunicação, ética, aprimoramento profissional e crença*) e no FG (*profissionalismo médico*), com significado prático avaliado pela magnitude de efeito que foi moderada para o primeiro e último construto relatado.

Estudantes com idade inferior a 20 anos obtiveram escores maiores do que estudantes com idade acima de 26 anos nas subescalas de *ética, crenças, determinantes sociais* e no *profissionalismo médico*. Como todos os estudantes com idade inferior a 20 anos pertenciam à fase pré-clínica e a maior parte dos estudantes maiores que 26 anos à fase clínica do curso, muito dos resultados observados foram interpretados como relacionados às diferenças obtidas nas diferentes fases do curso, já abordadas anteriormente.

Foi observado que estudantes que declararam ter uma religião tiveram atitudes mais positivas do que estudantes sem religião, ateus ou agnósticos na maioria das subescalas obtidas. É amplamente reconhecido que crenças e práticas religiosas estão associadas a melhor qualidade de vida, afetividade positiva e bem-estar psíquico. Além disso, essas crenças podem influenciar o processo de tomada de decisão, tendo importante impacto na saúde do paciente (Lucchetti, Granero, Bassi, Latorraca & Nacif, 2010; Koenig, 2001).

A relação da religião com diversos aspectos do profissionalismo médico pode ser entendida a partir do fato de que muitas práticas religiosas preconizam a solidariedade, a caridade e o cuidado para com o outro. Dessa forma encoraja atitudes e comportamentos pautados no altruísmo, bondade, generosidade e amor ao próximo, promovendo relações humanas positivas e adequado suporte social (Koenig, 2001). Essas orientações estão alinhadas com muitas dimensões do profissionalismo e poderiam explicar parte dos resultados observados

para essa característica na população avaliada. Não observamos resultados semelhantes aos descritos nesse estudo na bibliografia consultada.

A discussão em relação ao sistema de ingresso no curso será feita em conjunto com a da renda familiar em função da relação flagrante existente entre essas duas variáveis atestada pelo coeficiente de correlação de Pearson ($r=0,57$). A ESCS adota o sistema de cotas sociais para estudantes procedentes da escola pública do Distrito Federal como política de ingresso no curso de graduação em medicina. Esse sistema de ingresso cria um ambiente de diversidade social e econômica no espaço acadêmico. Para alguns autores, essa pluralidade de realidades sociais e experiências de vida, enriquecem o ambiente educacional e melhora a qualidade do ensino (Milem, 2003; Bollinger, 2003). Para outros, entretanto, a diversidade pode levar a uma dificuldade de coesão entre os diversos grupos, ensejando dificuldades na comunicação e problemas na interação, transmissão e apreensão dos valores essenciais ao exercício da profissão (Cox, 1993). Nossa pesquisa não corroborou com essa última afirmação, uma vez que as atitudes dos estudantes cotistas, nos diversos construtos avaliados, foram notoriamente semelhantes às dos estudantes que ingressaram no curso pela ampla concorrência.

Existem muitas evidências de que a representação dos segmentos minoritários da sociedade na comunidade acadêmica dos cursos ligados à saúde esteja associada à melhoria da qualidade dos serviços de saúde das populações socioeconomicamente vulneráveis. Isso se deve ao fato de que os estudantes que representam essas minorias têm maior tendência para optar por carreiras ou áreas de atuação que vão beneficiar essas populações. O presente estudo veio corroborar com essa informação, uma vez que, quando comparamos os dois grupos em análise em relação ao item “futuro profissional”, observamos um maior interesse dos estudantes provenientes da rede pública de ensino do DF em trabalhar no sistema público de saúde e serviço de saúde da família. Daí o motivo pelo qual diversidade socioeconômica no ambiente acadêmico das profissões ligadas à saúde ser vista por muitos autores como um instrumento de promoção de justiça social, de democratização do cuidado e redução das desigualdades em saúde (AAMC, 2009; Milem, 2003; Cohen, Gabriel & Terrell, 2002).

4.2 – Conclusões

A escala de atitudes profissionais dos estudantes de medicina de 50 itens (EAPEM-50) obtida mostrou ser um instrumento consistente e válido para avaliação de atitudes de estudantes do curso de graduação em medicina.

O instrumento foi composto por 6 subescalas que abordaram dimensões distintas das atitudes profissionais em medicina e uma escala geral cujo escore-síntese foi denominado profissionalismo médico.

Houve um declínio dos escores de atitudes dos estudantes nos 3 últimos anos do curso. As 5 dimensões onde foram observadas esse declínio foram: comunicação; ética; aprimoramento profissional; crenças; determinantes sociais em saúde e profissionalismo médico.

O ciclo de aprendizagem onde se observou o pior desempenho dos estudantes foi o ciclo intermediário.

Estudantes do gênero feminino apresentaram atitudes mais positivas que os do gênero masculino, independente da fase do curso. Essas diferenças foram observadas em 4 subescalas: comunicação; ética; aprimoramento profissional e crenças e na escala de profissionalismo médico.

Estudantes que declararam ter uma religião mostraram atitudes mais positivas que os estudantes sem religião, ateus ou agnósticos nas subescalas de comunicação, aprimoramento profissional, autoavaliação e na escala geral de profissionalismo médico.

Não houve diferença no desempenho atitudinal dos estudantes relacionados ao sistema de ingresso no curso ou à renda familiar.

Estudantes que ingressaram no curso pelo sistema de cotas manifestaram maior interesse em trabalhar no sistema público de saúde ou no programa de saúde da família.

4.3 – Limitações do estudo

O estudo teve um delineamento transversal e comparou grupos de estudantes diferentes em diferentes fases do curso. O ideal seria termos comparado o mesmo grupo de estudante, ao longo do curso, em um estudo com delineamento longitudinal. Esse fato compromete a análise feita para as fases do currículo.

Não foi feita uma comparação com um instrumento de avaliação de atitudes de reconhecida validade e fidedignidade para avaliar a evidência de validade relacionada ao critério. O instrumento poderia ser aplicado em outro conjunto de estudantes ou em 2 subgrupos dessa amostra definidos aleatoriamente para avaliar a estabilidade ou replicabilidade da escala.

4.4 – Futuras pesquisas

Realização de uma análise fatorial confirmatória com o objetivo de validar a estrutura fatorial obtida neste estudo.

Avaliar longitudinalmente as diversas coortes de estudante que participaram desse estudo para ver a evolução do desempenho atitudinal comparando os mesmos grupos de estudantes. Se os alunos permitirem ser identificados pode ser feita uma comparação evolutiva de cada estudante (teste *t* amostras dependentes), o que melhora muito o poder do estudo.

O desempenho dos estudantes nas subescalas ou na escala geral pode ser comparado com outras formas de avaliação de profissionalismo feitas no ambiente de trabalho tipo avaliação 360° ou o mini-CEx com o objetivo de se avaliar a correlação dessas medidas (evidência de validade relacionada ao critério). Dessa forma poderíamos avaliar o quanto a escala prediz o desempenho dos estudantes nos ambientes autênticos de aprendizagem.

4.5 – Implicações para as práticas educacionais

No curso de medicina da ESCS, o Programa de Comunicação e Atitudes Profissionais vai somente até a 3ª série. Esse estudo mostrou um declínio no desempenho atitudinal dos estudantes na fase clínica, que coincide com a fase na qual o programa é interrompido. Tal

como é sugerido pela literatura, o programa deve ser estendido até o final do curso (4ª série e internato). Na fase clínica, os estudantes estão mais expostos às influências do currículo oculto. Deve ser feita alguma avaliação da qualidade das experiências educacionais nos cenários de práticas das 4ª, 5ª e 6ª séries para tentar minimizar possíveis efeitos negativos do currículo oculto no desenvolvimento atitudinal dos estudantes.

REFERÊNCIAS

- ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine (2002). Medical Professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136, 243-246.
- Archer, R., Elder, W., Hustedde, C., Milam, A. & Joyce, J. (2008). The theory of planned behavior in medical education: a model for integrating professionalism training. *Medical education*, 42, 771-777.
- Arnold, L. (2002). Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Academic medicine*, 77(6), 502-515.
- Arnold, L., & Stern, D.T. (2006). What is medical professionalism? In *Measuring Medical Professionalism*. Stern, D.T. (Ed.) (pp.15-37). New York: Oxford University Press.
- Association of American Medical Colleges - AAMC (2009). Striving Toward Excellence: Faculty Diversity in Medical Education. pp.1-52. Acessado em 12/07/2012 a partir do site: www.aamc.org/publications.
- Bollinger, L.C. (2003). The need for diversity in higher education. *Academic Medicine*, 78(5), 431-436.
- Cohen, J.J., Gabriel, B.A., & Terrell, C. (2002). The case for diversity in the health care workforce. *Health affairs*, 21(5), 90-102.
- Colares, M.F.A., Troncon, L.E.A., Figueiredo, J.F.C., Cianflone, A.R.L., Rodrigues, M.L.V., Piccinato, C.E., & Peres, L.C. (2002). Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 26 (3), 194-203.
- Cox, T.H. (1993). Group identities in the self-concept. Cultural diversity in organizations: Theory research & practice (pp. 43-63). San Francisco: Berrett-Koehler.
- Cruess, S.R., & Cruess, R.L. (2009). The cognitive base of professionalism. In *Teaching medical professionalism*. Cruess, R.L., Cruess, S.R., & Steinert, Y. (Eds.) (pp.7-27). New York: Cambridge University Press.
- Cruess, S.R. & Cruess, R.L. (1997). Professionalism must be taught. *BMJ*, 315, 1674-1677.
- Cruess, R.L., Cruess, S.R. & Johnston, S.E. (2000). Professionalism and Medicine's Social Contract. *Journal of Bone and Joint Surgery Am*, 82, 1189-1194.

- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1993). Attitude structure and function. In *Handbook of Social Psychology* (4ªed., pp.269-322). Boston: McGraw-Hill.
- Field, A. (2009). Correlação. In: *Descobrimos a estatística usando o SPSS*. (2ª ed., pp.125-155). Porto Alegre: Artmed.
- Frenk, J.; Chen, L.; Bhutta, Z.; Cohen J.; Crisp, N.; Evans, T.; Finenberg, H.; et al. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376,1923-1958.
- Fukuda, C.C, & Pasquali, L. (2002). Professor eficaz: Um instrumento de aferição. *Avaliação psicológica*, 1(1), 1-16.
- Hafferty, F.W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic medicine*, 73,403-407.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2010). Exploratory factor analysis. In *Multivariate data analysis*. (7th ed., pp. 91-151). New Jersey: Pearson.
- Haidet, P., Dains, J.E., Paterniti, D.A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E. & Rogers, J.C. (2002). Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education*, 36(6),568-574.
- Irvine, D. (1997). The performance of doctors. I: professionalism and self regulation in a changing world. *BMJ*, 314: 1540-1543.
- Jha, V., Bekker, H.L., Duffy, S.R.G., & Roberts, T.E. (2007). A systematic review of studies assessing and facilitating attitudes towards professionalism in medicine. *Medical Education*, 41, 822-829.
- Koenig, H.G. (2001). Religion and Medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31, 97-106.
- Laros, J. A. (2012). O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In L. Pasquali (Ed.), *Análise fatorial para pesquisadores* (pp. 141-160). Brasília: LabPAM Saber e Tecnologia.
- Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students perceptions of teaching. *British Medical Journal*, 329, 770-773.
- Lesser, C.S., Lucey, C.R., Egener, B., Braddock, C.H., Linas, S.L., & Levinson, W. (2010). A behavioral and systems view of professionalism. *JAMA*, 304 (24), 2732-2737.

- Lucchetti, G., Granero, A.L., Bassi, R.M., Latorraca, R. & Nacif, S.A.P. (2010). Espiritualidade na prática clínica. O que o clínico deve saber? *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8, 154-158.
- Lynch, D.C., Surdyk, P.M., & Eiser, A.R. (2004). Assessing professionalism: a review of the literature. *Medical Teacher*, 26, 366-373.
- Martimianakis, M.A., Maniate, J.M., & Hodges, B.D. (2009). Sociological interpretations of professionalism. *Medical education*, 43, 829-837.
- Maheux, B., Dufort, F., Lambert, J., Berthiaume, M. (1988). Do female general practitioners have a distinctive type of medical practice? *CMAJ*, 139, 737-740.
- Masson, N., & Lester, H. (2003). The attitudes of medical students towards homeless people: does medical school make a difference? *Medical Education*, 37(10): 869-72.
- Milem, J.F. (2003). The educational benefits of diversity: Evidence from multiple sectors. In M. Chang, D. Witt, J. Jones, & K. Hakuta (Eds.). *Compelling interest: Examining the evidence on racial dynamics in higher education* (pp.126-169). Palo alto, CA: Stanford University Press.
- Miles, J., & Shevlin, Mark. (2001). Assumptions in regression analysis. In *Applying regression and correlation – A guide for students and researchers* (pp.58-112). London: Sage.
- Miranda, S.M., Pires, M.M.S., Nassar, S.M., & Silva, C.A.J. (2009). Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33,1 suppl 1, 104-110.
- Miranda, S.M., Pires, M.M.S., Nassar, S.M., & Silva, C.A.J. (2012). Mudança de Atitudes dos Estudantes durante o Curso de Medicina: um Estudo de Coorte. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36,2, 212-222.
- Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. (1988) Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. *Medical Education*, 22, 231-239.
- Morin, E. (2004). Os princípios do conhecimento pertinente. In *Os sete saberes necessários à educação do futuro* (9ª ed., pp. 38,39). São Paulo: Cortez Editora.
- Newton, D.A., Grayson, M.S. (2003). Trends in career choice by US medical school graduates. *JAMA*, 290:1179-1182.

- O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers*, 32, 396-402.
- Osborne, J. W. (2002). Notes on the use of data transformations. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 8(6). Acessado em 12/01/2013 no site: [www.http://pareonline.net](http://pareonline.net).
- O'Sullivan, A.J. & Toohey, S. (2008). Assessment of professionalism in undergraduate medical students. *Medical teacher*, 30,280-286.
- Papadakis, M.A., Osborn, E.H., Cooke, M., Healy, K. (1999). A strategy for the detection and evaluation of unprofessional behavior in medical students. *Academic Medicine*, 74,980-990.
- Papadakis, M.A., Teherani, A., Banach, M.A., Knettler, T.R., Rattner, S.L., Stern, D.T., Veloski, J.J., & Hodgson, C.S. (2005). Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. *The New England Journal of Medicine*, 353,2673-2682.
- Pasquali, L. (2009). Introdução à análise fatorial. In *Teoria dos testes na psicologia e na educação*. (3ª ed., pp.289-299). Petrópolis: Vozes.
- Passi, V., Doug, M., Peile, E., Thistlethwaite, J., & Johnson, N. (2010). Developing medical professionalism in future doctors: a systematic review. *International Journal of Medical Education*, 1,19-29.
- Price, J., Price, D., Williams, G., & Hoffenberg, R. (1998). Changes in medical students attitudes as they progress through a medical course. *Journal of Medical Ethics*, 24,110-117.
- Rezler, A.G. (1974). Attitudes changes during medical school: a review of the literature. *Journal of Medical Education*, 49(11):1023-1030.
- Ros, M. 2006. Valores, atitudes e comportamento: uma nova visita a um tema clássico. In *Psicologia Social* (pp.88-114). São Paulo: Editora Senac.
- Shortell, S.M., Waters, T.M., Clarke, K.W.B. & Budetti, P.P. (1998). Physicians as double agents – maintaining trust in an era of multiple accountabilities. *JAMA*, 280, 1102-1108.
- Smith, L.G. (2005). Medical professionalism and the generation gap. *American Journal of Medicine*, 118(4),439-442.

- Stepherson A, Higgs, R & Sugarman, R. (2001). Teaching professional development in medical schools. *Lancet*, 357, 867-870.
- Streit, U. (1980). Attitudes towards psycho-social factors in medicine: an appraisal of the ATSIM scale. *Medical Education*, 14,259-266.
- Swick, H.M. (2000). Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*, 75, 612-616.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007a). Principal Components and Factor Analysis. In *Using multivariate statistics* (5th ed., pp.60-116). Boston: Pearson Education.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007b). Principal Components and Factor Analysis. In *Using multivariate statistics* (5th ed., pp.607-675). Boston: Pearson Education.
- Vacha-Haase, T. & Thompson, B (2004). How to Estimate and Interpret Various Effect Sizes. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4),473-481.
- Veloski, J.J., Fields, S.K., Boex, J.R., & Blank, L.L. (2005). Measuring professionalism: A review of studies with instruments reported in the literature between 1982 and 2002. *Academic Medicine*, 80(4), 366-370.
- Zwick, W. R., & Velicer, W. F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99, 432-442.
- Wolf, T.M., Balson, P.M., Faucett, J.M., & Randall, H.M. (1989). A retrospective study of attitude change during medical education. *Medical Education*, 23,19-23.
- Woloschuk, W., Harasym, P.H., & Temple, W. (2004). Attitude change during medical school: a cohort study. *Medical Education*, 38, 522-534.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores Stewart e Regina Mennin pela generosidade, entusiasmo e coragem com que abraçaram a proposta do curso. Minha gratidão pela oportunidade.

Aos Professores do MHPE-Brasil, Ruy Guilherme S. de Souza, Adriana Cavalcanti de Aguiar, Antonio Sansevero, Eliana Cláudia O. Ribeiro, Fabio Montesano, Isonir da Rosa, José Batista Tomaz, Flávia Pereira de Freitas Junqueira, Alberto Alves de Lima, Elena Inés Barragán, Fernando Menezes e Silvia Mamede, pelos ensinamentos durante as atividades presenciais, pelo auxílio na correção das tarefas, que pareciam intermináveis, pela dedicação e toda contribuição que direta ou indiretamente nos possibilitaram concluir esse curso.

Aos meus colegas contemporâneos de mestrado, Paulo Silva, Marize Biazotto, Elysio Garcia, Sergio Veiga, Maria Rita, Ligia Cayres, Françoise Barbosa, Adriana Magalhães, Ana Paula, Luciano Camilo, Gisele Peixoto, Alaíde Benquerer, Mayda Souza, Paula Cristina, Cinhya Gonçalves, José Ricardo, Pamella Peixoto e Karlo Quadros, com quem tive oportunidade de dividir minhas inquietudes com o conhecimento, com as descobertas e também minhas dificuldades e angústias (que foram muitas!), meu muito obrigado e um abraço fraterno a todos.

Ao Professor Jacob Arie Laros do Dpto. de Psicologia Social da UnB, por ter acolhido minhas dúvidas e ter me auxiliado na condução da análise e interpretação dos dados.

À Professora Eliana Mendonça V. Trindade e aos estudantes de medicina Daniel Adriano, Leonardo Ribeiro, Manoel Dias Jr, pela pronta aceitação em participar desse projeto, que espero tenha desdobramentos e propicie novas descobertas.

Ao amigo Márcio Mendonça pelo auxílio na checagem dos 33.864 itens(!) do banco de dados. Tarefa árdua, eu sei...,mas foi por uma boa causa.

À Gerente de Desenvolvimento Docente Discente, Professora Hércia Almeida, pelo trabalho nos bastidores, cuidando dos trâmites burocráticos que não foram poucos...

A todos professores e estudantes da ESCS por esses 12 anos de convívio... de dúvidas, incertezas e muito... muito aprendizado.

À Escola Superior de Ciências da Saúde, à FEPECS – SES-DF e à Universidade de Maastricht pelo apoio logístico e financeiro.

...enfim,

À minha família, Maria Desiré, Daniel (†), Dóris, Edcélia e Daniel Jr, a minha estima e gratidão sempre.

APÊNDICE A

Questionário sociodemográfico

Prezado estudante,

Esse questionário faz parte de uma pesquisa sobre atitudes profissionais abordadas no programa educacional de habilidades e atitudes do curso de Graduação em Medicina da Escola de Ciências da Saúde (ESCS).

O objetivo da pesquisa é avaliar a relação entre a carga horária e conteúdo das atividades desenvolvidas no currículo de profissionalismo com o desempenho dos estudantes em uma escala multidimensional de atitudes. Além do mais, pretendemos estabelecer correlações entre o perfil sociodemográfico do estudante e alguns domínios da Escala citada.

Solicito sua valiosa colaboração no preenchimento do mesmo. Informo que o sigilo das informações será garantido pelos pesquisadores.

O preenchimento dos dados de identificação e matrícula não é necessário, ficando, portanto, a seu critério.

Estudante:	Matr.:	Série:
Gênero: masculino () feminino ()	Data de nascimento:	Idade em anos:
Religião:		
Estado civil: () solteiro () casado () união estável () separado () divorciado () viúvo		

Assinale com um “x” o grau de escolaridade de seus pais

Escolaridade da mãe	Nunca estudou ou não terminou a 4ª série	
	Terminou a 4ª série	
	Terminou a 8ª série	
	Terminou o ensino médio	
	Terminou faculdade ou pós-graduação	
Obs.:		

Escolaridade do pai	Nunca estudou ou não terminou a 4ª série	
	Terminou a 4ª série	
	Terminou a 8ª série	
	Terminou o ensino médio	
	Terminou faculdade ou pós-graduação	
Obs.:		

Ocupação da mãe: _____

Ocupação do pai: _____

Obs.: _____

Renda familiar: assinale com “x” a opção que condiz com a renda de sua família

Valor do rendimento familiar mensal em salários mínimos	Assinale com um “X”
Até 2 salários mínimos	
Entre 2 a 5 salários mínimos	
Entre 5 a 10 salários mínimos	
Entre 10 a 15 salários mínimos	
Maior que 15 salários mínimos	

Entrada no curso de Medicina da ESCS:

() vestibular sistema universal () vestibular sistema de cotas () transferência:

O que você planeja fazer depois de seu internato e/ou residência médica? Escolha uma opção

- () Trabalhar exclusivamente como médico do Programa da Saúde da Família.
- () Trabalhar como médico em serviço público de saúde.
- () Trabalhar como médico em serviço privado.
- () Trabalhar como médico em serviço privado e público.
- () Nenhuma das opções.

APÊNDICE B

Nº	Item	FATORES					
		1	2	3	4	5	6
1	S9	,665					
2	S11	,639					
3	S10	,634					
4	A32	,556	-,265				
5	Cr47	,543					
6	S14	,536					
7	A27	,514			-,223		
8	S24	,491			,303		
9	Co84	,491	,288				
10	S7	,487					
11	Co85	,483		,369			
12	S1	,468					
13	A33	,464		,237			
14	S16	,464			,244		
15	S23	,458			,264		
16	Co83	,438		,286			
17	Cr43	,430	,300		-,262		
18	S4	,429					
19	E96	-,235	,659				,209
20	E95		,547				
21	Co80		,531				
22	S6		,531				
23	E97		,517				
24	Cr45		,502				
25	E98		,494				
26	Cr41		,467				,217
27	Co60		,455	,345			
28	Co75		,425				
29	E92		,422	,286			
30	Co64			,686			
31	Co58			,668			
32	Co59			,636			
33	Co63			,580			
34	Co62			,369			
35	Co72				,814		
36	Co71				,710		
37	Co73			,280	,684		
38	Co74		,213		,415		
39	Cr52	-,226				,628	
40	A36			-,266		,590	
41	E99					,577	
42	Co66			,254		,549	
43	A40	,225				,503	
44	S15	,212		-,200		,468	
45	Co68					,446	
46	Co78				,224	,432	
47	A30						,795
48	A26	,236					,671
49	A34						,633
50	A29						,537

Matriz padrão - Análise de Componentes Principais com rotação *Promax*– Rotação convergiu com 7 iterações