

Lapsos de profissionalismo: estudo de caso em um programa de residência médica em anestesiologia

Lapses of professionalism: a case study in anesthesiology residency in the northeast

Rachel Ribeiro¹  kell190304@gmail.com
Aline Veras Morais Brilhante^{1,2}  draalinebrilhante@gmail.com
Ana Maria F. Catrib³  anacatrib051@gmail.com
Henrique Luis do Carmo Sá¹  henriquesa@unifor.br
Sílvia de Melo Cunha^{1,4}  silviamelo87@gmail.com
Germana Leal Coutinho⁵  galealcoutinho@gmail.com

RESUMO

Introdução: O profissionalismo médico (PM) é a base do contrato social entre médicos e sociedade, mas carece de definição precisa e de um padrão uniforme de ensino e avaliação nas instituições de ensino do Brasil. O ensino do PM é tratado de maneira limitada sem uma abordagem integrada nos currículos técnico-científicos. É crucial entender como o profissionalismo é ensinado nas especialidades médicas, bem como a sua avaliação durante a formação do residente, especialmente durante a especialização em anestesiologia.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo analisar a percepção de residentes e preceptores de uma residência em anestesiologia sobre comportamentos e práticas antiprofissionais.

Método: Trata-se de um estudo de caso em que se utilizou um questionário adaptado do Inventário de Poli Profissionalismo de Dundee I, aplicado a médicos de um serviço de anestesiologia. As variáveis foram apresentadas em média, desvio padrão, mediana, percentis, mínimo e máximo, frequência e taxa de prevalência, com nível de significância de 5%. As análises foram realizadas com os programas R e Microsoft Excel 2016.

Resultado: Os preceptores mostraram maior rigidez nas sanções a lapsos de profissionalismo, destacando seu papel fiscalizador. Os residentes foram mais rígidos em questões relacionadas à vivência acadêmica. Punições mais graves foram atribuídas a práticas de cunho sexual, agressão e uso de drogas ilícitas.

Conclusão: Minimizar lapsos e valorizar o tema PM é de suma importância para desenvolver um programa de residência médica que permita a formação de anestesiolistas totalmente competentes.

Palavras-chave: Profissionalismo; Residência Médica; Anestesiologia; Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Medical professionalism (MP) is the basis of the social contract between physicians and society, but it lacks a precise definition and a uniform standard of teaching and assessment in educational institutions in Brazil. MP teaching is addressed in a limited manner without an integrated approach in technical-scientific curricula. It is crucial to understand how professionalism is taught in medical specialties as well as its assessment during resident training, especially during specialization in anesthesiology.

Objective: To analyze the perception of residents and preceptors of an Anesthesiology Residency about unprofessional behaviors and practices.

Methodology: Case study using a questionnaire adapted from the Dundee Polyprofessionalism Inventory I, applied to physicians of an anesthesiology service. The variables were presented as mean, standard deviation, median, percentiles, minimum and maximum, frequency and prevalence rate, with a significance level of 5%. The analyses were performed using R and Microsoft Excel 2016.

Results: Preceptors were more severe in their sanctions for lapses in professionalism, highlighting their supervisory role. Residents were more severe in matters related to academic experience. More severe punishments were given to sexual practices, aggression and use of illicit drugs.

Conclusion: Minimizing lapses and valuing the theme of Medical Professionalism is of utmost importance to develop a medical residency program that allows the training of fully competent anesthesiologists.

Keywords: Professionalism, Medical Residency, Anesthesiology, Medical Education.

¹ Universidade de Fortaleza, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, Ceará, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

³ Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁴ Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁵ Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editora associada: Maria Helena Senger.

Recebido em 26/03/25; Aceito em 22/04/26.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

Desde 1999, o Accreditation Council on Graduate Medical Education (ACGME) e o American Board of Medical Specialties adotam o profissionalismo como uma das seis competências centrais a serem desenvolvidas pelos médicos durante sua formação¹. Apesar de sua relevância para a formação médica e de especialistas, o conceito de profissionalismo não é homogêneo, o que dificulta a padronização de estratégias tanto no currículo formal como no oculto².

O profissionalismo médico constitui um constructo multidimensional que vem sendo cada vez mais reconhecido como importante componente da educação médica³. Os domínios mais frequentemente citados na literatura incluem altruísmo, responsabilidade, cuidado, trabalho em equipe, autocontrole, princípios éticos e excelência clínica³. Esse constructo é fundamental na atuação do médico na sociedade, representando a base do contrato social entre médicos e pacientes⁴.

Além disso, o ensino do profissionalismo ainda está em fase de implementação nas matrizes de competência dos programas de residência médica (PRM) do Brasil, e, para muitos deles, não existem, nas Diretrizes Curriculares Nacionais propostas, tampouco exigências de processos de avaliação do profissionalismo para a certificação ao final do treinamento do especialista². No caso específico da anestesiologia, essa especialidade tem sua prática ainda muito restrita ao bloco cirúrgico, existindo um distanciamento na relação médico-paciente, um dos principais balizadores na construção do profissionalismo médico. Esse distanciamento entre o profissional e o paciente, no entanto, pode levar à desumanização do cuidado e à naturalização de lapsos atitudinais⁵.

Além disso, a produção científica sobre profissionalismo no contexto da anestesiologia é restrita⁶. Chen et al.⁶ buscaram identificar comportamentos não profissionais comumente observados entre os anestesiológicos. Outros estudos avaliaram o papel do feedback na mudança de comportamento⁷. No entanto, o feedback de várias fontes sobre o comportamento profissional, na pesquisa de Riveros et al.⁷, não teve efeito nas avaliações que os residentes em anestesiologia receberam da família, do corpo docente ou dos colegas de trabalho dos pacientes⁸. Para Dexter et al.⁹, a resposta aos feedbacks está diretamente relacionada à qualidade da supervisão, que deve pautar-se por uma prática reflexiva, reconhecimento e mitigação de vieses e ênfase nas responsabilidades profissionais.

Partindo desses pressupostos e diante da necessidade de se construir um plano de trabalho sobre profissionalismo no maior serviço de residência em anestesiologia de um estado do Nordeste do Brasil, emergiu a pergunta: "Quais os lapsos de profissionalismo naturalizados no cotidiano de anestesiológicos em formação?"

Embora o profissionalismo seja multifatorial, a literatura específica considera a integridade acadêmica um elemento intrinsecamente relacionado a esse constructo¹⁰. Desse modo, este artigo relata um estudo de caso realizado com o objetivo analisar a percepção de residentes em anestesiologia e preceptores a respeito de comportamentos e práticas antiprofissionais a partir de um instrumento sobre integridade acadêmica.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, de base descritivo-analítica em que se utilizou um questionário apresentando duas partes. A primeira com um questionário sociodemográfico e a segunda com 31 questões adaptadas do Inventário de Poliprofissionalismo de Dundee I.

Instrumento de coleta de dados

O Inventário de Poliprofissionalismo de Dundee utilizado neste estudo foi adaptado para o contexto brasileiro por Sá¹¹ e proposto para avaliar as percepções dos estudantes de sanções adequadas a comportamentos antiprofissionais relacionados à integridade acadêmica brasileira. Aplicou-se pela primeira vez esse inventário na Dundee Medical School, na Escócia, e as questões exploradas foram baseadas nos lapsos mais frequentes identificados em estudantes pelo Conselho Geral de Medicina do Reino Unido, como: condenação criminal; uso abusivo de drogas ou álcool; comportamento agressivo, violento ou ameaçador; atitude ou comportamento inadequados e persistentes; trapaça ou plágio; desonestidade ou fraude; pedofilia; e desrespeito à comunidade acadêmica. Esses pontos permanecem como grande preocupação em todo o mundo¹².

Nesse questionário, são apresentados 34 comportamentos antiprofissionais, e os estudantes apontam quais as sanções recomendáveis para cada um dos comportamentos. As sanções apresentam as seguintes variações: 1 = nenhuma, 2 = repreensão (advertência verbal), 3 = repreensão (advertência escrita), 4 = repreensão e aconselhamento obrigatório, 5 = repreensão, aconselhamento e trabalho extra, 6 = reprovação na disciplina ou estratégia específica/realização de trabalho para obter crédito, 7 = reprovação do ano específico (repetição permitida), 8 = expulsão da faculdade (readmissão após um ano possível), 9 = expulsão da faculdade (sem chance de readmissão) e 10 = notificação ao conselho regulador.

Adaptação do instrumento para o contexto da residência em anestesiologia

Para este estudo, excluíram-se três questões do instrumento adaptado por Sá¹¹ porque não se adequavam

ao cenário específico da residência em anestesiologia ou apresentavam limitações de aplicabilidade no contexto estudado. A decisão de exclusão foi baseada em critérios de relevância contextual e aplicabilidade prática, conforme detalhado a seguir:

- Questão excluída 1: “Obter ajuda ou ajudar com trabalhos ou avaliações da disciplina, contrariando as regras do professor”: Essa questão foi excluída porque, na residência médica em anestesiologia, a colaboração entre residentes é frequentemente encorajada como parte do processo de aprendizagem, diferentemente do ambiente de graduação em que os trabalhos individuais são mais comuns. A natureza colaborativa da prática anestésica torna essa questão menos aplicável ao contexto da especialização.
- Questão excluída 2: “Retirar referência indicada de uma prateleira na biblioteca para evitar que outros colegas tenham acesso às informações nela contidas”: Essa questão foi considerada obsoleta no contexto atual da residência, uma vez que o acesso à informação científica ocorre predominantemente por meio de plataformas digitais e bases de dados eletrônicas. A prática de retirar livros físicos para prejudicar colegas tornou-se praticamente inexistente com a digitalização do conhecimento médico.
- Questão excluída 3: “Publicação de material inapropriado sobre colegas, professores ou pacientes nas mídias sociais”: Essa questão é extremamente relevante no contexto atual, especialmente quando se considera a crescente preocupação com o uso inadequado das mídias sociais por profissionais de saúde^{13,14}. Esse tópico, fundiu-se ao item 29: “Participação inadequada em mídias sociais por meio de publicações, postagens, fotos, vídeos ou textos sobre atividades de classe ou clínicas”. O item em questão é mais amplo, uma vez que incorpora não apenas postagens em si, como videoconferências, lives e outras participações em mídias sociais. A exclusão, portanto, não desconsiderou o tema, posto que o uso inadequado das mídias sociais representa um dos principais desafios contemporâneos para o profissionalismo médico¹⁵⁻¹⁷. Estudos indicam que de 60% a 90% dos estudantes de Medicina e residentes utilizam mídias sociais, e uma proporção significativa já postou conteúdo potencialmente problemático¹⁸.

Dessa maneira, no instrumento usado neste estudo, foram utilizadas 31 questões das 34 originais, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Inventário de Poli Profissionalismo de Dundee I: integridade acadêmica.

Questão 1 – Assinar folhas de presença no lugar de amigos ausentes ou pedir aos colegas que assinem folhas de presença de aulas teóricas ou práticas em seu lugar.
Questão 2 – Falsificar a assinatura de um profissional da saúde em um trabalho, prontuário de pacientes, folhas de nota ou folhas de presença.
Questão 3 – Reivindicar trabalho feito em grupo ou em colaboração como trabalho individual.
Questão 4 – Alterar ou manipular dados de pesquisa ou conclusões (por exemplo, para obter resultado significativo ou falsear erros).
Questão 5 – Deixar de seguir os procedimentos adequados de controle de infecções.
Questão 6 – Ameaçar ou agredir verbalmente um colega ou funcionário da universidade ou faculdade.
Questão 7 – Tentar se aproveitar de relacionamentos pessoais, subornos ou ameaças para obter vantagens acadêmicas.
Questão 8 – Abusar de substâncias indevidas (por exemplo, drogas).
Questão 9 – Falsificar intencionalmente resultados de testes ou registros de tratamento para disfarçar erros na assistência.
Questão 10 – Fazer entradas falsas e assinar os logbooks.
Questão 11 – Agredir fisicamente um estudante ou funcionário da instituição
Questão 12 – Comprar trabalhos de colegas, pela internet etc.
Questão 13 – Falta de pontualidade nas aulas ou atividades práticas.
Questão 14 – Fornecer drogas ilícitas para colegas ou funcionários da instituição.
Questão 15 – Deixar de fazer a sua parte nos trabalhos em grupo.
Questão 16 – Examinar pacientes sem conhecimento e/ou consentimento do preceptor.
Questão 17 – Sabotar o trabalho do outro aluno.
Questão 18 – Inventar circunstâncias externas para atrasar a realização de uma prova.
Questão 19 – Assediar sexualmente um(a) colega ou funcionário(a) da instituição.
Questão 20 – Ressubmeter trabalho anteriormente apresentado para outra disciplina ou curso prévio
Questão 21 – Plagiar o trabalho de um colega ou de publicações/internet.
Questão 22 – Trapacear em provas (por exemplo, copiar do vizinho, usar colas ou telefone celular, ou pedir para alguém fazer a prova em seu lugar).
Questão 23 – Copiar e colar ou parafrasear material sem indicar a fonte.
Questão 24 – Danificar propriedade pública ou privada (por exemplo, rabiscar mesas ou cadeiras).

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Questão 25 – Falsificar referências ou notas em um curriculum vitae ou alterar notas em um registro oficial.
Questão 26 – Envolver-se com atividades de pedofilia mediante posse e visualização de imagens de pornografia infantil, ou molestar crianças.
Questão 27 – Fotografar pacientes.
Questão 28 – Fazer piadas ou desrespeitar corpos ou partes do corpo humano.
Questão 29 – Participação inadequada em mídias sociais por meio de publicações, postagens, fotos, vídeos ou textos sobre atividades de classe ou clínicas, colegas, professores ou pacientes.
Questão 30 – Danificar deliberadamente o trabalho de outro aluno.
Questão 31 – Ingerir álcool durante o almoço e entrevistar paciente à tarde.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Sá¹¹.

Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no maior serviço de anestesiologia de uma capital localizada na região Nordeste. Trata-se do maior hospital geral do Ceará, responsável por atender, em nível terciário, pacientes de todo o estado em várias especialidades médicas, tornando-se assim um excelente ambiente para aprendizado médico. Caracteriza-se por ser um hospital-escola que recebe para os estágios práticos acadêmicos de várias universidades do Estado, bem como PRM de várias especialidades.

Participantes

O PRM em anestesiologia era composto de 26 residentes: oito residentes do primeiro ano, oito do segundo e dez do terceiro.

Os preceptores eram um grupo formado por 33 médicos anestesilogistas, servidores da instituição que ingressaram por meio de concurso público com vínculo profissional e muitas vezes afetivo com a instituição por longos anos de dedicação. Muitos deles eram egressos do PRM da própria instituição com variados tempos de serviço, sendo os mais recentes servidores admitidos no último concurso público realizado no ano de 2021. É preciso ressaltar que os preceptores que atuam no Centro de Ensino e Treinamentos (CET) de anestesiologia do referido hospital, em sua maioria, não possuem formação oficial para a função de preceptoría mesmo sendo atores principais na construção profissional dos residentes¹⁹.

Não houve seleção de amostra, sendo utilizado como critério de inclusão ser residente ou preceptor do PRM em anestesiologia do serviço. Como critério de exclusão, não foram incluídos médicos anestesilogistas que trabalham sob serviço terceirizado sem vínculo trabalhista com a instituição pela alta

rotatividade desses profissionais. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a participação na pesquisa.

Coleta e análise de dados

Realizou-se a coleta de dados no período de julho a outubro de 2023. Os dados foram coletados de forma online por meio de um instrumento construído no Google Formulário a partir do Inventário de Poliprofissionalismo de Dundee.

As variáveis foram apresentadas em média e desvio padrão (DP), mediana, percentis, mínimo e máximo, frequência e taxa de prevalência. Na análise das características dos participantes, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney, e verificou-se a não aderência dos dados à distribuição gaussiana.

Na investigação de associação entre as variáveis categóricas, utilizaram-se o teste de qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher.

Adotou-se um nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa estatístico R e Microsoft Excel 2016. Calcularam-se e compararam-se as medianas e os DP das sanções sugeridas pelos participantes (residentes e preceptores) para cada prática antiprofissional do Inventário de Poli Profissionalismo de Dundee.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob protocolo número 3.954.616. Todos os participantes assinaram o TCLE, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas.

RESULTADO

Participaram da pesquisa 27 indivíduos: 16 residentes e 11 preceptores. A idade dos participantes variou significativamente entre os grupos, com os preceptores apresentando uma mediana de 42 anos (intervalo interquartil de 40 a 50 anos), e os residentes, uma mediana de 27 anos (intervalo interquartil de 25 a 29 anos), o que resultou em um valor de p inferior a 0,001, indicando uma diferença estatisticamente significativa entre as idades dos dois grupos.

O restante das variáveis sociodemográficas não apresentou diferenças estatísticas entre os grupos de residentes e preceptores. Distribuíram-se os residentes em três grupos: oito do primeiro ano (R1): 50%; seis do segundo (R2): 37,5%; dois do terceiro (R3): 12,5%. O tempo de preceptoría foi reportado apenas para os preceptores, com uma mediana de 12 anos (intervalo interquartil de 11 a 14 anos).

A análise descritiva do Inventário de Poli Profissionalismo de Dundee I revelou percepções variadas entre preceptores e residentes sobre as sanções adequadas a comportamentos

antiprofissionais relacionados à integridade acadêmica. Entre as 31 questões analisadas, seis apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, conforme apresentado na Tabela 1.

Os resultados demonstram que, na maioria das questões com diferenças significativas, os preceptores atribuíram sanções mais severas que os residentes. A única exceção foi a questão 3, relacionada à reivindicação de trabalho em grupo como individual, na qual os residentes foram mais rigorosos.

Para melhor análise estatística, considerando o número limitado de participantes, as sanções foram categorizadas em três níveis de gravidade:

- Punições leves (repreensão): Sanções de 1 a 5 relacionadas a advertências e aconselhamento.
- Punições moderadas (reprovação): Sanções de 6 a 7 relacionadas à reprovação em disciplinas ou ano letivo.
- Punições graves (expulsão): Sanções de 8 a 10 relacionadas à expulsão e notificação ao conselho de classe.

Um aspecto importante observado foi a baixa tendência à neutralização de lapsos de profissionalismo, evidenciada pela pequena porcentagem de participantes que não atribuíram qualquer sanção (sanção = 1 – nenhuma) às questões apresentadas.

Apenas quatro questões apresentaram participantes que sugeriram nenhuma sanção: questão 10 (fazer entradas falsas em logbooks), questão 13 (falta de pontualidade), questão 16 (examinar pacientes sem consentimento do preceptor) e questão 20 (ressubmeter trabalhos anteriores). A questão 16 foi a que apresentou maior percentual de neutralização, com 56%

dos residentes e 9,1% dos preceptores não sugerindo sanções, diferença estatisticamente significativa ($p = 0,018$).

As práticas que receberam sanções graves ($\geq 50\%$ do total de participantes) foram: agressão física (questão 11), fornecimento de drogas ilícitas (questão 14), assédio sexual (questão 19) e envolvimento com pedofilia (questão 26). Todas essas questões estão relacionadas a comportamentos de alta gravidade ética e legal.

As práticas associadas a sanções mais leves (repreensão $\geq 85\%$) foram: assinar folhas de presença no lugar de amigos ausentes (questão 1), deixar de seguir os procedimentos adequados de controle de infecções (questão 5), falta de pontualidade (questão 13) e examinar pacientes sem conhecimento e/ou consentimento do preceptor (questão 16).

A comparação entre residentes do primeiro ano (R1) e residentes do segundo e terceiro anos (R2 + R3) revelou diferenças significativas em duas questões. Os residentes do primeiro ano demonstraram maior rigor em relação à compra de trabalhos de colegas (questão 12), com mediana de 7,0 versus 5,5 do grupo R2 + R3 ($p = 0,013$), e em relação a trapacear em provas (questão 22), com mediana de 6,0 versus 4,0 ($p = 0,035$).

A análise dos DP revelou questões com alta variabilidade de respostas, indicando falta de consenso sobre as sanções apropriadas. Entre os preceptores, as questões com maiores DP ($> 3,0$) foram: fotografar pacientes (questão 27) com DP de 3,43 e participação inadequada em mídias sociais (questão 29) com DP de 3,32.

Entre os residentes, os maiores DP ($> 2,90$) foram observados nas questões sobre falsificar assinatura de profissional de saúde (questão 2) com DP de 2,97, falsificar resultados de testes (questão 9) com DP de 2,92 e ingerir

Tabela 1. Mediana das sanções atribuídas por residentes e preceptores e suas diferenças.

	Preceptor n = 11	Residente n = 16	Valor de p*
Questão 3 – Reivindicar trabalho feito em grupo ou em colaboração como trabalho individual.	4,00 (3,00-5,00)	5,00 (4,00-6,00)	0,022
Questão 10 – Fazer entradas falsas e assinar os logbooks.	5,00 (4,50-6,00)	3,00 (2,00-4,00)	0,001
Questão 13 – Falta de pontualidade nas aulas ou atividades práticas.	3,00 (2,00-5,00)	2,00 (2,00-2,25)	0,022
Questão 16 – Examinar pacientes sem conhecimento e/ou consentimento do preceptor.	2,00 (2,00-4,00)	1,00 (1,00-3,00)	0,027
Questão 22 – Trapacear em provas (por exemplo, copiar do vizinho, usar colas ou telefone celular, ou pedir para alguém fazer a prova em seu lugar).	6,00 (6,00-6,50)	5,00 (4,00-6,00)	0,013
Questão 29 – Participação inadequada em mídias sociais por meio de postagens, fotos, vídeos ou textos sobre atividades de classe ou clínicas.	4,00 (3,50-10,00)	3,00 (2,75-4,00)	0,032

* Mediana (25%-75%), teste de Mann-Whitney.
Fonte: Elaborada pelos autores.

álcool durante o almoço antes de atender pacientes (questão 31) com DP de 2,90.

Por sua vez, as questões com menor variabilidade (DP < 1,1) entre os preceptores incluíram: inventar circunstâncias para atrasar provas (questão 18), ressubmeter trabalhos (questão 20) e envolvimento com pedofilia (questão 26), indicando maior consenso sobre essas práticas. Entre os residentes, houve consenso similar em questões sobre falta de pontualidade (questão 13), pedofilia (questão 26) e fotografar pacientes (questão 27).

Essas questões estão dispostas na Tabela 1, na qual constam os participantes que não atribuíram sanções (se residentes ou preceptores), a quantidade desses participantes e sua proporção em função do grupo (de residentes ou de preceptores).

DISCUSSÃO

A falta de unicidade conceitual em torno do profissionalismo médico associa-se, entre outros fatores, a variações culturais, contextuais, conceituais e geracionais². Este estudo, ao comparar a percepção de lapsos de profissionalismo e suas consequências entre preceptores e residentes do CET de anestesiologia, contribui para a compreensão dessas variações no contexto específico da formação de especialistas.

O profissionalismo médico, reconhecido como constructo multidimensional³, manifesta-se de forma complexa na relação entre formadores e formandos. Os resultados deste estudo evidenciam que a integridade acadêmica e profissional, como um dos atributos constituintes do constructo profissionalismo médico, é percebida de maneira diferenciada por preceptores e residentes, sugerindo variações nas percepções de comportamento ético e responsabilidade profissional que merecem análise aprofundada.

Os achados deste estudo revelam um padrão consistente no qual os preceptores demonstram maior rigor nas sanções atribuídas a lapsos de profissionalismo em comparação aos residentes. Essa tendência, observada em cinco das seis questões com diferenças estatisticamente significativas, reflete uma complexa interação entre fatores geracionais, hierárquicos e experienciais que merece análise detalhada.

A diferença etária significativa entre preceptores (mediana de 42 anos) e residentes (mediana de 27 anos) representa mais que uma simples diferença cronológica; ela reflete distintas gerações profissionais com diferentes experiências formativas e contextos socioculturais²⁰. Os preceptores, formados em uma época com códigos de conduta mais rígidos e estruturas hierárquicas mais definidas, podem ter internalizado padrões de profissionalismo mais conservadores²¹. Por sua vez, os residentes, representantes

de uma geração mais jovem, podem ter uma percepção mais flexível de certas práticas, especialmente aquelas associadas a aspectos tecnológicos e de relacionamento interpessoal²².

Além das diferenças geracionais, a posição hierárquica dos preceptores como supervisores e avaliadores influencia significativamente sua percepção sobre a necessidade de sanções mais rigorosas. Essa postura pode ser compreendida através da lente da responsabilidade profissional e legal que recai sobre os preceptores²³. Como responsáveis pela formação e supervisão dos residentes, os preceptores podem sentir-se compelidos a adotar uma postura mais rigorosa como forma de garantir a qualidade da formação e proteger tanto os pacientes quanto a instituição de possíveis consequências de lapsos profissionais.

A análise das diferenças observadas entre preceptores e residentes não pode ser dissociada do contexto da cultura institucional e da formação pedagógica dos preceptores. Conforme identificado neste estudo, a maioria dos preceptores não possui formação oficial para a função de preceptoria, o que pode influenciar as percepções deles sobre profissionalismo e estratégias disciplinares.

A ausência de formação pedagógica formal pode levar os preceptores a basear suas decisões disciplinares em experiências pessoais e modelos internalizados durante sua própria formação, perpetuando padrões que podem não ser os mais adequados para o contexto atual²⁴. Estudos recentes demonstram que preceptores com formação pedagógica tendem a adotar abordagens mais reflexivas e educativas em relação aos lapsos de profissionalismo, em contraste com abordagens puramente punitivas²⁵.

A cultura institucional do CET, caracterizada por uma estrutura hierárquica tradicional e pela predominância de preceptores formados na própria instituição, pode contribuir para a perpetuação de determinados padrões de percepção sobre profissionalismo. Essa endogenia formativa, embora possa garantir continuidade de valores institucionais, também pode limitar a exposição a diferentes perspectivas sobre profissionalismo e práticas educativas inovadoras²⁶.

A questão do abuso de substâncias indevidas (questão 8) merece análise particular, tanto por sua relevância específica na anestesiologia quanto pela alta variabilidade de respostas observada em ambos os grupos. Os DP elevados (2,53 para preceptores e 2,63 para residentes) indicam ausência de consenso sobre as sanções apropriadas, revelando uma lacuna importante na política institucional para abordagem dessa problemática.

A anestesiologia apresenta características únicas que aumentam o risco de transtornos por uso de substâncias (TUS) entre seus profissionais²⁷. O acesso facilitado a medicamentos controlados, o estresse inerente à especialidade e a cultura de automedicação podem contribuir para maior vulnerabilidade

dos anesthesiologistas a problemas relacionados ao uso de substâncias²⁸. Dados norte-americanos demonstram que, embora os anesthesiologistas representem uma pequena porcentagem do total de especialistas, constituem uma proporção significativa dos profissionais em programas de recuperação²⁹.

A variabilidade nas respostas sobre sanções para uso de substâncias reflete um dilema ético e prático enfrentado por educadores médicos: como equilibrar a necessidade de proteção dos pacientes com a abordagem terapêutica adequada para profissionais com TUS. Alguns participantes podem favorecer uma abordagem mais punitiva, visando à proteção imediata dos pacientes e ao efeito dissuasório. Outros podem preferir uma abordagem mais terapêutica, reconhecendo o TUS como uma condição médica que requer tratamento especializado³⁰.

A literatura internacional sugere que programas de prevenção, educação e suporte são mais eficazes que abordagens puramente punitivas³¹. Instituições norte-americanas que implementaram testes aleatórios de drogas, combinados com programas de educação e suporte, relataram resultados positivos na redução do problema^{32,33}. No contexto brasileiro, estudos indicam que a maioria dos profissionais reconhece os riscos do TUS para a segurança do paciente e a vida profissional, mas há necessidade de políticas institucionais claras e programas de suporte adequados^{11,23}.

Os resultados deste estudo, quando comparados com a literatura internacional, revelam padrões interessantes de convergência e divergência. Em estudo realizado na Arábia Saudita, 17 lapsos apresentaram percentuais de 2% a 38% de docentes que não caracterizavam certas questões como lapsos passíveis de sanção³⁴. Em contraste, o presente estudo mostrou preceptores mais rigorosos, com apenas um lapso apresentando 18% dos preceptores não sugerindo sanções (excluindo-se a questão 16 por suas particularidades contextuais).

Essa diferença pode refletir variações culturais e contextuais entre os sistemas de saúde e educação médica do Brasil e da Arábia Saudita. Fatores como estrutura legal, tradições educacionais e expectativas sociais sobre o comportamento médico podem influenciar significativamente as percepções sobre profissionalismo³⁵.

Em comparação com um estudo escocês, em que 46% dos estudantes de Medicina não pontuaram sanção para lapsos de profissionalismo¹², os residentes do presente estudo demonstraram maior rigor, com apenas três questões (9,67%) apresentando percentuais de neutralização que variaram de 6,3% a 19%. Essa diferença pode ser atribuída ao contexto da residência médica, em que os participantes já são médicos formados com maior consciência sobre responsabilidades profissionais, em contraste com estudantes de graduação que ainda estão em processo de formação da identidade profissional.

O estudo de Sá¹¹, realizado no contexto brasileiro com estudantes de Medicina, oferece uma comparação particularmente relevante. Quando comparado com aquele estudo, os preceptores deste estudo foram estatisticamente mais rígidos em cinco questões, enquanto os residentes foram mais rígidos em apenas uma questão relacionada à pesquisa e educação. Essa diferença pode refletir a maior proximidade dos residentes com atividades acadêmicas e de pesquisa, áreas em que a integridade é particularmente valorizada no ambiente da residência médica.

A análise das diferenças entre residentes do primeiro ano (R1) e residentes mais experientes (R2 + R3) revela um padrão preocupante de diminuição do rigor nas sanções ao longo do tempo de formação. Os R1 demonstraram maior severidade em questões relacionadas à compra de trabalhos e trapaça em provas, sugerindo que a exposição prolongada ao ambiente de residência pode levar à normalização de certos lapsos.

Esse fenômeno, conhecido na literatura como “erosão moral” ou “deriva ética”, representa um dos principais desafios na educação médica³⁶. A exposição contínua a práticas questionáveis, combinada com pressões do ambiente de trabalho e fadiga, pode levar à gradual aceitação de comportamentos que inicialmente seriam considerados inaceitáveis³⁷.

A diferença observada entre R1 e residentes mais experientes sugere a necessidade de intervenções educativas contínuas ao longo do programa de residência, não apenas no início da formação. Programas de profissionalismo devem ser longitudinais e incluir momentos de reflexão e reforço dos valores profissionais em diferentes estágios da formação³⁸.

A questão 16, sobre examinar pacientes sem conhecimento ou consentimento do preceptor, merece análise específica, considerando as particularidades da prática anestésica. A alta taxa de neutralização dessa questão entre residentes (56%) pode refletir confusão sobre a interpretação da questão no contexto específico do CET estudado.

Na anesthesiologia, a avaliação pré-anestésica é tradicionalmente realizada pelo residente de forma relativamente independente, com supervisão indireta do preceptor. Essa prática, embora educativamente valiosa, pode gerar ambiguidade sobre os limites da autonomia do residente e a necessidade de supervisão direta³⁹.

A diferença significativa entre preceptores e residentes nessa questão ($p = 0,018$) sugere necessidade de clarificação das políticas institucionais sobre supervisão e autonomia dos residentes. Diretrizes claras sobre quando a supervisão direta é necessária podem reduzir essa ambiguidade e melhorar a qualidade da formação⁴⁰.

A alta variabilidade observada em algumas questões, evidenciada pelos elevados DP, indica falta de consenso

sobre sanções apropriadas para determinados lapsos. Essa variabilidade é particularmente problemática do ponto de vista educacional, pois pode levar a inconsistências na aplicação de medidas disciplinares e à confusão entre os residentes sobre expectativas comportamentais.

As questões com maior variabilidade entre preceptores (fotografar pacientes e participação inadequada em mídias sociais) refletem desafios contemporâneos do profissionalismo médico que podem não ter sido adequadamente abordados na formação dos preceptores⁴¹. A era digital trouxe novos dilemas éticos que requerem discussão e consenso institucional sobre políticas apropriadas⁴².

Entre os residentes, a variabilidade em questões sobre falsificação de documentos e uso de álcool durante o trabalho pode refletir diferentes níveis de exposição a situações reais ou diferentes interpretações sobre a gravidade desses comportamentos. Essa variabilidade sugere necessidade de discussões mais aprofundadas sobre ética profissional durante a formação⁴³.

Os resultados deste estudo têm implicações importantes para o desenvolvimento de estratégias de ensino de profissionalismo na residência médica em anestesiologia. A identificação de diferenças sistemáticas entre preceptores e residentes sugere a necessidade de abordagens que promovam diálogo e alinhamento de expectativas.

Métodos de ensino que favorecem a identificação de lapsos profissionais e possibilitam reflexão por parte dos residentes tendem a gerar mudanças comportamentais mais efetivas. A implementação de ferramentas validadas para ensino e avaliação do profissionalismo médico na residência de anestesiologia é imperativa para garantir a formação adequada dos futuros especialistas.

A modelagem por preceptores emerge como estratégia fundamental, mas requer que os próprios preceptores tenham clareza sobre expectativas e padrões profissionais^{19,23}. Programas de desenvolvimento docente focados em profissionalismo podem ser necessários para garantir que os preceptores estejam adequadamente preparados para essa função educativa²³.

O feedback imediato quando situações surgem, associado a outros métodos educativos, representa uma das estratégias mais efetivas para ensino de profissionalismo². No entanto, é importante reconhecer que modelos negativos podem ter impacto mais duradouro que modelos positivos, reforçando a importância de um ambiente de aprendizagem que promova consistentemente comportamentos profissionais adequados³⁷.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados e em futuras

investigações sobre o tema. O tamanho amostral relativamente pequeno (27 participantes) constitui uma limitação importante. Estudos futuros com amostras maiores e multicêntricos poderiam fortalecer a validade externa dos achados.

O estudo foi realizado em uma única instituição, o que pode limitar a generalização dos resultados para outros programas de residência em anestesiologia com diferentes culturas institucionais, estruturas organizacionais ou contextos socioeconômicos. A cultura institucional específica do CET estudado, caracterizada pela predominância de preceptores formados na própria instituição, pode ter influenciado os resultados de forma particular.

A natureza transversal do estudo impede o estabelecimento de relações causais entre as variáveis estudadas. Um desenho longitudinal permitiria melhor compreensão da evolução das percepções sobre profissionalismo ao longo da formação e identificação de fatores que influenciam mudanças nessas percepções.

A coleta de dados foi realizada em um período específico (de julho a outubro de 2023), não capturando possíveis variações sazonais ou relacionadas a eventos específicos que poderiam influenciar as percepções sobre profissionalismo. Além disso, o contexto pós-pandemia de covid-19 pode ter influenciado as percepções sobre alguns aspectos do profissionalismo médico.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou uma dissonância significativa entre as percepções de preceptores e residentes em anestesiologia sobre a gravidade e as sanções para lapsos de profissionalismo. Os preceptores, em geral, demonstraram maior rigor, um reflexo de complexas interações entre fatores geracionais, hierárquicos e de experiência profissional. Um achado relevante foi a sugestão de uma “erosão moral” durante a formação, com residentes mais experientes mostrando-se menos rigorosos que os do primeiro ano em questões de integridade acadêmica. A alta variabilidade nas sanções para temas como o uso de substâncias e a conduta em mídias sociais aponta para a ausência de um consenso e a necessidade urgente de políticas institucionais claras.

Ao diagnosticar as percepções em um programa de residência, este trabalho reforça que o profissionalismo é um constructo dinâmico e destaca a importância de intervenções educacionais contínuas e do desenvolvimento docente para alinhar expectativas e fortalecer a formação de especialistas em anestesiologia competentes e eticamente responsáveis. O estudo contribui para o corpo de conhecimento sobre profissionalismo médico no contexto brasileiro e oferece subsídios para o desenvolvimento de estratégias educativas mais efetivas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora e colega Aline Brilhante.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Rachel Ribeiro conduziu o processo de pesquisa e investigação, realizou a coleta de dados/evidências e participou da preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado pelos integrantes do grupo de pesquisa original, especificamente revisão crítica, comentário ou revisão – incluindo as etapas de pré ou pós-publicação. Aline Veras Moraes Brilhante supervisionou e liderou o planejamento e a execução da atividade de pesquisa, incluindo orientação externa à equipe principal. Ana Maria Catrib, responsável como coorientadora e liderança no projeto de pesquisa. Henrique Luis do Carmo e Sá e Silvia de Melo Cunha fundamentais na avaliação da perspectiva do olhar acadêmico da pesquisa. Germana Leal Coutinho realizou coleta de dados e condução de entrevistas.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

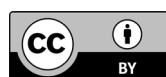
DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados de pesquisa só estão disponíveis mediante solicitação.

REFERÊNCIAS

1. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Common program requirements with background and intent. Chicago: ACGME; 2017. p. 1-19.
2. Feitosa ES, Brilhante AVM, Cunha S de M, Sá RB, Nunes RR, Carneiro MA, et al. Professionalism in the training of medical specialists: an integrative literature review. *Rev Bras Educ Med.* 2019;43(supl 1):692-9 [acesso em 2025 mai 29]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/kg4RNHQcBjXMf7X5WpVxkZv/?lang=pt>.
3. Goodwin AM, Oliver SW, McInnes I, Millar KF, Collins K, Paton C. Professionalism in medical education: the state of the art. *Int J Med Educ.* 2024 Apr 29;15:44-7 [acesso em 2025 jan 12]. Disponível em: <https://www.ijme.net/archive/15/professionalism-in-medical-education/?ref=linkout>.
4. Rego S. O profissionalismo e a formação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(4):568-76 [acesso em 2025 jan 23]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/TCgKSb6vVyZH5sfzQ9GxnSK/>.
5. Nascimento LA, Tramontini CC, Garanhani ML. O processo de aprendizagem do residente de anestesiologia: uma reflexão sobre o cuidado ao paciente. *Rev Bras Educ Med.* 2011;35(3):350-8
6. Chen F, Belgique ST, Canter C, Boscardin CK, Willie C, Mitchell JD, et al. Unprofessionalism in anesthesiology: a qualitative study on classifying unprofessional behavior in anesthesiology residency education. *J Clin Anesth.* 2024;95:111429.
7. Riveros R, Kimatian S, Castro P, Dhumak V, Honar H, Mascha EJ, et al. Multisource feedback in professionalism for anesthesia residents. *J Clin Anesth.* 2016;34:32-40.
8. Frantz AM, Fahy BG. The pulse of professionalism: administering feedback in anesthesiology residency. *J Clin Anesth.* 2024;96:111494.
9. Dexter F, Hindman BJ. Counting episodes of poor-quality faculty anesthesiologists' supervision and anesthesia residents' work habits among reported vignettes of insufficient professionalism. *J Clin Anesth.* 2024;95:111454.
10. Habib SR, Sattar K, Ahmad T, Barakah RM, Alshehri AM, Andejani AF, et al. An insightful evaluation of professionalism among dentistry students. *Saudi Dent J.* 2021;33(7):753-60.
11. Sá RB. Integridade acadêmica e desenvolvimento do profissionalismo médico na perspectiva de docentes e discentes [tese]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2021.
12. Roff S, Dherwani K. Development of inventory for polyprofessionalism lapses at the proto-professional stage of health profession education together with recommended responses. *Med Teach.* 2011;33(3):e133-42.
13. Ye H. Some key challenges in providing online professionalism education for medical students and residents. *Int J Med Inform.* 2025;202:105972.
14. Gholami-Kordkheili F, Wild V, Strech D. The impact of social media on medical professionalism: a systematic qualitative review of challenges and opportunities. *J Med Internet Res.* 2013;15(8):e184.
15. MacDonald J, Sohn S, Ellis P. Privacy, professionalism and Facebook: a dilemma for young doctors. *Med Educ.* 2010;44(8):805-13.
16. O'Connor S, Zhang M, Honey M, Lee JJ. Digital professionalism on social media: a narrative review of the medical, nursing, and allied health education literature. *Int J Med Inform.* 2021;153:104514.
17. Ventola CL. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. *P T.* 2014;39(7):491-520.
18. Kaczmarczyk JM, Chuang A, Dugoff L, Abbott JF, Cullimore AJ, Casey PM, et al. e-Professionalism: a new frontier in medical education. *Teach Learn Med.* 2013;25(2):165-70.
19. Ruiz PFC. Preceptoria em residência médica: uma avaliação sob a perspectiva dos preceptores. *Rev Bras Educ Med.* 2024;48(2):e056.
20. Oliveira FJAQ. Análise da formação da identidade profissional de ginecologistas-obstetras na residência médica [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.
21. Cooley J, Kennie-Kaulbach N, Crespo K, Anksorus H, Riley B, Williams C, et al. Professional identity, pivotal moments, and influences: implications for preceptor development. *Curr Pharm Teach Learn.* 2025;17(6):102345.
22. Twenge JM, Campbell SM, Hoffman BJ, Lance CE. Generational differences in work values: leisure and extrinsic values increasing, social and intrinsic values decreasing. *J Manag.* 2010;36(5):1117-42.
23. Sousa HF, Messias CMB. Papel do preceptor na formação de profissionais em cenário de prática: revisão de literatura. *Braz J Dev.* 2021;7(11):108893-904.
24. Vilagra SMBW, Vilagra MM, Vilagra HW, Romanholi RMZ. Percepção de preceptores do internato sobre a influência de modelos na formação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2022;46(3):e089.
25. Santana KR, Orestes MS, Silva ACSS, Santos LPS, Pereira Neto A, Santos AM. Reflexões sobre a prática pedagógica dos preceptores em residências em saúde. *Brazilian Journal of Health Review.* 2024;7(1):1735-48.
26. Machado CDB, Wuol A, Heinzle M. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(4):66-73.
27. Bryson EO, Silverstein JH. Addiction and substance abuse in anesthesiology. *Anesthesiology.* 2008;109(5):905-17.
28. Wischmeyer PE, Johnson BR, Wilson JE, Dingmann C, Bachman HM, Roller CG, et al. A survey of propofol abuse in academic anesthesia programs. *Anesth Analg.* 2007;105(4):1066-71.
29. Warner DO, Berge K, Sun H, Harman A, Hanson A, Schroeder DR. Substance use disorder among anesthesiology residents, 1975-2009. *JAMA.* 2013;310(21):2289-96.
30. Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, Johnson J, Alberti S, et al. Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. *JAMA.* 2005;293(12):1453-60.

31. Skipper GE, Campbell MD, Dupont RL. Anesthesiologists with substance use disorders: a 5-year outcome study from 16 state physician health programs. *Anesth Analg*. 2009;109(3):891-6.
32. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. *JAMA*. 1987;257(21):2927-30.
33. Alshareef MH, Flemban AF. How preceptor behaviour shapes the future of medical professionals. *Adv Med Educ Pract*. 2025 Jan 30;16:135-44.
34. Sattar K, Roff S, Meo SA. Your professionalism is not my professionalism: congruence and variance in the views of medical students and faculty about professionalism. *BMC Med Educ*. 2016;16:285.
35. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Acad Med*. 2015;90(6):718-25.
36. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med*. 1994;69(8):670-9.
37. Zhou SY, Kabir R, Cripps C. Implemented strategies to address the hidden curriculum in surgical training: opportunities for change. *J Surg Educ*. 2025;82(9):103579. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2025.103579>.
38. Levinson W, Ginsburg S, Hafferty FW, Lucey CR. Understanding medical professionalism. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
39. American Society of Anesthesiologists. Standards for basic anesthetic monitoring. Washington: ASA; 2015 [acesso em 2024 dez 15]. Disponível em: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines>.
40. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Diretrizes para programas de residência médica em anestesiologia. Rio de Janeiro: SBA; 2020.
41. Pronk SA, Gorter SL, van Luijk SJ, Oudhuis GJ, Barnhoorn PC, van Mook WNKA. Online professionalism through the lens of medical students and residents: a focus group study. *Int J Med Inform*. 2025;198:105879.
42. Bristow C, Howard B, Ilic D. Social media utilisation in Australian medical education: a qualitative exploration of student perspectives. *Clin Teach*. 2025;22(5):e70160.
43. Brisette MD, Johnson KA, Raciti PM, McCloskey CB, Gratzinger DA, Conran RM, et al. Perceptions of unprofessional attitudes and behaviors: implications for faculty role modeling and teaching professionalism during pathology residency. *Arch Pathol Lab Med*. 2017;141(10):1394-401.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.