

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Tradução e adaptação transcultural da Escala Nijmegen de Consciência de Gênero na Medicina para o português brasileiro

Vitoria Carolina Kollross, Ursula Bueno do Prado Guirro

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.16916>

Submetido em: 2026-07-15

Postado em: 2026-07-23 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Tradução e adaptação transcultural da Escala Nijmegen de Consciência de Gênero na Medicina para o português brasileiro

Vitória Carolina Kollross, Graduanda no curso de Medicina, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. ORCID <https://orcid.org/0009-0002-4862-1677>

Úrsula Bueno do Prado Guirro, Docente no curso de Medicina, Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4879-3057>

RESUMO

A Escala Nijmegen de Consciência de Gênero na Medicina (N-GAMS) mensura a sensibilidade de gênero e as ideologias de papéis de gênero dirigidas a pacientes e a profissionais, mas não dispunha de versão em português brasileiro. Este estudo metodológico traduziu e adaptou o instrumento, avaliou a equivalência dos itens por comitê de especialistas e verificou a viabilidade de sua aplicação. O processo seguiu o protocolo de seis etapas de Beaton et al. e cumpriu as cinco iniciais: tradução, síntese, retrotradução, comitê de sete juízes e pré-teste; a apreciação pelos autores originais está prevista para após a validação. O pré-teste foi aplicado a estudantes do 7º semestre de medicina, com estimativa do alfa de Cronbach, da correlação item-total corrigida e dos efeitos de teto e de chão. Doze dos 32 itens receberam observações do comitê e cinco foram alterados. Responderam 20 dos 80 estudantes convidados, sem dados ausentes nem dificuldade de compreensão. As subescalas de sensibilidade de gênero ($\alpha = 0,811$) e de ideologia dirigida a pacientes ($\alpha = 0,857$) igualaram o instrumento original, enquanto a dirigida a profissionais ficou abaixo do limiar convencional ($\alpha = 0,677$). Nove itens apresentaram correlação item-total inferior a 0,30, e sete deles já haviam sido descartados nas versões portuguesa e francesa. Orientados a avaliar a tradução, os juízes criticaram o conteúdo dos itens. A versão brasileira mostrou-se compreensível e aplicável. A coincidência entre os itens deficientes no Brasil e os descartados em outros países aponta uma limitação do próprio instrumento. A dificuldade dos juízes em separar a crítica ao conteúdo da avaliação da equivalência interessa a futuras adaptações de escalas de estereótipos.

Palavras-chave: Sexismo; Educação Médica; Comparação Transcultural; Inquéritos e Questionários; Identidade de Gênero.

ABSTRACT

Translation and cross-cultural adaptation of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale into Brazilian Portuguese

The Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS) measures gender sensitivity and gender role ideologies towards patients and physicians, but no Brazilian Portuguese version was available. This methodological study translated and adapted the instrument, assessed item equivalence through an expert committee and examined its feasibility. The process followed Beaton et al.'s six-stage protocol and completed the first five: translation, synthesis, back-translation, a committee of seven judges and pretest; appraisal by the original authors is planned after validation. The pretest was administered to seventh-semester medical students, with estimation of Cronbach's alpha, corrected item-total correlations and floor and ceiling effects. Twelve of the 32 items received comments from the committee and five were modified. Twenty of the 80 invited students responded, with no missing data and no difficulty understanding the items. The gender sensitivity ($\alpha = 0.811$) and ideology towards patients ($\alpha = 0.857$) subscales matched the original instrument, whereas the one towards physicians fell below the conventional threshold ($\alpha = 0.677$). Nine items showed corrected item-total correlations below 0.30, seven of which had already been discarded in the Portuguese and French versions. Instructed to

assess the translation, the judges criticized the content of the items. The Brazilian version proved comprehensible and applicable. The overlap between the items that underperformed in Brazil and those discarded elsewhere points to a limitation of the instrument itself. The judges' difficulty in separating criticism of content from the assessment of equivalence is relevant to future adaptations of stereotype scales.

Keywords: Sexism; Education, Medical; Cross-Cultural Comparison; Surveys and Questionnaires; Gender Identity.

Introdução

As desigualdades de gênero interferem na decisão médica e a abordagem da doença arterial coronariana exemplifica o panorama. As mulheres são investigadas e tratadas de modo diferente dos homens, com repercussão na apresentação, no diagnóstico e no prognóstico¹, de forma que a mortalidade após o infarto do miocárdio permanece maior entre elas². A diferença vem de um raciocínio clínico que toma o corpo masculino como referência e trata os sintomas da mulher como desvio do padrão médico.

O viés não se resume à atitude isolada de um profissional, pois integra uma cultura aprendida durante a formação e transmitida entre gerações, que se reproduz mesmo quando a composição por sexo de quem exerce a medicina é modificada³. No Brasil, as mulheres são maioria entre os estudantes desde 2010 e representam 61,8% dos matriculados em 2023 e só ultrapassaram os homens entre os médicos em atividade em 2025, quando alcançaram 50,9%⁴. O crescimento numérico não garante, por si, a mudança da cultura, e convive com a persistência da assimetria por área, já que as médicas são maioria em apenas 20 das 55 especialidades reconhecidas no Brasil⁴.

A própria saúde da mulher se organizou por muito tempo em torno do ciclo gravídico-puerperal, o que a deixava assistida na gestação e no parto e desamparada no restante da vida. A atenção integral rompeu com essa lógica materno-infantil ao incorporar a integralidade e a perspectiva de gênero⁵, mas o cuidado à mulher segue em boa parte ancorado na reprodução, o que reforça desigualdades e deixa na sombra outras dimensões do seu adoecimento⁶. Com as mulheres agora majoritárias no exercício da profissão, torna-se oportuno verificar se a cultura acompanha a demografia e construir uma medicina que inclua a mulher de fato, e não apenas por políticas voltadas à reprodução. Para isso é preciso um instrumento capaz de aferir essa cultura.

Na medicina, as percepções estereotipadas de gênero recaem sobre dois personagens distintos: os pacientes e os profissionais⁷. Para medir essas percepções, Verdonk et al.⁸ construíram a *Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale* (N-GAMS) junto de estudantes de medicina. O instrumento, publicado originalmente em inglês, distingue a sensibilidade de gênero das ideologias de papéis de gênero e separa estas últimas conforme os personagens, pacientes ou profissionais, em três subescalas. A escala

apresentou propriedades psicométricas adequadas em seu contexto de origem⁸ e foi posteriormente adaptada para o português europeu⁹, o árabe¹⁰ e o francês¹¹.

Outras escalas aferem o viés de gênero na educação médica, como a Gender Bias in *Medical Education Scale*, que mensura a consciência do estudante sobre o viés, a crença de que ele deva ser enfrentado e a experiência de vivê-lo ao longo da formação¹². O N-GAMS dirige-se a outro objeto, as atitudes do estudante em relação a pacientes e a profissionais na prática clínica, o que torna os dois instrumentos complementares.

Estereótipos de gênero se manifestam entre estudantes de medicina durante a graduação, seja na percepção do ensino de anatomia¹³, seja nas atitudes aferidas pelo N-GAMS^{14,15}. A associação entre essas atitudes e o estágio na formação, no entanto, difere entre os países. Rustemi et al.¹⁶ encontraram menos estereótipos dirigidos a pacientes entre os estudantes suíços mais velhos. Na Itália, Bert et al.¹⁵ observaram o oposto. Em Portugal, Morais, Bernardes e Verdonk⁹ não encontraram associação. Ao reunir esses resultados, Goussault-Capmas, Panjo e Pelletier-Fleury¹¹ ressaltam que dados transversais não permitem distinguir um efeito de idade de um efeito de coorte. Wortmann et al.¹⁷ verificaram maior consciência de gênero entre estudantes de instituições com ensino estruturado sobre gênero e saúde.

Não foram identificadas, até o momento, versões do N-GAMS traduzidas e adaptadas para o português brasileiro. Este estudo teve por objetivo realizar a tradução e a adaptação transcultural do N-GAMS para o português brasileiro, avaliar a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual da versão adaptada por meio de comitê de especialistas e verificar a viabilidade de aplicação do instrumento em estudo piloto com estudantes de medicina, disponibilizando a Escala Nijmegen de Consciência de Gênero na Medicina, versão brasileira (N-GAMS-BR).

Método

Trata-se de estudo metodológico de tradução e adaptação transcultural do N-GAMS para o português brasileiro, conduzido conforme as diretrizes de Beaton et al.¹⁸ para instrumentos autorreferidos e as recomendações do *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments* (COSMIN) para o desenho de estudos sobre propriedades de medida¹⁹. O processo seguiu o protocolo de seis etapas de Beaton et al.¹⁸ e cumpriu as cinco iniciais: tradução, síntese, retrotradução, avaliação por comitê de especialistas e pré-teste. A sexta etapa, de apreciação do processo pelos autores do instrumento, ocorrerá após a validação psicométrica, em curso. O pré-teste consistiu na aplicação piloto do instrumento a estudantes de medicina, com delineamento transversal.

O N-GAMS reúne 32 itens em três subescalas: a *Gender Sensitivity* (GS) tem 14 itens e avalia a disposição de reconhecer as diferenças de gênero na prática médica, a

Gender Role Ideology towards Patients (GRI-P) tem 11 itens e mensura os estereótipos dirigidos a pacientes homens e mulheres e a *Gender Role Ideology towards Doctors* (GRI-D) tem 7 itens e mensura os estereótipos dirigidos a profissionais segundo o gênero.

Cada item é respondido em escala Likert de cinco pontos, de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Doze dos catorze itens da GS estão redigidos na direção da baixa sensibilidade de gênero e exigem recodificação inversa, sendo diretos apenas o GS2 e o GS13. Adotou-se a codificação de Goussault-Capmas, Panjo e Pelletier-Fleury¹¹, que marcam o GS1 como item invertido, e não a de Verdonk et al.⁸, cuja tabela assinala onze itens invertidos, divergência discutida adiante. Após a recodificação, os escores altos na GS passam a indicar maior sensibilidade. As subescalas GRI-P e GRI-D não têm itens invertidos e os escores altos indicam maior adesão aos estereótipos. O instrumento não prevê escore total, pois as três subescalas medem construtos distintos e recebem análise separada⁸.

Três tradutores nativos brasileiros e bilíngues traduziram o instrumento de forma independente, evitando a comunicação entre si. A composição do grupo foi intencional e buscou perspectivas complementares. A primeira versão coube a uma estudante de medicina sem familiaridade com estudos de gênero, cuja linguagem se aproxima da do público-alvo. A segunda coube a uma médica com experiência em educação médica e em estudos de gênero, que assegurou a precisão conceitual do construto. A terceira coube a um profissional de tecnologia da informação, alheio ao tema, para uma leitura linguística independente do campo. As versões foram nomeadas T1, T2 e T3.

As três versões foram comparadas, e cada divergência foi analisada quanto à equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual. A síntese resultante, denominada T4, priorizou a equivalência conceitual sobre a literalidade e preservou a estrutura do instrumento. Manteve-se também a polaridade de cada item, exigência do próprio N-GAMS, uma vez que inverter a direção de um enunciado tornaria inválida a recodificação prevista no original.

Dois tradutores profissionais bilíngues, nativos brasileiros e sem contato prévio com o instrumento ou com os objetivos do estudo, retrotraduziram a T4 para o inglês e produziram as versões RT1 e RT2. As duas retrotraduções foram comparadas entre si e cada uma com o original, item a item, à procura de discrepâncias semânticas e perdas de conteúdo. A comparação orientou a elaboração da versão pré-final, submetida em seguida ao comitê de especialistas.

Sete juízes avaliaram a versão pré-final entre março e abril de 2026, de forma individual e assíncrona, em documento eletrônico com espaço para comentários abertos em cada item. O comitê reuniu três estudantes de medicina e quatro profissionais das áreas de

medicina e direito, com diversidade de gênero, raça e orientação sexual, todos com interesse em bioética, estudos de gênero e interseccionalidade.

Os juízes foram orientados a avaliar cada item quanto à clareza e à adequação no nível de um estudante de medicina, preservando a identidade de gênero dos enunciados e evitando alteração do conteúdo. A orientação foi necessária porque os estereótipos do instrumento são intencionais: os itens das subescalas GRI-P e GRI-D enunciam preconceitos que o respondente deve endossar ou rejeitar, e atenuá-los descaracterizaria a medida. Definiu-se previamente que apenas as observações relativas à linguagem, como equivalência da tradução e à adaptação cultural, seriam passíveis de incorporação. As propostas de alteração do conteúdo dos itens, ainda que pertinentes, foram registradas sem gerar mudança, uma vez que o estudo se propõe a adaptar um instrumento existente, e não a reformulá-lo. A avaliação foi qualitativa e não gerou escores por item nem índices de validade de conteúdo.

A aplicação da versão pré-final ocorreu em abril de 2026. Os 80 estudantes matriculados no 7º semestre do curso de medicina da instituição foram convidados, e 20 responderam, taxa de resposta de 25%. O questionário ficou disponível em formulário eletrônico, precedido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com participação voluntária e sem identificação. Foram coletados o gênero autoidentificado, a autoidentificação étnico-racial, o período do curso e a data de nascimento. A idade foi calculada a partir da data de nascimento e da data de resposta ao questionário. Um campo aberto ao final do questionário pedia o registro de qualquer dificuldade de compreensão dos itens. A etapa teve por finalidade verificar a inteligibilidade dos enunciados e a viabilidade operacional do instrumento.

As respostas foram convertidas em escores de 1 a 5. Os doze itens invertidos da GS foram recodificados pela fórmula ($6 - \text{score original}$), de modo que os escores altos passassem a indicar maior sensibilidade de gênero. As subescalas GRI-P e GRI-D não foram recodificadas. A consistência interna de cada subescala foi estimada pelo alfa de Cronbach, adotando-se 0,70 como limiar de adequação para fins de pesquisa²⁰. A análise de itens compreendeu a correlação item-total corrigida, com $r \geq 0,30$ como critério de contribuição do item à escala, e o alfa da subescala na hipótese de exclusão de cada item.

Os efeitos de teto e de chão foram definidos pela concentração de mais de 80% das respostas em um dos extremos. Os escores de cada subescala resultaram da média de seus itens, conforme o instrumento original, e são apresentados como média $\pm$ desvio-padrão. O tamanho da amostra restringe o alcance dos índices, que constituem evidência preliminar do funcionamento dos itens, sem finalidade de validação psicométrica. A análise fatorial confirmatória e a estimativa da confiabilidade em amostra ampliada serão

objeto de publicação subsequente. As análises foram conduzidas no R 4.6.0, com o pacote psych 2.6.5.

O estudo cumpriu as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CAAE nº 93246925.6.0000.0102, parecer nº 8.251.276). Todos os participantes do pré-teste assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os detentores dos direitos do instrumento concederam autorização formal e prévia para a tradução, a adaptação e a designação da versão brasileira.

Resultados

Adaptação transcultural

Dos 32 itens submetidos ao comitê, 12 receberam ao menos uma observação e 20 não receberam nenhuma. Nove observações incidiram sobre a linguagem dos itens e três propunham alteração de conteúdo. Cinco itens foram alterados. O Quadro 1 apresenta as observações e as decisões correspondentes, e o Quadro S2 do material suplementar detalha, para cada item modificado, a versão submetida ao comitê, a observação registrada e a versão final.

Quadro 1. Observações do comitê de especialistas e decisões da equipe				
<i>Item</i>	<i>Juizes , n</i>	<i>Observação</i>	<i>Tipo</i>	<i>Decisão</i>
GS1	4	"Iniquidades" é termo pouco familiar ao público-alvo	Linguagem	Substituído por "desigualdades"
GS4	1	Distinguir sexo biológico de gênero	Conteúdo	Mantido: distinção ausente no original em inglês
GS5	2	Aspectos médicos" é vago	Linguagem	Substituído por "particularidades clínicas"
GS6	1	Enunciado não esclarece de quem é a vida a que se refere	Linguagem	Acrescentado "pacientes"
GS7	1	Enunciado não contempla pessoas trans	Conteúdo	Mantido: alteração modificaria o construto original em inglês
GS8	3	Enunciado admite interpretações opostas	Linguagem	Reformulado
GRI-P1	1	Comparação pouco clara na ordem da frase	Linguagem	Reordenado
GRI-P3	1	"Contexto da consulta" restringe	Conteúdo	Mantido: formulação original mais

Quadro 1. Observações do comitê de especialistas e decisões da equipe				
		demais o que cabe na consulta		fiel ao enunciado em inglês
GRI-P8	1	Proposta de atenuar o estereótipo enunciado	Conteúdo	Mantido: formulação original mais fiel ao enunciado em inglês
GRI-P9	1	Proposta de atenuar o estereótipo enunciado	Conteúdo	Mantido: formulação original mais fiel ao enunciado em inglês
GRI-D5	1	Proposta de atenuar o estereótipo enunciado	Conteúdo	Mantido: formulação original mais fiel ao enunciado em inglês
GRI-D6	3	Não fica claro se "trabalho" significa carga, tipo ou demanda	Linguagem	Mantido: amplitude corresponde ao enunciado original em inglês

Nota: os 20 itens não listados não receberam observação de nenhum juiz. O comitê foi composto por sete juízes. Fonte: elaborado pelas autoras.

As três observações de conteúdo propunham alterar os enunciados. Uma juíza sugeriu que o GS4 distinguisse sexo biológico de gênero e um juiz propôs que o GS7 explicitasse identidades cis e trans, distinções ausentes do instrumento original. Um terceiro juiz considerou que a expressão "contexto da consulta", no GRI-P3, restringiria demais o escopo do encontro clínico. Nenhuma foi incorporada, por alterarem o construto medido, e não a sua expressão na língua portuguesa do Brasil.

Dois juízes registraram, de forma independente, que os atributos positivos da escala recaem predominantemente sobre o médico homem e os negativos sobre a médica mulher ou a paciente mulher, o que poderia favorecer respostas socialmente desejáveis. A crítica foi considerada pertinente, mas a alteração da polaridade dos itens descaracterizaria o instrumento.

O padrão persistiu apesar da orientação prévia de que a tarefa consistia em avaliar a adequação da tradução. A recorrência de propostas de alteração do conteúdo sugere a dificuldade específica de avaliar um instrumento cujos itens enunciam, de forma deliberada, os estereótipos que se propõem a medir, pois a leitura crítica do conteúdo tende a se sobrepor à avaliação da equivalência linguística. O achado tem implicações para a condução de comitês de especialistas em adaptação de escalas atitudinais.

Participantes do pré-teste

Dos 80 estudantes convidados, 20 responderam ao pré-teste, entre 20 e 22 de abril de 2026. Todos cursavam o 7º semestre. A idade média foi de $23,5 \pm 2,1$ anos, variando de 20,6 a 28,6. Catorze autodeclararam-se do gênero feminino (70%) e seis do masculino (30%). Treze se declararam brancos (65%), três amarelos (15%), dois pardos

(10%), um preto (5%) e um indígena (5%). Não houve dados ausentes. Nenhum participante relatou dificuldade de compreensão dos itens no campo aberto do questionário.

Consistência interna e análise dos itens

A subescala GRI-P alcançou a maior consistência interna ($\alpha = 0,857$), seguida da GS ($\alpha = 0,811$). A GRI-D ficou abaixo do limiar convencional de 0,70 ($\alpha = 0,677$). Os participantes demonstraram alta sensibilidade de gênero (GS = $4,40 \pm 0,51$) e baixa adesão a estereótipos, tanto em relação a pacientes (GRI-P = $2,20 \pm 0,70$) quanto a profissionais (GRI-D = $1,99 \pm 0,59$). Dos 32 itens, 23 alcançaram correlação item-total corrigida adequada ($r \geq 0,30$). A Tabela 1 traz os índices item a item.

Tabela 1. Análise dos itens do N-GAMS-BR no pré-teste (n = 20)					
<i>Item</i>	<i>média ± desvio-padrão</i>	<i>r item-total</i>	<i>α sem o item</i>	<i>% escore mínimo</i>	<i>% escore máximo</i>
<i>Sensibilidade de Gênero (GS); $\alpha = 0,811$</i>					
GS1	4,45 ± 1,00	0,775	0,770	0	70
GS2	4,85 ± 0,37	0,574	0,801	0	85 ^a
GS3	4,75 ± 0,72	0,617	0,789	0	85 ^a
GS4	4,50 ± 1,00	0,843	0,764	0	75
GS5	4,45 ± 0,94	0,759	0,773	0	65
GS6	4,50 ± 0,69	0,194 ^b	0,813	0	60
GS7	4,30 ± 1,17	0,413	0,802	5	65
GS8	3,10 ± 1,48	0,203 ^b	0,832	25	15
GS9	4,30 ± 1,17	0,282 ^b	0,814	5	65
GS10	4,40 ± 0,99	0,460	0,797	0	65
GS11	3,60 ± 1,35	0,608	0,783	5	35
GS12	4,85 ± 0,37	0,214 ^b	0,812	0	85 ^a
GS13	4,80 ± 0,52	0,135 ^b	0,815	0	85 ^a
GS14	4,80 ± 0,41	0,455	0,804	0	80
<i>Ideologia de Papéis de Gênero em Relação a Pacientes (GRI-P); $\alpha = 0,857$</i>					
GRI-P1	1,40 ± 0,75	0,527	0,849	75	0
GRI-P2	1,45 ± 0,89	0,720	0,835	75	0

Tabela 1. Análise dos itens do N-GAMS-BR no pré-teste (n = 20)

GRI-P3	2,40 ± 1,23	0,525	0,847	30	0
GRI-P4	2,85 ± 1,18	0,659	0,836	15	5
GRI-P5	2,25 ± 1,37	0,595	0,842	45	0
GRI-P6	2,05 ± 1,39	0,464	0,855	50	10
GRI-P7	3,10 ± 1,55	0,689	0,835	25	20
GRI-P8	1,55 ± 0,89	0,554	0,846	65	0
GRI-P9	1,40 ± 0,68	0,651	0,844	70	0
GRI-P10	1,50 ± 0,83	0,624	0,842	65	0
GRI-P11	4,30 ± 0,86	0,255 ^b	0,863	0	50

Ideologia de Papéis de Gênero em Relação a Médicos e Médicas (GRI-D); $\alpha = 0,677$

GRI-D1	2,20 ± 1,24	0,551	0,586	40	5
GRI-D2	2,30 ± 1,26	0,547	0,588	40	0
GRI-D3	1,25 ± 0,64	0,097 ^b	0,698	85 ^c	0
GRI-D4	3,20 ± 1,01	0,138 ^b	0,707	5	10
GRI-D5	1,30 ± 0,57	0,266 ^b	0,672	75	0
GRI-D6	1,45 ± 1,00	0,438	0,628	80	0
GRI-D7	2,20 ± 1,15	0,638	0,557	35	0

Nota: valores expressos como média ± desvio-padrão. Os itens da subescala GS estão apresentados após a recodificação dos doze itens invertidos. Escores altos na GS indicam maior sensibilidade de gênero; escores altos na GRI-P e na GRI-D indicam maior adesão a estereótipos de papéis de gênero. Com 20 respondentes, cada participante corresponde a 5% da amostra. M: média; DP: desvio-padrão; r item-total: correlação item-total corrigida; α : alfa de Cronbach. GS: Sensibilidade de Gênero; GRI-P: Ideologia de Papéis de Gênero em Relação a Pacientes; GRI-D: Ideologia de Papéis de Gênero em Relação a Médicos e Médicas. ^a Efeito de teto: mais de 80% das respostas no escore máximo. ^b Correlação item-total abaixo do critério de adequação ($r < 0,30$). ^c Efeito de chão: mais de 80% das respostas no escore mínimo. Fonte: elaborada pelas autoras.

Três juízes haviam apontado ambiguidade no GS8, confirmada pelos dados: o item obteve a maior dispersão da subescala ($3,10 \pm 1,48$), a média mais próxima do ponto neutro e correlação item-total de apenas 0,203.

O GRI-D4 e o GRI-P11 destoaram das respectivas subescalas. O GRI-D4 atribui um traço positivo à médica mulher, único item da escala a fazê-lo. Os participantes tenderam a concordar com ele ($3,20 \pm 1,01$), ao passo que rejeitaram os demais itens da GRI-D, e sua correlação item-total ficou em 0,138. O GRI-P11, cujo estereótipo recai sobre

o paciente homem, comportou-se de modo semelhante, com média de $4,30 \pm 0,86$ e correlação de 0,255.

Os quatro itens da GS com efeito de teto, GS2, GS3, GS12 e GS13, afirmam a necessidade de considerar as diferenças de gênero na prática médica. Na direção oposta, o GRI-D3, que atribui maior eficiência ao médico homem, reuniu a discordância total de 85% dos participantes, único caso de efeito de chão.

Concluído o pré-teste, a versão pré-final foi consolidada como N-GAMS-BR. O Quadro 2 apresenta os 32 itens do instrumento e o Quadro S1 do material suplementar traz a correspondência item a item com o original.

Quadro 2. Escala Nijmegen de Consciência de Gênero na Medicina, versão brasileira (N-GAMS-BR)	
Instrução de resposta: "Você considera que...". Escala Likert de cinco pontos: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo parcialmente), 3 (não concordo nem discordo), 4 (concordo parcialmente), 5 (concordo totalmente).	
Item	Enunciado
<i>Sensibilidade de Gênero (GS)</i>	
GS1 (R)	Abordar as diferenças entre homens e mulheres cria desigualdades na atenção à saúde.
GS2	O conhecimento dos profissionais da medicina acerca de diferenças de gênero na saúde e na doença aumenta a qualidade do cuidado.
GS3 (R)	Os profissionais da medicina devem abordar apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres.
GS4 (R)	Em condições de saúde não específicas de sexo, o sexo/gênero de pacientes é irrelevante.
GS5 (R)	Os profissionais da medicina devem se restringir, tanto quanto possível, às particularidades clínicas das queixas de saúde de homens e mulheres.
GS6 (R)	Os profissionais da medicina não precisam saber o que ocorre na vida de pacientes homens e mulheres para serem capazes de oferecer atendimento médico.
GS7 (R)	As diferenças entre médicos homens e médicas mulheres são pequenas demais para serem relevantes.
GS8 (R)	Pacientes homens e mulheres são diferentes, mas profissionais da medicina devem tratar todas as pessoas igualmente.
GS9 (R)	Os profissionais da medicina que abordam as diferenças de gênero não estão lidando com as questões importantes.
GS10 (R)	Quando profissionais da medicina se comunicam com pacientes, não importa se os pacientes são homens ou mulheres.
GS11 (R)	No diálogo com pacientes, não importa se o profissional da medicina é homem ou mulher.
GS12 (R)	As diferenças entre pacientes homens e mulheres são tão pequenas que os profissionais da medicina dificilmente podem levá-las em consideração.
GS13	Os profissionais da medicina devem abordar as diferenças de gênero na etiologia e nas consequências da doença para um tratamento eficaz.

Quadro 2. Escala Nijmegen de Consciência de Gênero na Medicina, versão brasileira (N-GAMS-BR)	
GS14 (R)	Não é necessário considerar diferenças de gênero na forma de apresentação das queixas de pacientes.
<i>Ideologia de Papéis de Gênero em Relação a Pacientes (GRI-P)</i>	
GRI-P1	Pacientes homens, em comparação com as pacientes mulheres, compreendem melhor a abordagem dos profissionais da medicina.
GRI-P2	Pacientes mulheres, em comparação com pacientes homens, têm expectativas utópicas em relação aos profissionais da medicina.
GRI-P3	Pacientes mulheres, com mais frequência do que pacientes homens, querem discutir com os profissionais da medicina problemas que não pertencem ao contexto da consulta.
GRI-P4	Pacientes mulheres esperam muito apoio emocional dos profissionais da medicina.
GRI-P5	Pacientes homens são menos exigentes do que pacientes mulheres.
GRI-P6	Pacientes mulheres são maiores usuárias de serviços de saúde do que seria realmente necessário.
GRI-P7	Pacientes homens não procuram os profissionais da medicina por problemas de saúde inofensivos.
GRI-P8	Sintomas sem explicação médica se apresentam em pacientes mulheres porque elas se queixam muito de sua saúde.
GRI-P9	Pacientes mulheres queixam-se de sua saúde porque necessitam de mais atenção do que pacientes homens.
GRI-P10	É mais fácil identificar causas de queixas de saúde em pacientes homens porque eles se comunicam de maneira direta.
GRI-P11	Pacientes homens recorrem aos serviços de saúde com maior frequência por problemas que deveriam ter prevenido.
<i>Ideologia de Papéis de Gênero em Relação a Médicos e Médicas (GRI-D)</i>	
GRI-D1	Médicos homens dão ênfase excessiva aos aspectos técnicos da medicina em comparação com médicas mulheres.
GRI-D2	Médicas mulheres prolongam muito as consultas em comparação com médicos homens.
GRI-D3	Médicos homens são mais eficientes do que médicas mulheres.
GRI-D4	Médicas mulheres são mais empáticas do que médicos homens.
GRI-D5	Médicas mulheres consideram desnecessariamente a forma como cada paciente vivencia a doença.
GRI-D6	Médicos homens são mais capazes de lidar com trabalho do que médicas mulheres.
GRI-D7	Médicas mulheres se envolvem muito emocionalmente com seus pacientes.
Nota: (R) indica item de pontuação invertida, recodificado pela fórmula (6 – escore original) antes da análise. Após a recodificação, escores altos na subescala GS indicam maior sensibilidade de gênero. Nas subescalas GRI-P e GRI-D não há itens invertidos, e escores altos indicam maior adesão a estereótipos de papéis de gênero. O instrumento não prevê escore total, pois cada subescala é analisada separadamente. O item GRI-D6 foi aplicado sem o artigo definido antes de "trabalho"; a supressão passou despercebida na revisão final, e a redação foi mantida por corresponder à versão efetivamente aplicada no pré-teste e na coleta subsequente. Fonte: elaborado de Verdonk et al.⁸, mediante autorização dos detentores dos direitos.	

Discussão

Este estudo produziu a primeira versão do N-GAMS traduzida e adaptada para o português brasileiro, seguindo as cinco das seis etapas de Beaton et al.¹⁸, com três tradutores de perfis distintos, avaliação por sete juízes e verificação da viabilidade em pré-teste.

No pré-teste, a GS e a GRI-P reproduziram a consistência interna do instrumento original, que Verdonk et al.⁸ obtiveram em torno de 0,80 e 0,85 com cerca de 385 respondentes. A versão francesa registrou 0,806 na GS entre 900 médicos¹¹ e a árabe, 0,848 na GRI-P¹⁰. Amostras de tamanhos e contextos tão diferentes chegam ao mesmo lugar, o que sugere que essas duas subescalas resistiram à transposição cultural.

A GRI-D ficou abaixo do limiar de 0,70²⁰ e longe do valor que Verdonk et al.⁸ obtiveram com os mesmos sete itens. Convém uma ressalva antes de creditar isso ao contexto brasileiro ou ao tamanho da amostra. Moraes, Bernardes e Verdonk⁹ e Goussault-Capmas, Panjo e Pelletier-Fleury¹¹ relatam alfas altos para a GRI-D, mas os dois só os alcançaram depois de descartar itens, trabalhando com cinco, e não com sete. Comparar esses valores com os do N-GAMS-BR, que manteve a subescala inteira, é comparar coisas desiguais.

O achado mais forte do pré-teste não está em nenhum item isolado, e sim na coincidência entre o que falhou aqui e o que as outras versões já haviam descartado. Dos nove itens abaixo do critério de correlação item-total, sete já tinham sido eliminados em Portugal ou na França. Goussault-Capmas, Panjo e Pelletier-Fleury¹¹ retiraram da análise fatorial o GRI-P11, o GRI-D3, o GRI-D5 e o GRI-D6, e os três primeiros estão entre os piores do pré-teste brasileiro. Moraes, Bernardes e Verdonk⁹ descartaram o GRI-D4, o GS6, o GS8 e o GS13, todos também abaixo do critério aqui. Só o GS9 e o GS12 falharam no Brasil sem terem caído em alguma das duas versões.

Três contextos culturais convergem, o que afasta a hipótese de falha de tradução e aponta uma fragilidade do próprio instrumento, concentrada na subescala dirigida a médicos e médicas e a literatura já sinalizava isso. Verdonk et al.⁸ encontraram correlação alta entre as duas subescalas de ideologia e admitiram que compartilham um fundo comum. Rustemi et al.¹⁶ foram além: na amostra suíça, a análise exploratória apontou de início só dois fatores, um de sensibilidade e outro reunindo todos os estereótipos, e a solução de três fatores foi imposta para preservar a comparabilidade. Shamasneh, Nemer e Abu-Rmeileh¹⁰ chegaram a trocar a subescala dirigida a médicos por

outra, dirigida a colegas. Onde quer que o N-GAMS tenha sido testado, a separação entre a ideologia dirigida a pacientes e a dirigida a profissionais se mostrou frágil.

Dois itens destoaram das respectivas subescalas de um modo que a distinção entre sexismo hostil e benevolente ajuda a entender²¹. O GRI-D4 é o único item da escala que atribui um traço positivo à médica mulher, ao dizer que ela seria mais empática que o médico homem. Os estudantes concordaram com ele e rejeitaram os demais estereótipos dirigidos a profissionais. O GRI-P11, único cujo estereótipo recai sobre o paciente homem, comportou-se do mesmo jeito.

Os itens que enunciam hostilidade contra mulheres foram rejeitados de forma coerente e se correlacionaram bem entre si. Os que atribuem calor humano à mulher, ou que censuram o homem, foram endossados e não se integram à medida. O Modelo de Conteúdo dos Estereótipos prevê esse descompasso, já que calor humano e competência são percebidos em sentidos opostos⁷. Barreto e Doyle²² mostram que o sexismo benevolente se disfarça de proteção e elogio, embora produza os mesmos efeitos negativos sobre a percepção das mulheres. O GRI-D4 é exatamente um elogio, e foi endossado. O N-GAMS capta bem o sexismo hostil e mal o benevolente, o que limita o alcance do construto. Não por acaso, Moraes, Bernardes e Verdonk⁹ removeram o GRI-D4 da versão portuguesa e encontraram, na mesma amostra, correlação positiva entre as duas formas de sexismo e a adesão às ideologias de papéis de gênero.

Três juízes apontaram que o GS8 admitia interpretações opostas, e os dados confirmaram a suspeita, com a maior dispersão da subescala e média junto ao ponto neutro. A dificuldade não é nossa. O enunciado original monta um paradoxo de propósito, ao afirmar que os médicos devem tratar todos igualmente justamente porque homens e mulheres são diferentes. A reformulação do N-GAMS-BR trocou o conector causal por um adversativo e atenuou o paradoxo. Moraes, Bernardes e Verdonk⁹ descartaram o item, e Goussault-Capmas, Panjo e Pelletier-Fleury¹¹ registraram para ele uma das cargas fatoriais mais baixas da subescala.

O GS1 merece registro à parte, por revelar uma divergência na literatura. O instrumento original o marca como item de pontuação invertida, e assim ele aparece em Goussault-Capmas, Panjo e Pelletier-Fleury¹¹. Moraes, Bernardes e Verdonk⁹, porém, informam ter invertido todos os itens da GS exceto o GS1, o GS2 e o GS13, tratando o primeiro como direto, e o item acabou eliminado da versão portuguesa por baixa comunalidade. Na amostra brasileira, recodificado conforme o original, o GS1 foi o segundo melhor item da subescala, com correlação item-total de 0,775, e sua exclusão baixaria o alfa da GS de 0,811 para 0,770. O contraste sugere que o descarte em Portugal pode ter vindo da direção atribuída à pontuação, e não de inadequação cultural.

Quatro itens da GS concentraram 85% das respostas no escore máximo, todos afirmando a necessidade de considerar as diferenças de gênero na prática médica. A concordância quase unânime reduz a variância e limita o poder discriminativo desses itens. O GS13, item direto, teve correlação item-total baixa pela mesma razão, o efeito de teto, e não por erro de codificação. Verdonk et al.⁸ encontraram assimetria parecida e optaram por manter os itens, argumentando que a distribuição extrema ainda identifica quem tem posição mais radical. Moraes, Bernardes e Verdonk⁹ relataram o mesmo padrão e o usaram como uma das razões para eliminar oito dos catorze itens da subescala. Não seguimos essa via, porque o objetivo aqui é disponibilizar o instrumento adaptado, não refiná-lo.

O comportamento do comitê rendeu um achado que não encontramos relatado nas adaptações anteriores do N-GAMS nem na literatura brasileira de adaptação transcultural. Três juízes propuseram alterações que iam além da tradução, ao sugerir que o instrumento distinguisse sexo biológico de gênero, contemplasse identidades trans e ampliasse o escopo do encontro clínico, e outros dois questionaram a distribuição dos atributos entre os gêneros. Todas as propostas eram pertinentes, e nenhuma cabia sem descaracterizar o construto. A leitura crítica do conteúdo se sobrepôs à avaliação da equivalência linguística, apesar da orientação prévia. Os itens do N-GAMS enunciam de propósito os preconceitos que medem, e juízes sensíveis ao tema reagem ao conteúdo antes de julgar a tradução. Nos relatos brasileiros, o comitê costuma ser etapa de convergência, com concordância alta e ajustes pontuais²³.

Os juízes tocaram, aliás, numa restrição que os próprios autores reconheceram. Verdonk et al.⁸ tentaram formular os itens de ideologia na direção inversa, concluíram que os estereótipos perdiam o sentido quando invertidos e os mantiveram todos na mesma direção, cientes do risco de padrão de resposta. O comitê brasileiro reencontrou um problema de projeto do próprio instrumento.

A alta sensibilidade de gênero e a baixa adesão a estereótipos observadas no pré-teste são compatíveis com a suscetibilidade do N-GAMS à desejabilidade social. Moraes, Bernardes e Verdonk⁹ levantaram essa hipótese para a amostra portuguesa e Shamasneh, Nemer e Abu-Rmeileh¹⁰ a reiteraram no contexto palestino. É limitação inerente a medidas explícitas de atitude e independe da adaptação.

O N-GAMS-BR responde a uma lacuna concreta. A investigação brasileira sobre preconceito de gênero na formação médica vinha se apoiando em instrumentos feitos para outros construtos ou em abordagens qualitativas. Moretti-Pires et al.²⁴ mediram o preconceito contra a diversidade sexual e de gênero em estudantes de um curso do Sul do país e Medeiros et al.²⁴ analisaram, por via qualitativa, as lacunas da formação médica no cuidado à população LGBTI+. Faltava um instrumento validado para a sensibilidade de gênero e as ideologias de papéis de gênero na relação médico-paciente.

Dispor dessa medida abre uma frente de avaliação em saúde. Se a cultura médica se aprende na formação, é na formação que ela pode ser acompanhada e questionada, e uma escala validada permite comparar currículos, identificar em que ponto do curso as atitudes se firmam e verificar se o ensino estruturado sobre gênero e saúde deixa marca¹⁷. Esse acompanhamento é condição para que a atenção à saúde da mulher supere o recorte reprodutivo e a considere como sujeito integral do cuidado.

Limitações e perspectivas

O pré-teste contou com 20 participantes de uma única instituição, todos do mesmo período. Os índices são evidência preliminar do funcionamento dos itens e não substituem a validação psicométrica, objeto de publicação subsequente. Por isso os nove itens com correlação abaixo de 0,30 foram mantidos na versão final, já que excluí-los a partir de 20 respondentes elevaria a consistência interna sem garantir a validade da decisão, pois correlações de amostras pequenas são instáveis.

A avaliação pelo comitê foi qualitativa e não gerou índices de validade de conteúdo, o que limita a comparação com estudos que reportam I-CVI e S-CVI. A retrotradução coube a tradutores profissionais bilíngues nativos do português, e não a falantes nativos de inglês, como recomendam Beaton et al.¹⁸, limitação que duas retrotraduções independentes e a comparação item a item com o original buscaram compensar, sem eliminar.

Duas imprecisões da versão aplicada devem ser corrigidas em edição futura. O GRI-D6 foi aplicado sem o artigo definido antes de "trabalho", e no GRI-P2 a expressão *unreasonable expectations* foi vertida como "expectativas utópicas", quando "irrealistas" seria mais fiel. A redação foi mantida para preservar a correspondência entre o instrumento publicado e o que foi de fato aplicado, já que a coleta ampliada segue em curso com a versão atual.

A validação em amostra ampliada é o passo imediato, e a estrutura fatorial merece teste sem pressuposto. Diante da correlação alta entre as duas subescalas de ideologia, do achado de Rustemi et al.¹⁶ e da opção de Shamasneh, Nemer e Abu-Rmeileh¹⁰ por outra estrutura, a análise confirmatória deve comparar o modelo de três fatores de Verdonk et al.⁸ com um de dois fatores que reúna os estereótipos numa só dimensão. Os critérios de exclusão de itens devem ser declarados antes da análise, e não escolhidos diante dos resultados. A teoria de resposta ao item permitiria examinar quanta informação cada item aporta, o que o alfa não mostra²⁶. E, como a evidência sobre a trajetória das atitudes ao longo do curso é toda transversal e divergente entre países, a versão brasileira abre caminho para estudos longitudinais e multicêntricos capazes de

separar o efeito da formação do efeito de coorte, questão que Goussault-Capmas, Panjo e Pelletier-Fleury¹¹ deixaram em aberto.

Considerações finais

Este estudo disponibiliza a primeira versão do N-GAMS traduzida e adaptada para o português brasileiro. O comitê de especialistas considerou os itens compreensíveis e adequados ao público-alvo, e cinco dos 32 foram alterados para ajustar a linguagem ao repertório do estudante brasileiro. No pré-teste, os participantes responderam à íntegra da escala sem dificuldade de compreensão e sem dados ausentes.

Dois achados foram além do objetivo do estudo. Os nove itens com correlação item-total abaixo do critério coincidem, quase todos, com os que Portugal e França descartaram, o que aponta uma limitação do próprio instrumento. E os juízes, orientados a avaliar a fidelidade da tradução, acabaram criticando o conteúdo dos itens, dificuldade que interessa a quem venha a adaptar escalas que enunciam estereótipos para medi-los.

O N-GAMS-BR está disponível para pesquisa como etapa preliminar, e a validação psicométrica segue em curso. Com ela, a investigação brasileira passa a contar com uma medida para acompanhar a consciência de gênero na formação médica, condição para reconhecer, e enfrentar, os estereótipos que atravessam o cuidado.

Referências

1. Maas AHEM, Appelman YEA. Gender differences in coronary heart disease. *Neth Heart J* 2010; 18:598-602.
2. Asleh R, Manemann SM, Weston SA, Bielinski SJ, Chamberlain AM, Jiang R, et al. Sex differences in outcomes after myocardial infarction in the community. *Am J Med* 2021; 134:114-21.
3. Beagan BL. Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients. *Soc Sci Med* 2000; 51:1253-65.
4. Scheffer M, coordenador. Demografia médica no Brasil 2025. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.
5. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Rosa H. Políticas do feminino: saúde, sexo, gênero. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2023.
7. Fiske ST, Cuddy AJ, Glick P, Xu J. A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Pers Soc Psychol* 2002; 82:878-902.
8. Verdonk P, Benschop YWM, de Haes HCJM, Lagro-Janssen TLM. Medical students' gender awareness: construction of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS). *Sex Roles* 2008; 58:222-34.
9. Morais R, Bernardes SF, Verdonk P. Gender awareness in medicine: adaptation and validation of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale to the Portuguese population (N-GAMS). *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2020; 25:457-77.
10. Shamasneh B, Nemer M, Abu-Rmeileh NME. Gender awareness in healthcare: contextualization of an Arabic version of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS). *Healthcare (Basel)* 2023; 11:629.
11. Goussault-Capmas P, Panjo H, Pelletier-Fleury N. Gender awareness among general practitioners in France: a cross-sectional study using the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS). *Sci Rep* 2024; 14:5733.
12. Parker RB, Parker PD, Larkin T, Cockburn J. A psychometric evaluation of the Gender Bias in Medical Education Scale. *BMC Med Educ* 2016; 16:251.
13. Morgan S, Plaisant O, Lignier B, Moxham BJ. Sexism and anatomy, as discerned in textbooks and as perceived by medical students at Cardiff University and University of Paris Descartes. *J Anat* 2014; 224:352-65.
14. Andersson J, Verdonk P, Johansson EE, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students: results from a questionnaire. *BMC Med Educ* 2012; 12:3.

15. Bert F, Boietti E, Rousset S, Pompili E, Franzini Tibaldeo E, Gea M, et al. Gender sensitivity and stereotypes in medical university students: an Italian cross-sectional study. *PLoS One* 2022; 17:e0262324.
16. Rustemi I, Locatelli I, Schwarz J, Lagro-Janssen T, Fauvel A, Clair C. Gender awareness among medical students in a Swiss University. *BMC Med Educ* 2020; 20:156.
17. Wortmann L, Haarmann L, Yeboah A, Kalbe E. Gender medicine teaching increases medical students' gender awareness: results of a quantitative survey. *GMS J Med Educ* 2023; 40:Doc45.
18. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25:3186-91.
19. Mokkink LB, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, de Vet HCW, et al. COSMIN Study Design checklist for patient-reported outcome measurement instruments. Amsterdam: COSMIN; 2019.
20. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
21. Glick P, Fiske ST. The Ambivalent Sexism Inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. *J Pers Soc Psychol* 1996; 70:491-512.
22. Barreto M, Doyle DM. Benevolent and hostile sexism in a shifting global context. *Nat Rev Psychol* 2023; 2:98-111.
23. Barbosa MSR, Duarte MCMB, Bastos VCS, Andrade LB. Tradução e adaptação transcultural da escala Cornell Assessment of Pediatric Delirium para língua portuguesa. *Rev Bras Ter Intensiva* 2018; 30:195-200.
24. Moretti-Pires RO, Guadagnin LI, Tesser-Júnior ZC, Campos DA, Turatti BO. Preconceito contra diversidade sexual e de gênero entre estudantes de medicina de 1º ao 8º semestre de um curso da Região Sul do Brasil. *Rev Bras Educ Med* 2019; 43 Suppl 1:557-67.
25. Medeiros ES, Oliveira Junior JB, Leiria M, Moretti-Pires RO, Mello MMC. A formação de estudantes de medicina para o cuidado destinado à saúde de pessoas LGBTI+. *Rev Bras Educ Med* 2023; 47:e108.
26. McNeish D. Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychol Methods* 2018; 23:412-33.

Agradecimentos

As autoras agradecem aos tradutores, aos juízes que compuseram o comitê de especialistas e aos estudantes que participaram do pré-teste.

Declaração de contribuição dos autores

VCK contribuiu com a concepção e o delineamento do estudo, conduziu os trâmites de aprovação ética e a coleta de dados, realizou a análise preliminar, participou da interpretação dos resultados e redigiu a primeira versão do manuscrito. ÚBPG concebeu e orientou o estudo, conduziu a síntese das versões e o comitê de especialistas, refez e consolidou a análise de dados, interpretou os resultados e revisou criticamente o manuscrito quanto ao conteúdo intelectual. Ambas as autoras aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, na garantia de sua exatidão e integridade.

Autora correspondente

Úrsula Bueno do Prado Guirro

Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná. Rua Padre Camargo, 285, Curitiba, PR, 80060-240, Brasil.
ursula@ufpr.br

Declaração de conflito de interesse

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

Declaração de disponibilidade de dados da pesquisa

Os dados da pesquisa estão disponíveis mediante solicitação à autora correspondente.

Declaração de uso de IA

As autoras declaram o uso de assistente de inteligência artificial baseado em modelo de linguagem (Claude, Anthropic) para apoio à revisão de redação e tradução dos resumos. O conteúdo científico, a análise dos dados e as tabelas e quadros foram elaborados exclusivamente pelas autoras, que revisaram e são responsáveis por todo o material submetido.

Material suplementar

Quadro S1. Correspondência item a item entre <i>Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale</i> (N-GAMS) ⁸ e da Escala Nijmegen de Consciência de Gênero na Medicina, versão brasileira (v1)		
Item	N-GAMS (Verdonk et al., 2008)	N-GAMS-BR (v1)
-	Gender Sensitivity (GS)	Sensibilidade de Gênero
GS1(R)	<i>Addressing differences between men and women creates inequity in health care</i>	Abordar as diferenças entre homens e mulheres cria desigualdades na atenção à saúde.
GS2	<i>Physicians' knowledge of gender differences in illness and health increases quality of care</i>	O conhecimento dos profissionais da medicina acerca de diferenças de gênero na saúde e na doença aumenta a qualidade do cuidado.
GS3 (R)	<i>Physicians should only address biological differences between men and women</i>	Os profissionais da medicina devem abordar apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres.
GS4 (R)	<i>In non-sex-specific health disorders the sex/gender of the patient is irrelevant</i>	Em condições de saúde não específicas de sexo, o sexo/gênero de pacientes é irrelevante.
GS5 (R)	<i>A physician should confine as much as possible to medical aspects of health complaints of men and women</i>	Os profissionais da medicina devem se restringir, tanto quanto possível, às particularidades clínicas das queixas de saúde de homens e mulheres.(*)
GS6(R)	<i>Physicians do not need to know what happens in the lives of men and women to be able to deliver medical care</i>	Os profissionais da medicina não precisam saber o que ocorre na vida de pacientes homens e mulheres para serem capazes de oferecer atendimento médico.(*)
GS7 (R)	<i>Differences between male and female physicians are too small to be relevant</i>	As diferenças entre médicos homens e médicas mulheres são pequenas demais para serem relevantes.
GS8 (R)	<i>Especially because men and women are different, physicians should treat everybody the same</i>	Pacientes homens e mulheres são diferentes, mas profissionais da medicina devem tratar todas as pessoas igualmente.(*)
GS9 (R)	<i>Physicians who address gender differences are not dealing with the important issues</i>	Os profissionais da medicina que abordam as diferenças de gênero não estão lidando com as questões importantes.
GS10 (R)	<i>In communicating with patients it does not matter to a physician whether the patients are men or women</i>	Quando profissionais da medicina se comunicam com pacientes, não importa se os pacientes são homens ou mulheres.
GS11 (R)	<i>In communicating with patients it does not matter whether the physician is a man or a woman</i>	No diálogo com pacientes, não importa se o profissional da medicina é homem ou mulher.

Quadro S1. Correspondência item a item entre <i>Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS)</i> ⁸ e da Escala Nijmegen de Consciência de Gênero na Medicina, versão brasileira (v1)		
GS12 (R)	<i>Differences between male and female patients are so small that physicians can hardly take them into account</i>	As diferenças entre pacientes homens e mulheres são tão pequenas que os profissionais da medicina dificilmente podem levá-las em consideração.
GS13	<i>For effective treatment, physicians should address gender differences in etiology and consequences of disease</i>	Os profissionais da medicina devem abordar as diferenças de gênero na etiologia e nas consequências da doença para um tratamento eficaz.
GS14 (R)	<i>It is not necessary to consider gender differences in presentation of complaints</i>	Não é necessário considerar diferenças de gênero na forma de apresentação das queixas de pacientes.
-	Gender Role Ideology towards Patients (GRI-P)	Ideologia de Papéis de Gênero em Relação a Pacientes
GRI-P1	<i>Male patients better understand the approach of physicians than female patients</i>	Pacientes homens, em comparação com as pacientes mulheres, compreendem melhor a abordagem dos profissionais da medicina. (*)
GRI-P2	<i>Female patients compared to male patients have unreasonable expectations of physicians</i>	Pacientes mulheres, em comparação com pacientes homens, têm expectativas utópicas em relação aos profissionais da medicina.
GRI-P3	<i>Women more frequently than men want to discuss problems with physicians that do not belong in the consultation room</i>	Pacientes mulheres, com mais frequência do que pacientes homens, querem discutir com os profissionais da medicina problemas que não pertencem ao contexto da consulta.
GRI-P4	<i>Women expect too much emotional support from physicians</i>	Pacientes mulheres esperam muito apoio emocional dos profissionais da medicina.
GRI-P5	<i>Male patients are less demanding than female patients</i>	Pacientes homens são menos exigentes do que pacientes mulheres.
GRI-P6	<i>Women are larger consumers of health care than is actually needed</i>	Pacientes mulheres são maiores usuárias de serviços de saúde do que seria realmente necessário.
GRI-P7	<i>Men do not go to a physician for harmless health problems</i>	Pacientes homens não procuram os profissionais da medicina por problemas de saúde inofensivos.
GRI-P8	<i>Medically unexplained symptoms develop in women because they lament too much about their health</i>	Sintomas sem explicação médica se apresentam em pacientes mulheres porque elas se queixam muito de sua saúde.
GRI-P9	<i>Female patients complain about their health because they need more attention than male patients</i>	Pacientes mulheres queixam-se de sua saúde porque necessitam de mais atenção do que pacientes homens.

Quadro S1. Correspondência item a item entre <i>Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale</i> (N-GAMS) ⁸ e da Escala Nijmegen de Consciência de Gênero na Medicina, versão brasileira (v1)		
GRI-P10	<i>It is easier to find causes of health complaints in men because men communicate in a direct way</i>	É mais fácil identificar causas de queixas de saúde em pacientes homens porque eles se comunicam de maneira direta.
GRI-P11	<i>Men appeal to health care more often with problems they should have prevented</i>	Pacientes homens recorrem aos serviços de saúde com maior frequência por problemas que deveriam ter prevenido.
-	Gender Role Ideology towards Doctors (GRI-D)	Ideologia de Papéis de Gênero em Relação a Médicos e Médicas
GRI-D1	<i>Male physicians put too much emphasis on technical aspects of medicine compared to female physicians</i>	Médicos homens dão ênfase excessiva aos aspectos técnicos da medicina em comparação com médicas mulheres.
GRI-D2	<i>Female physicians extend their consultations too much compared to male physicians</i>	Médicas mulheres prolongam muito as consultas em comparação com médicos homens.
GRI-D3	<i>Male physicians are more efficient than female physicians</i>	Médicos homens são mais eficientes do que médicas mulheres.
GRI-D4	<i>Female physicians are more empathic than male physicians</i>	Médicas mulheres são mais empáticas do que médicos homens.
GRI-D5	<i>Female physicians needlessly take into account how a patient experiences disease</i>	Médicas mulheres consideram desnecessariamente a forma como cada paciente vivencia a doença.
GRI-D6	<i>Male physicians are better able to deal with the work than female physicians</i>	Médicos homens são mais capazes de lidar com trabalho do que médicas mulheres.
GRI-D7	<i>Female physicians are too emotionally involved with their patients</i>	Médicas mulheres se envolvem muito emocionalmente com seus pacientes.
Nota: os enunciados em inglês reproduzem a Tabela 3 de Verdonk et al. (2008) e os enunciados em português correspondem à versão aplicada no pré-teste. O asterisco assinala os cinco itens cuja redação foi modificada por sugestão do comitê de especialistas. A marcação (R) indica os doze itens de pontuação invertida adotados neste estudo, recodificados pela fórmula (6 – escore original). Verdonk et al.⁸ e Moraes, Bernardes e Verdonk⁹ tratam o item GS1 como direto, ao passo que Goussault-Capmas, Panjo e Pelletier-Fleury¹¹ o marcam como invertido. A divergência é discutida no texto. O item GRI-D6 foi aplicado sem o artigo definido antes de "trabalho". A redação foi mantida por corresponder à versão efetivamente aplicada. Escala de resposta: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo parcialmente), 3 (não concordo nem discordo), 4 (concordo parcialmente), 5 (concordo totalmente). Fonte: Verdonk et al.⁸ e elaborado pelas autoras.		

Quadro S2. Itens modificados por decisão do comitê de especialistas: versão pré-final, observação e versão final				
Item	Juízes	Versão pré-final (submetida ao comitê)	Observação do comitê	Versão final (N-GAMS-BR)
GS1	4	Abordar as diferenças entre homens e mulheres cria iniquidades na atenção à saúde.	O termo “iniquidades” é pouco familiar ao público-alvo e pode ser confundido com “iniquidade” no sentido moral.	Abordar as diferenças entre homens e mulheres cria desigualdades na atenção à saúde.
GS5	2	Os profissionais da medicina devem se restringir, tanto quanto possível, aos aspectos médicos das queixas de saúde de homens e mulheres.	“Aspectos médicos” é vago: não fica claro se remete a aspectos físicos, técnicos ou biomédicos.	Os profissionais da medicina devem se restringir, tanto quanto possível, às particularidades clínicas das queixas de saúde de homens e mulheres.
GS6	1	Os profissionais da medicina não precisam saber o que ocorre na vida de homens e mulheres para serem capazes de oferecer atendimento médico.	O enunciado não esclarece de quem é a vida a que se refere: pacientes ou pessoas em geral.	Os profissionais da medicina não precisam saber o que ocorre na vida de pacientes homens e mulheres para serem capazes de oferecer atendimento médico.
GS8	3	Profissionais da medicina devem tratar todas as pessoas da mesma forma considerando que homens e mulheres são diferentes.	O enunciado admite interpretações opostas: não fica claro se a diferença é razão para tratar igual ou para tratar de modo distinto.	Pacientes homens e mulheres são diferentes, mas profissionais da medicina devem tratar todas as pessoas igualmente.
GRI-P1	1	Pacientes homens compreendem melhor a abordagem dos profissionais da medicina do que pacientes mulheres.	A comparação entre pacientes homens e mulheres fica pouco clara na ordem da frase.	Pacientes homens, em comparação com as pacientes mulheres, compreendem melhor a abordagem dos profissionais da medicina.
Nota: a coluna “Juízes” indica quantos dos sete juízes registraram observação sobre o item. Sete outros itens receberam observações que não geraram alteração: GS4, GS7, GRI-P3, GRI-P8, GRI-P9, GRI-D5 e GRI-D6. Os 20 itens não listados não receberam observação de nenhum juiz. A avaliação foi qualitativa, em campo aberto por item, sem atribuição de escores. Apenas as observações relativas à equivalência da tradução e à adaptação cultural foram passíveis de incorporação. Propostas de alteração do conteúdo dos itens foram registradas sem gerar mudança, uma vez que o estudo se propôs a adaptar um instrumento existente, e não a reformulá-lo. Fonte: elaborado pelas autoras.				

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.