



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

LÍVIA FONSECA DA SILVA CARVALHO DE AZEVEDO SANTANA

***CHOOSING WISELY:*
IMPACTO DA CAMPANHA NA RESIDÊNCIA DE PEDIATRIA DE UM HOSPITAL
TERCIÁRIO**

TESE DE DOUTORADO

**Salvador
2019**

LÍVIA FONSECA DA SILVA CARVALHO DE AZEVEDO SANTANA

CHOOSING WISELY:
IMPACTO DA CAMPANHA NA RESIDÊNCIA DE PEDIATRIA DE UM HOSPITAL
TERCIÁRIO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Orientadora: Marta Silva Menezes

Salvador
2019

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

S231 Santana, Livia Fonseca da Silva Carvalho de Azevedo
Impacto da campanha na residência de pediatria de um hospital terciário. / Livia
Fonseca da Silva Carvalho de Azevedo. – 2019.
1191f.: il. Color; 30cm.

Orientadora: Profa. Marta Silva Menezes

Doutora em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1. Residência médica. 2. Pediatria. 3. Análise de custo. 4. Educação médica.

I. Título.

CDU: 616.053.2

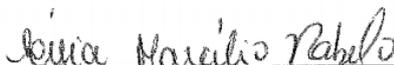
LÍVIA FONSECA DA SILVA CARVALHO DE AZEVEDO SANTANA

**“CHOOSING WISELY: IMPACTO DA CAMPANHA NA RESIDÊNCIA
DE PEDIATRIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO”**

Tese apresentada à Escola
Bahiana de Medicina e Saúde
Pública, como requisito parcial para
a obtenção do Título de Doutora em
Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 26 de julho de 2019.

BANCA EXAMINADORA



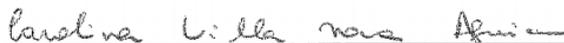
Prof.^a Dra. Lísia Marcílio Rabelo
Doutora em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria
Universidade Federal da Bahia – UFBA



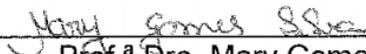
Prof.^a Dra. Isabel Carmen Fonseca Freitas
Doutora em Medicina e Saúde
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Prof.^a Dra. Liliané Elze Falcão Lins Kusterer
Doutora em Patologia Humana
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Prof.^a Dra. Carolina Villa Nova Aguiar
Doutora em Psicologia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP



Prof.^a Dra. Mary Gomes Silva
Doutora em Enfermagem
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP

Dedico este trabalho aos meus pacientes e aos colegas pediatras, na esperança de que ele contribua para que possamos continuar cumprindo nossa humilde tarefa de assistência à criança, oferecendo um cuidado merecido e digno a todas elas.

AGRADECIMENTOS

Ao Pai Maior pela oportunidade da existência e pela confiança na tarefa profissional a mim destinada nesta vida.

A minha orientadora Dra Marta Menezes pelas horas dedicadas, pelos conhecimentos partilhados e por cada momento de incentivo nesta caminhada.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, instituição que tenho a honra de fazer parte, pelo incentivo à nossa qualificação e por possibilitar a realização desta Tese de Doutorado.

Ao professor Dilton Mendonça que abriu caminhos e possibilidades para esta jornada e esteve incansavelmente ao lado durante todo o processo.

Às professoras Lígia Vilas Bôas e Mary Gomes Silva, pelo inestimável e brilhante auxílio na abordagem qualitativa do trabalho.

Aos professores Liliane Kusterer, Luis Claudio Correia e Carolina Aguiar pelas valorosas contribuições nas etapas de finalização e nos artigos.

À doutora e amiga Martha Martinez pelo exemplo de competência profissional, disponibilidade e parceria na pesquisa bibliográfica.

À acadêmica Juliana Galiza por me confiar a tarefa de orientação do seu TCC, parte de grande valor neste estudo.

Ao estatístico Valmar Bião pela cuidadosa análise do trabalho, buscando a melhor forma de apresentar matematicamente os nossos resultados.

Aos preceptores de Pediatria do Hospital Geral Roberto Santos pelas horas dedicadas na construção da lista de recomendações, etapa crucial deste trabalho.

Aos residentes de Pediatria do Hospital Geral Roberto Santos, pela participação ativa e colaborativa em todo o processo de implantação da campanha.

Aos meus pais, Climério e Suzana, faróis que iluminam meu caminhar, pelo apoio e amor incondicional de todas as horas.

Ao meu príncipe poeta, Ricardo Carvalho, pelo companheirismo, apoio e sustentáculo do porto seguro que amenizou os sacrifícios da jornada.

A minha princesa Marília Carvalho, pela inspiração, pelo incentivo e pelo apoio amoroso e tecnológico, bálsamo nas duras horas de desalento.

Às minhas manas queridas, Nadja Fonsêca, por mais uma vez me emprestar as suas mãos com extensão das minhas, Cíntia e Sandra Fonsêca, incentivadoras e entusiastas que sempre me fazem acreditar que tudo é possível com dedicação e amor.

Aos familiares e amigos, incentivadores permanentes, por acreditarem no meu potencial.

*O que é duradouro não é o que resiste ao tempo,
mas o que sabiamente muda com ele. ”*

Péter Muller

RESUMO

Em 2012, a Fundação Americana de Medicina Interna (ABIM) lançou a campanha *Choosing Wisely* (CW) para envolver médicos e pacientes em conversas sobre testes, tratamentos e procedimentos desnecessários. O ponto de partida dessa campanha foi o desenvolvimento de uma lista de cinco testes e / ou terapias que médicos e pacientes devem questionar. **Objetivo:** avaliar as estratégias para implantação e o impacto da campanha CW na residência de pediatria de um hospital terciário. **Metodologia:** pesquisa com modelo descritivo e intervencionista, com abordagem quantitativa e qualitativa. A população alvo do estudo foram residentes e preceptores do programa de pediatria do hospital. Dentre os preceptores, 13 participaram também da elaboração das recomendações aplicadas na campanha. Depois da definição da lista, foram iniciadas as estratégias para implantação da campanha: colocação de banners contendo a lista de recomendações nos espaços da assistência pediátrica; oficinas de capacitação, onde foram utilizadas, técnicas de audiovisual, casos clínicos simulados, rodas de conversa e exposição participada com os pressupostos e referenciais para a campanha; sessões clínicas para promover a sedimentação de conteúdos e evidências relativas às recomendações e discussões à beira do leito em visitas clínicas, sempre que pertinente. A avaliação quantitativa do impacto foi realizada por meio de quatro questionários (Questionário de Autopercepção da Atitude Custo-Consciente, Questionário Barreiras e Consequências para Atitude Custo-Consciente, *Role-Modeling*, para a percepção da atitude custo-consciente do preceptor e o Questionário para Avaliação das Oficinas). A avaliação qualitativa foi realizada a partir de conteúdos que emergiram do Grupo Focal, realizado no fim do processo de implantação da campanha e das respostas abertas dos questionários. A análise dos dados coletados foi feita através do método de triangulação, envolvendo as variáveis quantitativas dos questionários, utilizando-se o *Software* SPSS 21.0, e as respostas abertas dos questionários e falas do grupo focal, onde se utilizou a análise de conteúdo descrita por Minayo. **Resultados:** uma lista de recomendações de cinco itens com recomendações relevantes para a assistência pediátrica no hospital foi elaborada pelo painel de 13 especialistas; 24 residentes de pediatria participaram de todo o processo; A análise estatística dos questionários de percepção da atitude custo-consciente, barreiras e consequências antes e após a campanha, não demonstraram diferenças significativas quando comparado resultados antes e depois das intervenções, porém a análise de respostas item a item através do método de triangulação com os resultados da análise qualitativa permitiu o registro do impacto da campanha na atitude custo consciente dos residentes. No questionário *Role - Modeling*, houve mudanças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) da atitude custo consciente do preceptor, em vários itens que também puderam ser combinadas com os resultados da avaliação qualitativa, mostrando o impacto da campanha sobre os preceptores e consequentemente sobre a atitude do residente. A atividade de capacitação realizada com os residentes foi avaliada como “excelente” ou “muito boa” para todos os itens avaliados. **Conclusão:** com as estratégias utilizadas foi possível construir uma lista de recomendações *Choosing Wisely* de pediatria. O impacto da implantação da campanha na residência de pediatria pôde ser documentado através dos resultados na mudança de atitudes custo-consciente dos preceptores, percebidas pelos residentes, e pelos resultados do impacto na atitude custo-consciente do residente e na sua conduta profissional, verificados pela análise em triangulação.

Palavras-chave: Residência médica. Pediatria. Análise de custo. Educação médica.

ABSTRACT

In 2012, the American Internal Medicine Foundation (ABIM) launched the Choosing Wisely (CW) campaign to engage physicians and patients in conversations about unnecessary testing, treatment, and procedures. The starting point of this campaign was the development of a list of five conducts in health care that physicians and patients should question. The impact of the campaign on health care is under evaluation. **Objective:** to evaluate strategies for implementation of the Choosing Wisely campaign in the pediatric residency at a tertiary hospital and its impact. **Methodology:** descriptive and interventional research, using quantitative and qualitative approaches. The target population of the study was composed of resident physicians and preceptors of the hospital pediatrics. Among the preceptors, 13 also participated in the campaign selection process. After defining the lists, we planned and applied the strategies for the implementation of the campaign: placement of banners containing the list of recommendations in the areas of pediatric care; training workshops, using audiovisual techniques and clinical cases; discussions in groups, and explanation of benchmarks for the campaign and its principles; clinical sessions to promote contents learning and analysis of evidence related to the recommendations, and beside teaching at clinical visits when appropriate. We performed quantitative impact assessment by using 4 questionnaires (measuring attitudes toward cost-conscious care, perceived barriers to and consequences of cost-conscious care, and reported exposure to physician role-modeling behaviors related to cost-conscious care). We conducted a qualitative evaluation using the focus group technique carried out at the end of the campaign implementation process and the open questions of the quantitative questionnaires. We used triangulation method for analysis of data, including quantitative variables of the questionnaires, by using SPSS 21.0 Software, and the open answers of the questionnaires and the focus group, applying the content analysis described by Minayo. **Results:** a panel of specialists built a list of recommendations of five items, containing relevant recommendations for pediatric care in the hospital; 24 pediatric residents participated in the whole process; The statistical analysis of the questionnaires measuring attitudes toward cost-conscious care, perceived barriers to and consequences of cost-conscious care and pre and post-campaign effects did not show significance after or before intervention, but the responses to the items were analyzed, using the triangulation method with qualitative analysis, allowing a better evaluation of the impact of the campaign to residents. The Role-Modeling questionnaire showed significant changes in the cost-conscious attitudes of the preceptor ($p < 0,05$) and this results were analyzed, using the triangulation method with qualitative analysis, allowing a better evaluation of the impact. The participants rated the campaign as important and the training as excellent in the evaluated items. **Conclusion:** the applied strategies allowed the building of a list of CW recommendations in pediatrics. The impact of the implementation of the campaign on the pediatric residency could be documented through the results in the change in preceptors' cost-conscious attitudes perceived by residents, and the results of the impact on the resident's cost-conscious attitude and professional conduct, verified by triangulation analysis.

Keywords: Medical residency. Pediatrics. Cost analysis. Education medical.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma - Etapas do estudo	31
Figura 2 - Etapas da construção da lista	32
Quadro 1 - Lista da Academia Americana de Pediatria das 10 condutas desaconselháveis na prática pediátrica.....	26
Quadro 2 - <i>Choosing Wisely</i> Brasil: Princípios básicos para elaboração da Lista.....	33
Quadro 3 – Lista Preliminar das recomendações <i>Choosing Wisely</i> após primeira avaliação do painel de especialistas, Salvador, Bahia, Brasil 2017.....	40
Quadro 4 - Lista das cinco recomendações <i>Choosing Wisely</i> da Residência de Pediatria do Hospital Geral Roberto Santos com suas evidências, Salvador, Bahia, Brasil 2017	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequências das concordâncias da lista de recomendações Choosing Wisely do painel de especialistas, Salvador, Bahia, Brasil 2017.....	42
Tabela 2 - Categorias e nº de núcleos de sentido da análise do conteúdo das respostas de 23 residentes de pediatria ao comentário: Justifique sua resposta relacionado com a pergunta sobre qual item das recomendações é mais difícil de ser seguido na campanha <i>Choosing Wisely</i>?	44
Tabela 3 - Categorias e nº de núcleos de sentido da análise do conteúdo das respostas de 23 residentes de pediatria à pergunta: Qual a sua opinião sobre a campanha <i>Choosing Wisely</i>?	45
Tabela 4 - Frequências e proporções (%) item a item no Questionário Percepção de Atitudes Custo-Consciência	46
Tabela 5 - Frequências e proporções (%) item a item no questionário: barreiras e consequências.....	48
Tabela 6 - Frequências do questionário Role-Modeling pré e pós-intervenção em 23 residentes de pediatria, Salvador, Bahia, Brasil, 2018.....	49
Tabela 7 - Categorias e nº de núcleos de sentido da análise do conteúdo das respostas do Grupo Focal referente à 1ª pergunta: Qual a importância da campanha CW na vida profissional de vocês?	52
Tabela 8 - Categorias e nº de núcleos de sentido da análise do conteúdo das respostas do Grupo Focal referente a 2ª pergunta: O que vocês consideraram de estratégias importantes que foram utilizadas durante campanha CW?	52
Tabela 9 - Categorias e nº de núcleos de sentido da análise do conteúdo das respostas do Grupo Focal referente a 3ª pergunta: O que poderia ter sido melhor na campanha CW?	52
Tabela 10 - Frequências dos acertos das avaliações dos casos clínicos simulados (pré e pós intervenções) dos 24 residentes, Salvador, Bahia, Brasil 2018.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
ABIM	<i>American Board of Internal Medicine Foundation</i>
ACP	<i>American College of Physicians</i>
CW	<i>Choosing Wisely</i>
MBE	Medicina Baseada em Evidência
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
GF	Grupo Focal
GINA	<i>Global Initiative for Asthma</i>
HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OCEBM	<i>Oxford Centre for Evidence-Based Medicine</i>
R1	Residentes do primeiro ano
R2	Residentes do segundo ano
R3	Residentes do terceiro ano
RGF	Comentário/opinião do residente no grupo focal
RQ	Comentário/opinião do residente em questão aberta de questionário
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TC	Tomografia Computadorizada
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1	A Campanha <i>Choosing Wisely</i>	17
3.2	A medicina defensiva nos dias atuais	19
3.3	Medicina baseada em evidências	21
3.4	Custo-Consciência em medicina	22
3.5	O pediatra e sua prática	23
3.6	A campanha <i>Choosing Wisely</i> na pediatria	25
4	MÉTODO	28
4.1	Desenho do estudo	28
4.2	Local e período	28
4.3	População estudada	28
4.4	Critério de inclusão	28
4.5	Instrumentos de pesquisa	29
4.5.1	Questionários de Percepção da Atitude Custo Consciente, Barreiras e Conseqüências e o <i>Role- Modeling</i>	29
4.5.2	Questionário Inicial para Construção da Lista de Recomendações <i>Choosing Wisely</i> de Pediatria	29
4.5.3	Questionário de Avaliação da Oficina	30
4.5.4	Casos clínicos simulados	30
4.6	Etapas do estudo	30
4.6.1	Primeira etapa - A construção da lista de recomendações e envolvimento dos residentes	31
4.6.2	Segunda etapa - Estratégias de implantação da campanha	33
4.6.3	Terceira etapa - Avaliação do impacto da campanha CW	34
4.7	Plano de Análise de dados	35
4.8	Aspectos éticos	37
5	RESULTADOS	39
5.1	Resultados das etapas de construção de proposições para a campanha CW	39
5.2	Resultado das avaliações da campanha pelos residentes	44
5.3	Resultados do impacto sobre a atitude custo consciente e visão dos residentes sobre a campanha no fim da pesquisa	45
5.3.1	Opinião qualitativa dos residentes sobre a campanha CW no GF	51
6	DISCUSSÃO	54
7	LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS	67
7.1	Limitações	67
7.2	Perspectivas futuras	67
8	RELATO AFETIVO DA MINHA EXPERIÊNCIA COMO PESQUISADORA ...	68

9	CONCLUSÃO	71
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICES	80
	ANEXOS	109

1 INTRODUÇÃO

Ao tempo em que aumentam as responsabilidades e demandas para os sistemas de saúde, observam-se que os recursos tornam-se mais escassos, forçando a gestão de saúde e a própria atuação médica, a rever os benefícios, desperdícios e custos que advêm das suas práticas, buscando assegurar intervenções efetivas e adequada alocação de recursos⁽¹⁾.

Estudos americanos têm estimado que até 30% do gasto assistencial de saúde está associado a falhas e práticas indesejáveis, que não se traduzem em melhorias na qualidade e no acesso da população ao sistema de saúde^(2,3). O mais relevante é que a inadequada prestação desses serviços gera danos substanciais e, muitas vezes, irreversíveis aos pacientes além do desperdício para a saúde. Como motivos para esse desperdício e cuidado inadequado da pessoa destacam-se a complexidade administrativa dos recursos destinados a esse fim e questões ligadas ao médico (insegurança, excesso de zelo, prática da medicina defensiva e despreparo técnico com inobservância de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas)^(4,5). Embora o uso excessivo e inadequado dos recursos para saúde tenha sido melhor documentado em países de alta renda, aqueles de baixa e média renda como o Brasil não estão livres desse registro⁽³⁾.

Em resposta a esse cenário, em 2012, a fundação *American Board of Internal Medicine* (ABIM), dos Estados Unidos, lançou a campanha *Choosing Wisely*, que poderia ser traduzida *ao pé da letra* como “Escolhendo Sabiamente”, e que tem demonstrado uma gama de procedimentos médicos, considerados desnecessários e com potencial de causarem danos ao paciente⁽⁷⁾, além de serem fontes de desperdícios evitáveis, não apoiadas pelas evidências científicas. Diversos países têm abraçado essa iniciativa e, atualmente, mais de 20 deles compõem o CW Internacional⁽⁸⁾. No Brasil, a Sociedade de Cardiologia, em 2015, foi uma das primeiras a divulgar sua lista de procedimentos/práticas consideradas dispensáveis⁽⁹⁾.

A Campanha *Choosing Wisely* tem sua base fundamentada nos princípios propostos para o profissional do novo milênio⁽¹⁰⁾, publicados em 2002, que priorizam como pilares da assistência à saúde o bem-estar e a autonomia do paciente e a justiça social, sendo esse último diretamente relacionado com a preocupação da distribuição adequada de recursos finitos. Para isso, a campanha prevê ações educativas que envolvam médicos e outros profissionais de saúde, estudantes e a sociedade, promovendo o debate e a divulgação ampla de condutas

inadequadas, mas ainda praticadas, e oferecendo subsídios de boa fundamentação científica para as mudanças propostas no sentido de alcançar uma atenção de saúde adequadas às necessidades dos indivíduos^(7, 11).

A educação médica tem sido citada como parte dos problemas enfrentados, mas pode ser parte da solução para enfrentar o desafiador sistema da assistência médica. Algumas universidades têm implantado no currículo da formação de médicos residentes noções de utilização consciente de recursos em saúde, e consideram os resultados promissores⁽¹²⁻¹⁵⁾. A educação em saúde como processo pedagógico permite a possibilidade de ações transformadoras e deve visar o aprendizado não apenas de conhecimentos, mas também de habilidades e atitudes⁽¹⁶⁾, portanto, ações que ajudem a formar profissionais comprometidos com a sociedade e com seus problemas de saúde, desenvolvendo neles uma atitude custo consciente, através de estratégias envolvendo aquisição de conhecimento com práticas reflexivas e bom ambiente de apoio, vêm sendo apontadas como cada vez mais relevantes^(13, 17) e os resultados dessas estratégias precisam ser avaliadas. Nesse contexto, o docente médico ou preceptor exerce um papel que é fundamental, de modelo de atitudes e posturas em relação aos discentes, aos colegas, aos demais membros da equipe de saúde, ao paciente e aos seus familiares⁽¹⁶⁾.

Nos últimos 15 anos, nos EUA, os gastos com assistência médica aumentaram muito mais para a faixa etária pediátrica do que para qualquer outro grupo e, ignorar o valor do cuidado nesse grupo, é especialmente impactante dado aos efeitos danosos à saúde ao longo da vida⁽¹⁸⁾. A análise em diversos centros de atenção pediátrica, mostrou o grande desperdício de recursos com práticas inadequadas e maus resultados nos índices da saúde infantil, propondo a necessidade de incorporar noções de valor do cuidado, ou seja, noções de resultados de saúde alcançados com os recursos gastos, no currículo de formação médica, especialmente do residente⁽¹⁹⁾.

Portanto, considerando-se a premissa de que existe um lugar para o estímulo às condutas custo conscientes, treinar médicos que ainda estão em processo de desenvolvimento da sua identidade profissional, como os residentes, para uma tomada de decisão que prioriza a segurança do paciente pediátrico, com foco na utilização apropriada dos recursos em saúde, baseado em evidências científicas e conduta ética foi a justificativa para este estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar as estratégias para a implantação e o impacto da campanha *Choosing Wisely* na residência de pediatria de um hospital terciário

2.2 Específicos

- ✓ Descrever a construção da lista de proposições para implantação da campanha *Choosing Wisely* (CW) na residência de pediatria;
- ✓ Descrever a avaliação dos residentes sobre a capacitação para a campanha CW;
- ✓ Comparar a percepção dos residentes sobre a sua atitude custo-consciente antes e depois das ações educativas;
- ✓ Identificar as barreiras e consequências percebidas pelos residentes para atuação custo consciente;
- ✓ Identificar a percepção dos residentes sobre a atitude custo consciente dos preceptores, antes e depois das intervenções educativas;
- ✓ Verificar a autopercepção dos residentes sobre o impacto da campanha CW na sua vida profissional.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Gestores e profissionais de saúde em diversas partes do mundo, preocupados com os gastos, muitas vezes sem contrapartida de bons resultados, passaram a implementar uma série de iniciativas, buscando possibilidades para a redução de custos sem comprometer a qualidade dos serviços prestados e a saúde dos indivíduos, com respaldo das evidências científicas, pautadas na boa prática, inovação e melhores valores em cuidados de saúde⁽³⁾. Algumas dessas análises das condições de cuidados em saúde oferecidas aos seus usuários têm levado à identificação de que os resultados estão aquém dos recursos gastos e benefícios conseguidos⁽²⁰⁾. Diante dessa constatação uma série de ações tem levado à revisão de condutas ainda largamente utilizadas na medicina cujos resultados e gastos não justificam sua prática⁽²¹⁾.

Essas análises denominadas de análises de custo-consciência e custo-efetividade têm-se difundido entre as instituições responsáveis pela saúde nos diversos países, incluindo o Brasil. Na área específica da pediatria, algumas publicações podem ser verificadas⁽²²⁻²⁴⁾ e apresentam sólidas constatações quanto à utilização de práticas que são inadequadas. Entretanto, no Brasil, esses estudos ainda são necessários.

Para isso, faz-se importante construir uma consciência coletiva que envolve profissionais de saúde atuantes na área, profissionais em formação, estudantes e a própria população. Para que ocorram mudanças no sistema de saúde, os dados, informações e conhecimentos gerados a partir de pesquisas e encontros clínicos com utilização de ferramentas seguras e confiáveis podem ser instrumentos de grande valia para as transformações pretendidas⁽²⁵⁾, garantindo a boa qualidade dos serviços prestados com consumo consciente dos recursos.

3.1 A Campanha *Choosing Wisely*

Em 2012, a *American Board of Internal Medicine Foundation* (ABIM)⁽²⁶⁾, criada pelo Conselho Americano de Medicina Interna em 1989, com o objetivo de desenvolver e implementar projetos de apoio na promoção de valores centrais do profissionalismo médico, juntamente com a Consumer Reports, organização sem fins lucrativos, cuja missão inclui capacitar os consumidores a se protegerem, e nove sociedades de especialidades médicas iniciaram a campanha *Choosing Wisely*, “Escolhendo sabiamente”⁽²⁷⁾. As origens da

campanha "Escolher com Sabedoria" remontam à publicação de 2002, intitulada "*Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*", uma coautoria da ABIM com o *American College of Physicians (ACP)* e *European Federation of Internal Medicine*. Três princípios fundamentais e um conjunto de compromissos para o médico compõem o conteúdo principal da carta, cujos três princípios básicos são a primazia do bem estar do paciente, autonomia do paciente e justiça social. Os princípios de justiça social e autonomia do paciente foram os elementos mais progressistas da carta, sendo o princípio da justiça social diretamente relacionado com a justa distribuição de recursos finitos, grande preocupação da gestão da saúde no mundo e um dos pilares para a campanha CW⁽²⁸⁾. Desde a publicação da carta a ABIM trabalhou para cumprir princípios e compromissos definidos tais como, conflito de interesses, melhoria da qualidade, coordenação de cuidados, e trabalho em equipe. Através de várias atividades, a ABIM desenvolveu relações com diversas sociedades de especialidade construindo mútuo respeito e confiança necessária para que elas participassem da campanha "Escolhendo Sabiamente".

Como metodologia para estruturação inicial da campanha utilizou-se da criação de listas geradas por grupos de especialistas que depois eram submetidas às sociedades médicas para eleição dos cinco itens de maior relevância, identificados como práticas desnecessárias em determinadas áreas da medicina. A partir dessa etapa esses itens deveriam ser difundidos pelo maior número de profissionais da área para que pudessem haver ponderações sobre eles e motivasse as mudanças de condutas. Essa estratégia para identificação e seleção das práticas que não deveriam ser adotadas, foi utilizada para evitar que as condutas apontadas pela campanha como desnecessárias fossem consideradas como uma imposição da ABIM. Assim, delegou-se aos especialistas a responsabilidade para reflexão, análise e crítica daquelas escolhidas, convidando-os a refutarem as suas práticas habituais inadequadas⁽²⁷⁾. Cada sociedade participante divulgou a sua lista das cinco proposições, baseadas em evidências, sobre práticas e condutas habitualmente utilizadas pelos médicos naquela área, e que poderiam ser desnecessárias ou até danosas aos pacientes em algumas situações^(7,27). Encorajados pela bem sucedida recepção desse lançamento, 17 sociedades divulgaram novas listas em 2013. A campanha logo se espalhou para o Canadá, Alemanha, Itália e Japão entre outros países, e, atualmente mais de 20 deles compõem o CW Internacional⁽⁸⁾.

A campanha deixa claro que escolher sabiamente não tem o intuito primordial de economia de recursos, outrossim de adequar a assistência, tendo como base evidências científicas que

favorecem um melhor cuidado aos assistidos e reduz os males à saúde que possam advir de condutas correntes, porém desnecessárias. Além disso, a campanha também propõe a conscientização dos indivíduos para que as decisões sejam refletidas e compartilhadas também pela sociedade⁽²⁷⁾.

Algumas outras iniciativas similares existem e estão espalhadas pelo mundo como, por exemplo, o movimento *Slow Medicine*⁽²⁹⁾, iniciado na Itália, e com seguidores no Brasil. Essa iniciativa à semelhança da campanha CW não se coloca na contramão da tecnologia, mas procura utilizar-se dela de maneira racional e apropriada considerando as evidências científicas atualizadas, oferecendo o melhor para o paciente e respeitando seus valores e sua individualidade. Além disso, busca a essência da arte de cuidar, através do estabelecimento de um sólido relacionamento que envolva pacientes, o profissional de saúde, a família e sua comunidade, permitindo a criação de uma ligação estreita e duradoura uns com os outros.

A campanha *Choosing Wisely* é focada em estimular o diálogo entre médicos e pacientes sobre que cuidado é realmente necessário, propondo, “Um mergulho mais profundo: um olhar focado na mudança”. (Segundo Fórum da ABIM, 2012)⁽³⁰⁾

3.2 A medicina defensiva nos dias atuais

Para fazer frente ao elevado número de demandas, envolvendo processos judiciais na área médica, na década de 1990 surgiu nos Estados Unidos a medicina defensiva. O termo define o uso de estratégias para diagnóstico ou terapia com o objetivo primordial de evitar ações em tribunais. Na prática, ela se baseia no uso abusivo de práticas terapêuticas, supostamente consideradas seguras, excessiva utilização de exames para esclarecimento diagnóstico e encaminhamentos recorrentes a especialistas diversos para assegurar cobertura total à possibilidade de falha ou atraso no diagnóstico⁽⁵⁾. A prática corrente da medicina defensiva remonta a algumas análises que poderiam justificar os prováveis motivos para sua utilização, dentre os quais a insegurança profissional, levando a excessiva solicitação de exames complementares, que se justificaria por uma má formação acadêmica, com deficiente formação de base nas áreas de propedêutica e raciocínio clínico; a utilização de práticas terapêuticas nem sempre respaldadas pelas evidências numa tentativas de se evitar acusações de erros e negligências, ou até mesmo um excesso de zelo e mais uma vez, insegurança que motiva o encaminhamento de pacientes, especialmente com sintomatologias vagas e recorrentes, a diversos especialistas, antes de proceder uma história clínica detalhada e um

minucioso exame físico, muitas vezes denotando ausência de comprometimento do médico com o paciente em questão. A literatura mostra uma série de exemplos de situações clínicas em que esses relatos encontram ressonância como por exemplo, a excessiva solicitação de ressonância magnética em pacientes com queixas de cefaleia, sem quaisquer outros sinais de alerta associados, logo numa primeira avaliação, ou a indicação sistemática de endoscopia e até colonoscopia em pacientes jovens com dispepsias sem sinais de agravo. Como resultado da prática da medicina defensiva, Minossi⁽⁵⁾, em seu artigo, ressalta alguns pontos que merecem destaque:

1. Onerar excessivamente o paciente;
2. Onerar excessivamente os planos de saúde;
3. Interferir negativamente na relação amistosa que o médico deve ter com seus pacientes e familiares;
4. Recusa no atendimento a pacientes graves, com doenças complexas e com potencial de complicações ou sequelas;
5. Maior sofrimento ao paciente, que não decorre apenas do fato de a medicina tornar-se mais dispendiosa e artificial, mas também da menor resolutividade.

Multienaminhamentos, excesso de exames, terapêuticas desnecessárias ou não resolutivas, são algumas das condutas que distanciam o profissional da possibilidade, muitas vezes, simples e eficiente de resolutividade do problema do seu assistido, da boa relação profissional/paciente, além de gerar ônus pessoal e financeiro ao enfermo e sua família e gastos desnecessários para a saúde pública⁽³¹⁾. Para a prática da boa medicina e menor ocorrência de erros, as medidas protetivas para os atos médicos devem incluir a prática correta dos saberes médicos, o uso adequado das tecnologias, das leves às duras, uma boa relação profissional/paciente e uma conduta profissional baseada nos princípios éticos da medicina e no conhecimento dos deveres da conduta médica, quais sejam: dever de informação, dever de atualização, dever de vigilância e dever de abstenção de abuso⁽⁵⁾.

O médico para ser condenado por qualquer um dos tribunais, principalmente na justiça civil, em que acontece a maioria das ações por responsabilidade médica, precisa provocar um dano ao seu paciente, e este dano tem que ser o resultado de um ato culposo, isto é, tem que agir com imperícia, negligência ou imprudência. Por maior que seja o dano, o médico só será condenado, se houver culpa. (Minossi e Silva, 2013, p 494-501)⁽⁵⁾

Dessa forma, seguindo-se os princípios da medicina pautados no conhecimento científico bem aplicado e na boa ética profissional, pode-se atuar com a garantia de um julgamento justo, da nossa legislação e dos conselhos regionais e federais da medicina no que diz respeito às responsabilidades penais e civis dos médicos, em casos de litígios, não sendo necessário, portanto, recorrer à prática da medicina defensiva.

3.3 Medicina baseada em evidências

A campanha *Choosing Wisely* caminha lado a lado com o movimento da medicina baseada em evidências, pois para refletir, criticar e propor mudanças em condutas estabelecidas e reconhecidas como práticas correntes por diversas sociedades médicas é preciso uma análise crítica e cuidadosamente realizada à luz das evidências. O movimento denominado Medicina Baseada em Evidências (MBE) tem ajudado a ampliar a discussão sobre a prática da medicina. Embora esse tenha sido introduzido recentemente, os métodos didáticos que lhe servem de alicerce não são totalmente novos⁽³²⁾.

A MBE traduz-se pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar racionalmente, a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica. Na MBE, as dúvidas que surgem ao resolver problemas de pacientes são os principais estímulos para que se procure atualizar os conhecimentos⁽³²⁾.

A medicina baseada em evidências é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica. Em outras palavras, ela utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica⁽³²⁾. Quando abordamos o tratamento e falamos em evidências, referimo-nos a efetividade, eficiência, eficácia e segurança. A efetividade diz respeito ao tratamento que funciona em condições do mundo real. A eficiência diz respeito ao tratamento barato e acessível para que os pacientes possam dele usufruir. Referimo-nos à eficácia quando o tratamento funciona em condições de mundo ideal. E, por último, a segurança significa que uma intervenção possui características confiáveis que tornam improvável a ocorrência de algum efeito indesejável para o paciente. Portanto, um estudo com boa validade interna deverá apresentar os componentes descritos acima⁽³³⁾.

3.4 Custo-Consciência em medicina

As análises de custos relativas a tratamentos ou procedimentos diagnósticos também têm lugar de destaque quando se propõe a escolher sabiamente em medicina. Com os avanços tecnológicos e as possibilidades de maior longevidade, faz-se mister uma nova gestão de saúde que integre, de forma consciente e responsável, as práticas e os protocolos de excelência para o cuidado das pessoas aos recursos bem aplicados. O foco principal dos novos modelos de assistência devem estar direcionados especialmente para a prevenção e promoção à saúde⁽³⁴⁾. Portanto, a utilização consciente de recursos sem gastos injustificáveis com práticas sem fundamentação e sem benefício para a saúde das pessoas também devem compor o lastro de base para as escolhas, especialmente na pediatria. O paradigma atual leva os indivíduos a pensarem que quanto mais exames complementares ou terapias recomendadas, melhor será a assistência e esse é um pensamento que precisa ser modificado⁽³⁵⁾.

A decisão sobre quem precisa de exames, tratamentos, ou encaminhamentos deve partir do médico assistente após minuciosa avaliação do indivíduo, pesando sempre riscos e benefícios dentro da ética do cuidado, evitando-se, assim, gastos desnecessários, seja para a assistência pública ou privada. Vale ressaltar que a medicina baseada em valor difere da medicina que se baseia em gastos. Valor, nesse caso, deve ser entendido como aquilo que se aplica para benefício de um paciente quando se relaciona aos gastos. Obviamente que os avanços tecnológicos muito têm ajudado na precocidade de diagnósticos com aumento das chances de sobrevida e amenização de sofrimentos. No entanto, muitas vezes, utilizam-se procedimentos ou terapias de alto custo, porém de baixo valor para o paciente. Há que se avaliar diante de cada caso a necessidade de uso adequado de exames ou terapêuticas que, sendo elas de alto ou baixo custo, efetivamente tenham valor no cuidado da pessoa. Na outra mão, também não se justifica deixar de utilizar procedimentos de alto custo no intuito de economizar recursos quando isso traria benefício ao assistido.

Todas essas análises mostram a complexidade da medicina, daí a importância de critérios para a escolha de condutas adequadas para cada paciente. Estudos mostram que o médico é um disseminador de hábitos comprovadamente ineficazes e de baixo valor, e isso é deveras preocupante^(35,36).

Nas últimas décadas, as medidas custo-conscientes vêm recebendo atenção crescente dos sistemas de saúde – principalmente por buscarem oferecer a melhor assistência atrelada a gastos financeiros ajustados e compatíveis com a realidade do doente. A perspectiva é disponibilizar os melhores cuidados para os pacientes em função de suas necessidades reais – evitando o uso exagerado dos recursos, em relação ao benefício a ser alcançado para eles.

Com a recente ênfase generalizada em custos insustentáveis, ineficiências e desperdício de cuidados de saúde, a necessidade de incluir a dimensão ética e profissional da contenção de custos é uma questão importante que precisa ser abordada, sendo que na maioria dos programas de educação médica, incluindo a pós-graduação, ainda não há um treinamento formal direcionado a essas práticas^(37,38).

3.5 O pediatra e sua prática

A Pediatria, como especialidade médica, surge no final do século XVIII, no rastro das modificações sócio-culturais próprias da Modernidade e das Luzes. Não foi possível pensar uma especialidade médica para as crianças sem que estas tivessem um estatuto que lhes desse um lugar social específico. Ao interesse social pelas crianças segue-se um interesse médico. Assim, não há uma Pediatria una, monolítica no tempo, que conclua de maneira autônoma sobre seu objeto e suas práticas. (Rivorêdo, 1998, p 35-45)⁽³⁹⁾

Esse trecho de Rivorêdo⁽³⁹⁾ remonta aos primórdios da pediatria, especialidade recente na história da medicina que objetiva o cuidado da saúde da criança por um profissional dotado de conhecimento de todo o processo de crescimento e desenvolvimento infantil, além de todo o contexto etiológico, fisiopatológico, diagnóstico e terapêutico de entidades nosológicas comuns à infância. Um jargão antigo, mas de grande valor, é entender que cuidar de criança não é cuidar de adulto em miniatura. As variáveis anatomofisiológicas sofrem modificações a cada etapa de vida da criança, conferindo múltiplas possibilidades de acometimentos patológicos que necessitam de abordagem detalhada e especificamente sistematizada para atender às demandas e necessidades próprias desse período da vida humana. Segundo Rivorêdo, a criança vive num mundo fugaz e provisório, incompleto, apaixonado e irracional, dependente e submisso, indisciplinado e não-socializado, um mundo que chamou de mundo do não cidadão e que se contrapõe ao mundo adulto, racional e cidadão⁽³⁹⁾. As consequências desse modo de pensar levam, muitas vezes, a uma forma de assistência que desconsidera a criança como indivíduo pensante, com suas necessidades e, até mesmo, possibilidades de

escolhas. Essa criança que já foi vista de outras formas ao longo da história deve, cada vez mais, ser percebida na sua integralidade física, psíquica, afetiva e social, e o profissional que dela cuida, atento a isso, atento e aos avanços que, muitas vezes, chegam às crianças a partir de extrapolações da pesquisa com o indivíduo adulto e que, com o passar do tempo, definem-se como inadequadas para a faixa etária pediátrica, cabendo revisões para abolição de práticas ordinariamente ultrapassadas.

O pediatra, então, ao longo desses mais de dois séculos de desenvolvimento da pediatria, é o profissional que deve desenvolver uma prática médica “específica” para as crianças⁽⁴⁰⁾. Mas, como tudo em medicina, ela vem sendo construída e reconstruída ao longo do tempo. Conduas se modificam a cada época e o que era, passa a não ser mais, a partir das novas descobertas e avanços, sendo necessário reavaliar periodicamente condutas e /ou práticas à luz de boas evidências.

A residência de pediatria pode ser considerada como um momento de formação profissional crucial para o pediatra, propondo diversas formas para a aquisição de conhecimentos, habilidades, e atributos técnicos e relacionais. Durante a residência, a aprendizagem deve ser significativa, com objetivos bem explícitos, para que possa motivar o residente, estimulando-o a fazer sucessivas descobertas e ofertando exemplos que o façam perceber a existência de alguns padrões para tomar atitudes pertinentes, deixando bem claro os objetivos da aprendizagem. Nesse contexto, o preceptor assume vários papéis, cabendo a ele promover as condições para que o aprendizado seja satisfatório, além de usar sua experiência para aconselhar o residente⁽⁴¹⁾.

Já existem algumas publicações que avaliam as percepções de residentes de diversas áreas, incluindo os da pediatria, sobre a campanha CW, que abordam o seu conhecimento da mesma, as dificuldades para o cumprimento das recomendações e as contribuições do aprendizado de uma postura custo consciente nessa etapa de formação⁽⁴²⁾. Alguns resultados considerados promissores ainda estão em análise, embora sejam identificadas, pelos próprios residentes, barreiras para o seguimento das recomendações relativas às questões da insegurança profissional, medos de retaliações judiciais, e dificuldades para lidar com as expectativas dos pacientes e seus cuidadores⁽⁴³⁾.

3.6 A campanha *Choosing Wisely* na pediatria

A campanha *Choosing Wisely* busca fomentar o diálogo entre médicos e pacientes a respeito das melhores opções de diagnóstico e tratamento. Já existem evidências de que painéis médicos promovem impacto positivo no processo de mudanças de condutas que levam à melhoria de qualidade e custos dos cuidados médicos⁽⁴⁴⁾. No período de 2013 e 2014, a *American Academy of Pediatrics* (AAP)⁽²²⁾ foi uma das primeiras a publicar uma lista de cinco e, depois mais cinco, condutas consideradas desaconselháveis na pediatria, construídas em estágios: 1º: inquérito on-line com especialistas, membros dessa sociedade, que sugeriram condutas desnecessárias frequentes e sem evidências científicas; 2º: análise por *expert* da pediatria e avaliação de grupos que supervisionaram o processo de elaboração da lista⁽⁴⁵⁾. As 10 recomendações⁽⁴⁶⁾ podem ser vistas no Quadro 1. Outras sociedades pediátricas em diversos países também têm revisado seus protocolos e suas condutas, culminando em uma série de indicações de práticas identificadas a partir de painéis de *experts* e especialistas da área, como práticas inadequadas e que merecem reflexão^(23,46-49). Essas sociedades, através de ações como módulos de educação que orientam os profissionais sobre a campanha e como abordar o tema com os pacientes, vídeos sobre o impacto da campanha, materiais com informações em linguagem simples para os consumidores e parceiros da sociedade, têm possibilitado a reflexão compartilhada entre os médicos pediatras, associações e os pais ou responsáveis pelas crianças, estimulado a adoção de ações com o objetivo de reduzir o desperdício no sistema de saúde e evitar riscos associados a condutas desnecessárias.

Quadro 1 - Lista da AAP das 10 condutas desaconselháveis na prática pediátrica

1. Não use antibióticos para infecções respiratórias aparentemente virais (sinusites, faringites, bronquites e bronquiolites).
2. Não prescreva ou recomende antitussígenos e antigripais para doenças respiratórias em crianças abaixo de quatro anos de idade.
3. Não solicite tomografia computadorizada de crânio em traumatismo craniano leve em crianças sem complicações.
4. Não solicite Tomografia de abdome de rastreio na avaliação rotineira da dor abdominal em crianças.
5. Não prescreva altas doses de dexametasona para a prevenção ou tratamento de broncodisplasia em pré-termos.
6. Não prescreva dexametasona em altas doses (0,5 mg / kg por dia) para a prevenção ou tratamento da displasia broncopulmonar em bebês prematuros.
7. Não realize exames de triagem para alergias alimentares sem considerar previamente a história médica.
8. Evite o uso de bloqueadores de ácido e agentes de motilidade, como metoclopramida (genérico) para refluxo gastroesofágico fisiológico (RGE) que seja, indolor e não afete o crescimento. Não use medicação no chamado "gofador-feliz".
9. Evite o uso de culturas de vigilância para o rastreio e tratamento de bacteriúria assintomática.
10. Não use monitores domésticos de apneia rotineiramente para prevenir a síndrome da morte súbita.

Fonte: lista AAP das dez coisas que médicos e pacientes devem questionar/
<http://www.choosingwisely.org/societies/american-academy-of-pediatrics/>

A Sociedade Brasileira de Pediatria foi criada em 1910, marcando o início da pediatria no Brasil. Atualmente, cerca de 30.000 pediatras são associados, fazendo dela a maior sociedade médica do país. Ainda não temos registros da campanha CW desenvolvida pela Sociedade Brasileira de Pediatria e a literatura carece ainda de publicações acerca desse processo de reflexão sobre a utilização adequada de procedimentos e práticas pediátricas no Brasil.

Na ampla revisão de literatura realizada para este trabalho, especialmente contemplando os registros para listas *Choosing Wisely* de pediatria nas bases de dados do *Embase*, *Lilacs*, *Medline*, *Scopus* e *Web of Science* e na página do *Choosing Wisely* internacional, além da lista da AAP, mostrada no Quadro 1, foi encontrada uma série de publicações que mostram os processos de construção das listas nos diversos cenários e países, algumas vezes contemplando as estratégias de implantação da campanha nos referidos locais de sua construção. O Apêndice A, mostra as listas encontradas, com seus respectivos grupos construtores e seu país de origem. Alguns aspectos relevantes dessas publicações foram referenciados em alguns pontos desta tese.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Estudo de modelo misto observacional e intervencionista. Quantitativo para caracterização da amostra e das respostas objetivas. Qualitativo com análise temática de conteúdo para as respostas discursivas.

4.2 Local e período

Serviço público de referência em pediatria – Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) – Salvador (Bahia). O HGRS é o maior hospital terciário da rede pública do estado e integrante da rede de hospitais de ensino do Ministério da Educação e Cultura (MEC). A residência de pediatria é credenciada pelo MEC e possui 32 residentes de pediatria, supervisionados por um grupo de 38 preceptores médicos.

Período: abril de 2017 a dezembro de 2018.

4.3 População estudada

Médicos residentes do primeiro e segundo anos da pediatria e preceptores do Hospital Geral Roberto Santos –Salvador (Bahia)

4.4 Critério de inclusão

Todos os residentes que responderam aos questionários de percepção da atitude custo consciência e *role-modeling* pré e pós implantação da campanha, participaram de uma das oficinas e realizaram as duas avaliações de casos clínicos simulados; e preceptores com mais de 10 anos de atuação no hospital, atuação em diferentes áreas da pediatria (ambulatório, enfermaria, emergência e unidade de terapia intensiva), atuação na área científica como preceptor de residência e com titulação (especialista, mestrado ou doutorado).

4.5 Instrumentos de pesquisa

4.5.1 Questionários de Percepção da Atitude Custo Consciente, Barreiras e Conseqüências e o *Role- Modeling*

Estes 3 questionários se encontram nos Anexos A e B, respectivamente, sendo que o Questionário de Percepção da Atitude Custo-Consciente e o de Barreiras e Conseqüências foram condensados e, tanto eles como o *Role-Modeling* foram enviados através da plataforma *SurveyMonkey*® e pelo aplicativo para celular *whatsapp*. Esses instrumentos foram originados do trabalho de Leep Hunderfund, publicado em 2016⁽⁵⁰⁾ e, posteriormente traduzidos, submetidos à validação semântica e validados para aplicação com estudantes de medicina, cursando o internato^(51,52). O questionário de percepção apresenta 13 questões que buscam avaliar a autopercepção do residente sobre atitudes custo-conscientes na sua prática médica e o de Barreiras e Conseqüências apresenta 9 itens que buscam a identificação de dificuldades para a adoção de condutas custo conscientes e conseqüências dessas atitudes. As respostas aos questionários eram dadas a partir de uma escala Likert (4: concordo fortemente, 3: concordo moderadamente, 2: discordo moderadamente, 1: discordo totalmente).

O questionário *Role-Modeling* tem 13 itens que buscam identificar a percepção do residente sobre a frequência com que notavam atitudes custo-conscientes do preceptor em sua prática médica nas atividades da residência: nunca; raramente (1 a 2 vezes); às vezes (3 a 4 vezes); frequentemente (> 5 vezes). Esse questionário apresenta itens que apontam para atitudes custo conscientes e outras que apontam para atitudes de desperdício.

Esses questionários foram aplicados em dois momentos da pesquisa, antes e depois das estratégias de implantação da campanha, e no segundo envio dos questionários de Percepção da Atitude Custo Consciência e das Barreiras e Conseqüências foi acrescentada uma questão de resposta aberta abordando a opinião do residente sobre a campanha *Choosing Wisely*.

4.5.2 Questionário Inicial para Construção da Lista de Recomendações *Choosing Wisely* de Pediatria

Questionário que foi enviado também pela plataforma *SurveyMonkey*® para os preceptores convidados para formar o painel, construído para a pesquisa, contemplando questões para

identificação desses especialistas e solicitando a eles que identificassem três situações desnecessárias que comumente ocorrem na prática clínica do pediatra com impacto na assistência no hospital de referência do estudo (Apêndice B).

4.5.3 Questionário de Avaliação da Oficina

Questionário também construído para esta pesquisa como os outros, enviado aos residentes pela plataforma *SurveyMonkey*® e pelo aplicativo whatsapp (Apêndice C), depois da realização das oficinas de capacitação, com o objetivo de avaliar a sua satisfação acerca da metodologia utilizada na oficina de capacitação, contemplando: o conteúdo da campanha abordado, a qualidade da apresentação e a qualidade das discussões pelos mediadores, que deveriam ser avaliados numa escala (excelente; muito bom,; bom; regular e péssimo); a identificação da recomendação considerada por eles mais difícil de colocar em prática no seu cotidiano de residente com a justificativa em resposta aberta; e um comentário sobre a campanha.

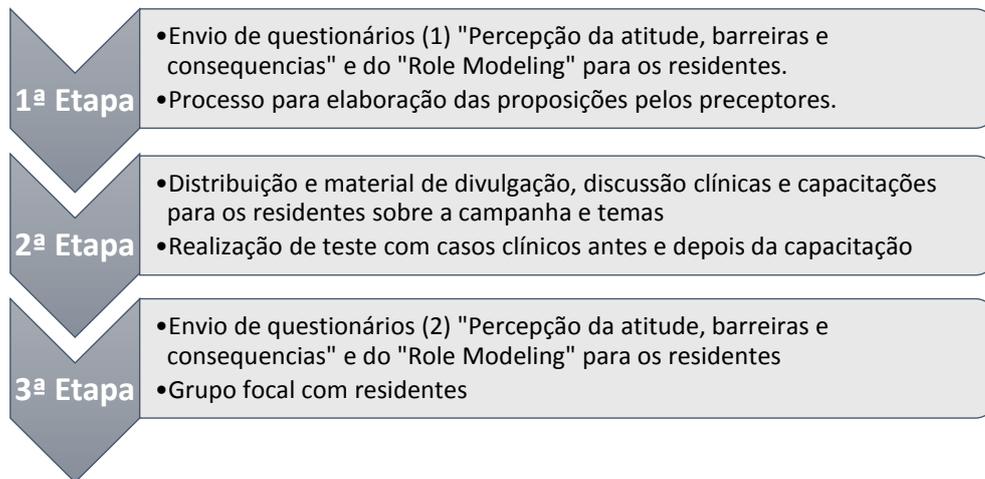
4.5.4 Casos clínicos simulados

Esses casos foram fornecidos em duas avaliações escritas preenchidas manualmente pelos residentes e analisadas pela pesquisadora principal (Apêndice D). Também foram realizados pré e pós-intervenções educativas de capacitação (oficinas). As avaliações apresentavam casos clínicos simulados relativos às proposições para testagem e tomada de decisão; em cada caso era apresentado uma situação clínica relativa a uma das proposições e havia duas questões que deveriam ser respondidas: a) Se o residente concordava com a tomada de decisão apresentada no caso, sim ou não e b) Qual a justificativa para sua resposta. O acerto das duas questões era considerado acerto total, o acerto de apenas uma das questões foi considerado acerto parcial e, erro da questão, se as duas respostas fossem incorretas.

4.6 Etapas do estudo

As etapas do estudo serão descritas nos itens que se seguem e podem ser verificadas de forma panorâmica no fluxograma (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma - Etapas do estudo



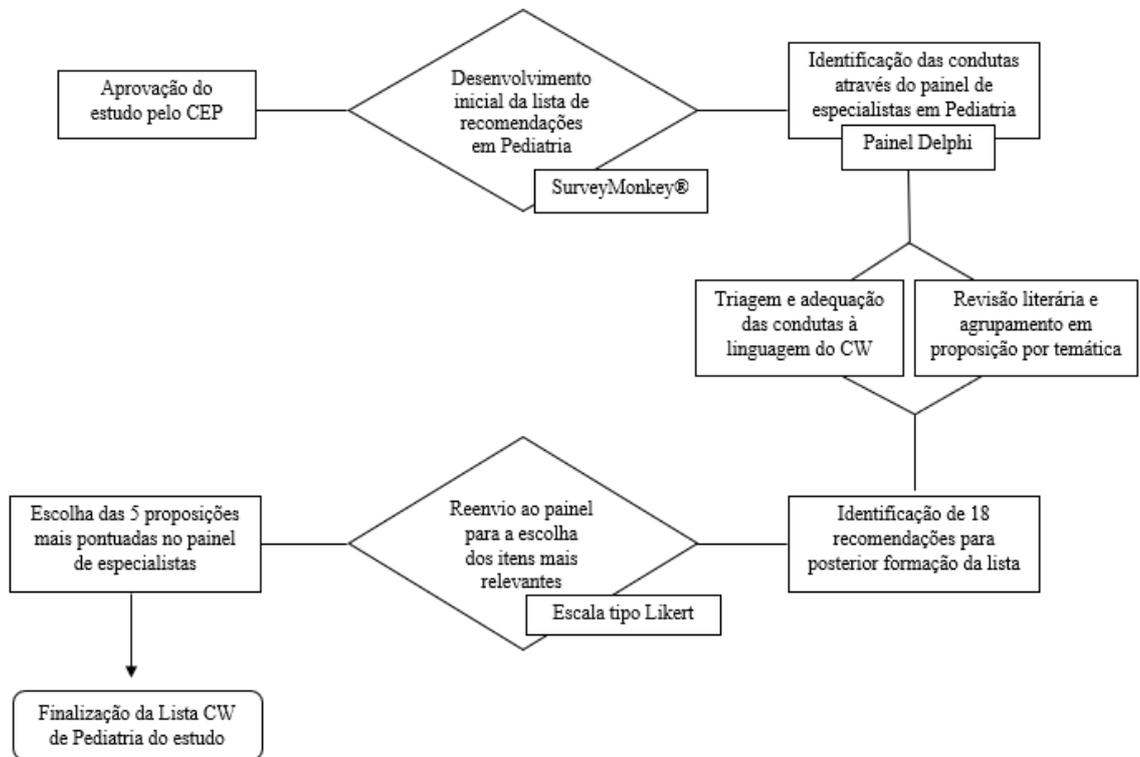
Fonte: organizado pelo autor

4.6.1 Primeira etapa - A construção da lista de recomendações e envolvimento dos residentes

Essa etapa teve início em abril de 2017, após a aceitação dos residentes e preceptores em participar do estudo. Para os residentes foram enviados os questionários para a Percepção da Atitude Custo Consciente, Barreiras e Consequências e *Role-Modeling*; para os preceptores, foi iniciado o processo da construção da lista de recomendações utilizadas na campanha, tendo como ponto de início o envio do primeiro questionário para os participantes do painel.

A metodologia de construção da lista foi respaldada especialmente no método da ABIM⁽²⁶⁾ e no desenvolvimento das listas da *American Academy of Pediatrics*⁽⁴⁶⁾, *Canadian Paediatric Society*⁽²³⁾ e *Society of Hospital Medicine's Pediatric*⁽⁴⁷⁾ – sendo esta última pioneira na divulgação de listas de recomendações de pediatria da campanha CW. Para todo o processo foi utilizada a metodologia Delphi com o intuito de obtenção de consenso no painel de especialistas (Figura 2). A técnica Delphi está dentro dos denominados Métodos de Especialistas, que são aqueles que utilizam como fonte de informação um grupo de pessoas com expertise sobre o assunto que se vai tratar⁽⁵³⁾. Dessa forma, um grupo de *experts* é consultado para auxiliar na identificação de riscos e suposições e premissas a eles associados, e cada um, individualmente, apresenta suas estimativas e premissas para um facilitador, que analisa os dados e emite um relatório de síntese. Na sequência, os membros do grupo discutem e analisam o relatório de síntese e cada um deles apresenta novamente suas estimativas e premissas, atualizadas e influenciadas pela opinião dos demais participantes⁽⁵⁴⁾.

Figura 2 - Etapas da construção da lista



Fonte: construída pelo autor

Esse processo continua até que todos os participantes obtenham um consenso o mais confiável possível. A técnica Delphi constitui-se em estratégia indicada para estabelecer validade de conteúdo de instrumentos, pois permite ouvir e analisar, de forma sistemática, opiniões de *experts* de áreas específicas, sendo possível, no fim dessa análise, gerar um produto validado⁽⁵⁴⁾. No desenvolvimento da metodologia Delphi desse trabalho os especialistas, no fim de cada rodada, tinham o conhecimento das previsões dos demais especialistas, mas não nominalmente, uma vez que o anonimato é recomendável. Neste caso, foram convocados, para compor o painel de especialistas 13 preceptores do Serviço de Pediatria do HGRS que atenderam aos critérios de inclusão.

A análise das proposições foi realizada de acordo com as regras para construção de outras listas e do *Choosing Wisely*⁽⁵⁵⁾ – Brasil (Quadro 2)

Quadro 2 - *Choosing Wisely* Brasil: Princípios básicos para elaboração da Lista

1.	Todos itens da lista devem estar de acordo com o escopo de atuação da especialidade;
2.	Priorizar testes, procedimentos ou tratamentos utilizados com bastante frequência e que podem prejudicar pacientes mais do que serem inócuos. Secundariamente, os que representem abordagens diagnósticas ou terapêuticas de baixo valor agregado;
3.	Deve existir um bom corpo de evidências científicas que suporte a recomendação;
4.	O processo de desenvolvimento da lista deve ser rigorosamente documentado e transparente desde o seu início;
5.	Iniciar toda recomendação com as expressões "Não" ou "Reflita muito antes de";
6.	Evite recomendar fazer. Exemplo: "não prescreva medicação sem olhar interações";
7.	Evite recomendações genéricas. Exemplo: "não solicite exame sem indicação específica". Costumamos recomendar acreditando em indicação. Aponte o mais objetivamente quando não fazer;
8.	A lista deve ter pelo menos cinco recomendações, e no máximo 10.

Fonte: Princípios básicos para elaboração da lista - *Choosing Wisely* Brasil, 2016

Ainda nessa etapa, antes do início da campanha, foram enviados os questionários "Percepção da Atitude, Barreiras e Consequências" e do "*Role-Modeling*" para os residentes.

4.6.2 Segunda etapa - Estratégias de implantação da campanha

Após a construção da lista, seguiram-se diversas ações, consideradas como intervenções, para implantação da campanha conforme a ordem de ocorrência abaixo:

- 1º. Colocação de banners com a lista de proposições nos espaços destinados à assistência pediátrica (Apêndice E);
- 2º. Oficinas de capacitação com os residentes (Atividade de exposição interativa com recursos audiovisuais, abordando o histórico da campanha CW no mundo, seus objetivos, experiências na pediatria, apresentação da lista de pediatria do HGRS, com discussão das evidências para cada proposição, e a proposta para o desenvolvimento da campanha no hospital). Foram realizadas três oficinas com os mesmos conteúdos, no intuito de envolver o maior número de residentes; Antes de iniciar a oficina era realizado uma avaliação de casos clínicos simulados referentes às situações das recomendações. Outra avaliação, com casos diferentes, mas também relacionados aos conteúdos das recomendações, era aplicada uma semana após as oficinas.
- 3º. Sessões educativas periódicas com discussão de conteúdos que reportavam aos temas das recomendações;
- 4º. Avaliações de casos à beira do leito que envolvessem situações relativas às recomendações;

- 5°. Orientações aos cuidadores para informes e esclarecimentos de dúvidas acerca das mudanças propostas pela campanha quando solicitado.

Essas ações ocorreram de julho de 2017 a fevereiro de 2018, quando aconteceu a última oficina de capacitação dos residentes. De fevereiro a dezembro de 2018, foram mantidas as sessões educativas e discussões à beira do leito, bem como a permanência dos banners com as recomendações.

4.6.3 Terceira etapa - Avaliação do impacto da campanha CW

Para o processo de avaliação quantitativa do impacto da campanha na residência foi aplicado o “Questionário de Avaliação Pós-Oficina” de Capacitação (Apêndice C), uma semana depois do seu término; “Questionários de Auto percepção da Atitude Custo Consciente, Barreiras e Consequências” (Anexo A) e o “Questionário *Role-Modeling*” (Anexo B), antes e depois das intervenções. Essa etapa de avaliações foi iniciada em fevereiro de 2018, depois das oficinas de capacitação, até março de 2018.

A coleta de dados para a avaliação qualitativa foi realizada em três momentos: a partir das perguntas abertas dos questionários para percepção da atitude custo-consciente; ao término das oficinas, quando foram aplicadas duas questões abertas (Apêndice F); e através da técnica de Grupo Focal (GF).

O GF, outro método para avaliação qualitativa no trabalho, foi realizado no fim do estudo (novembro de 2018), sendo o conceito, a metodologia e o desenvolvimento e análise detalhados a seguir.

A opção por essa técnica ocorreu pelo entendimento de que ela promove a reunião, em um mesmo local e durante certo período de tempo, de uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte de uma amostra de conveniência, cujo objetivo é coletar, a partir do diálogo e do debate, com e entre os participantes, informações acerca de um determinado tema⁽⁵⁶⁾.

O convite para participar dessa etapa foi realizado pela pesquisadora principal, que fez parte apenas da recepção, dos residentes em local e horário previamente acordados para o encontro, com duração prevista de 90 minutos, quando foi realizada uma rápida preleção relacionada à

trajetória da campanha CW, desde a sua implantação na mencionada unidade, apresentado o objetivo relacionado ao GF, distribuído o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice G) para leitura e assinatura das integrantes da pesquisa, e ressaltando que a discussão da dinâmica seria gravada. Por fim, foram apresentadas a moderadora e a observadora responsáveis pela condução do GF, ambas integrantes do grupo de pesquisa.

A não participação da pesquisadora na operacionalização do GF foi definida por ser considerado que o nível de conhecimento com os participantes, devido ao convívio nos espaços em que acontecem as suas atividades de estágio, pudesse interferir e ocasionar viés nos dados obtidos.

Para a dinâmica foi utilizada a seguinte questão disparadora: Qual a importância da campanha CW em sua vida profissional? Posteriormente, no curso da dinâmica, outras questões foram incorporadas, a saber: O que achou mais importante nas estratégias utilizadas na campanha (que bom)? O que poderia ter sido melhor (que pena)? E, que outras estratégias poderiam ser utilizadas? (Que tal).

Baseado nos processos de desenvolvimento de GF algumas regras foram definidas⁽⁵⁷⁾: só uma pessoa deveria falar de cada vez; deveriam evitar as discussões paralelas para que todos pudessem participar; ninguém poderia dominar a discussão; e todos tinham o direito de dizer o que pensam.

4.7 Plano de Análise de dados

A análise discursiva trabalho foi realizada por método de Triangulação⁽⁵⁸⁾, que permite a combinação dos resultados obtidos a partir das avaliações quantitativas e qualitativas. Para a análise quantitativa utilizou-se da estatística descritiva, com tabelas de distribuição por frequência e percentuais para variáveis categóricas, e em média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil para variáveis numéricas, analisadas utilizando-se o *Software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 21.0, sendo aplicado o Teste de McNemar para dados categóricos pareados, com p significativamente estatístico quando menor que 0,05.

Considerando-se o N pequeno da amostra analisada utilizou-se o recurso de agrupamento dos itens das escalas Likert utilizadas nos questionários em categorias a saber: nos questionários

de Percepção da Atitude Custo Consciente, Barreiras e Consequências foram organizadas as categorias concordo forte e moderadamente e discordo forte e moderadamente; e no questionário *Role-Modeling* foram organizadas para análise as categorias nunca ou raramente e às vezes ou frequentemente.

As respostas abertas dos questionários para percepção da atitude custo consciente foram submetidas ao método de análise de conteúdo, de acordo com as etapas adotadas por Minayo⁽⁵⁹⁾, quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e categorização. Para a questão relacionada a importância da campanha para o residente foram utilizadas categorias pré definidas, tendo como base os princípios fundamentais que norteiam o profissionalismo do médico, para com a sociedade⁽²⁸⁾. Por tanto, foi utilizada uma categorização apriorística para essa resposta, ou seja, as categorias foram estabelecidas a priori pelos pesquisadores. Para as demais respostas dos questionários a categorização foi não apriorística (aquelas que emergem totalmente do contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa). Participaram dessa análise duas pesquisadoras que integram o grupo de pesquisa ao qual a pesquisadora principal está vinculada. Elas realizaram o processo de categorização separadamente, em um primeiro momento e, em um segundo momento, ocorreu o consenso da categorização realizada pela dupla de pesquisadoras.

A análise do grupo focal também tomou como referência a técnica de Análise de Conteúdo descrita por Minayo⁽⁵⁹⁾, que, conforme já foi citado, é dividida em três etapas. Na pré-análise, acontece a retomada das hipóteses e dos objetivos que nortearam a pesquisa. Nesse momento também, determina-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a demarcação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes e a codificação. Essa fase pré inicia-se com a leitura flutuante dos dados obtidos de forma que o pesquisador se familiarize ao máximo com os dados, nos quais há comparação entre as hipóteses iniciais e as que surgiram, junto às teorias sobre o tema, possibilitando transcender a obscuridade característica do início da pesquisa.

Em seguida, acontece a constituição do *corpus* da pesquisa, cujo o universo estudado, precisa responder as normas de validade qualitativa, quais sejam: exaustividade; representatividade, de forma que o *corpus* contenha os caracteres iniciais do universo pretendido; homogeneidade, obedecendo a critérios exatos de escolha quanto ao tema tratado, bem como à técnica utilizada e às características dos interlocutores.

Ainda como atividade da pré-análise, pode acontecer a formulação e a reformulação de hipóteses e objetivos, ou seja, uma recapitulação da fase exploratória, permitindo a correção de erros de interpretação e abertura de novas indagações. Assim, na pré-análise, ocorreu a organização dos dados, depois de realizada a transcrição das falas obtidas a partir da gravação dos áudios utilizados durante aplicação do GF.

Posteriormente, foi realizada uma leitura minuciosa, de forma separada, de todo o material pelas observadora e moderadora e organizado em determinada ordem de classificação.

Na segunda fase da análise, aconteceu a exploração do material, com a construção das categorias que são palavras ou frases significativas para nortear a organização das falas colhidas. Esse é um processo minucioso em que primeiro se recorta o texto em unidades de registro ou núcleos de sentido (palavras, frases, temas) e, em seguida, escolhe-se as regras para enumerar esses núcleos, por meio de codificação e/ou índices quantitativos.

Nessa 2ª fase, foi dada continuidade à classificação dos dados de forma sistematizada. Os núcleos de sentido identificados em cada questão disparadora do GF deram origem às categorias, caracterizando os enunciados que abarcaram os temas, que por proximidade pudessem, através da análise, exprimir significados e elaborações importantes, atendendo aos objetivos do trabalho, sendo utilizadas categorias não apriorísticas.

Em um terceiro momento, a moderadora e a observadora, apresentaram, individualmente, seu processo de análise e categorias eleitas, culminando em uma etapa de consenso e estabelecimento final das categorias. Concluindo esta etapa, as categorias foram submetidas a análise final e discussão com literatura pertinente.

4.8 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EBMSP sob parecer nº 1.627.477. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme exigências da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Na participação por meio eletrônico, eles receberam, junto com o questionário, o TCLE, sendo solicitada a sua leitura previamente à resposta do questionário. Foi considerado

como concordância em participar do estudo a resposta ao questionário eletrônico. A pesquisa se iniciou depois da carta de anuência do HGRS (Apêndice H).

5 RESULTADOS

Na etapa inicial os questionários “Percepção da Atitude, Barreiras e Consequências” e o “*Role- Modeling*” foram enviados e respondidos por 32 residentes, 13 do primeiro (R1), 13 do segundo (R2) e 7 do terceiro ano (R3), 24 atenderam ao critério de inclusão para o trabalho. O motivo para não participação dos demais residentes foi a impossibilidade de estarem no hospital, em todas as etapas necessárias em função da dinâmica de rodízios da residência, havendo inclusive alguns deles em rodízios opcionais fora do hospital à época do estudo. Por esse motivo, o grupo de residentes do terceiro ano não compôs a amostra do estudo.

Dos 24 residentes (R1 e R2) que compuseram a amostra, 12 (50%) eram R1, sendo a maioria do total da amostra do sexo feminino (87,5%), e a mediana de idade de 27 IIQ (25,5-29,5) anos. A origem acadêmica dos residentes era de 66,7% de instituições particulares e 33,3% de instituições públicas.

5.1 Resultados das etapas de construção de proposições para a campanha CW

Treze preceptores de pediatria fizeram parte do painel, todos titulados pela Sociedade Brasileira de Pediatria, atuantes na área científica como preceptor de residência há mais de 10 anos, sendo três deles com titulação de mestre e um de doutor. Entre eles três preceptores eram da enfermagem, três da emergência, três da unidade de terapia intensiva pediátrica e quatro eram dos ambulatórios. A mediana de idades foi de 50 IIQ (42-54) anos, com uma predominância de 11(84,6%) mulheres. A mediana dos anos de formação destes profissionais até a data da resposta do questionário foi de 27 IIQ (20-31) anos.

É importante ressaltar que apenas três (23%) dos participantes do painel referiram conhecimento prévio da campanha CW. Esses profissionais, utilizando o questionário específico (Apêndice B), enviaram uma lista inicial de três condutas habituais na prática pediátrica, consideradas desnecessárias ou inadequadas na atualidade. As 39 proposições enviadas foram avaliadas pelo grupo de pesquisa, seguindo-se critérios utilizados para construção de outras listas CW, quais sejam: 1. Viabilidade, 2. Suporte de evidência, 3. Sem duplicidade, 4. Livre de dano, e 5. Verdadeiramente necessário. Foram levadas em conta, ainda, as recomendações do *Choosing Wisely-Brasil*⁽⁵⁵⁾.

Depois da análise das 39 proposições enviadas, feita pela equipe de pesquisa, 18 recomendações permaneceram e foram reenviados através do correio eletrônico para que os painelistas analisassem cada uma, a partir de uma escala tipo Likert [concordo fortemente (pontuação 4), concordo moderadamente (pontuação 3), discordo moderadamente (pontuação 2) e discordo fortemente (pontuação 1)] (Quadro 3).

Quadro 3 - Lista Preliminar das recomendações *Choosing Wisely* após primeira avaliação do painel de especialistas, Salvador, Bahia, Brasil 2017

Nº	<i>Proposições</i>
1	Refleta antes de iniciar antibioticoterapia empírica em crianças internadas com infecção sem foco, com quadro clínico estável, até resultados de exames que sugiram infecção bacteriana.
2	Não solicite exames laboratoriais com periodicidade pré-estabelecida em crianças internadas com boa evolução clínica.
3	Não solicite radiografia de tórax para crianças com crise aguda de asma não grave sem evidências de complicações.
4	Não solicite múltiplos exames laboratoriais sem critérios e cujos resultados não alterariam a conduta a ser tomada.
5	Refleta antes de indicar radiografia de tórax de controle em pacientes internados por pneumonia não complicada com boa evolução clínica.
6	Não prescreva antibióticos para doenças respiratórias de vias aéreas superiores sugestivas de etiologia viral (sinusite, faringite, otite média aguda e rinofaringite).
7	Não solicite radiografia de tórax diária para todos os pacientes só por estarem internados em UTI, sem avaliar a real necessidade do exame.
8	Não solicite exames laboratoriais em crianças maiores de três anos com quadro febril na emergência sem fatores de risco ou sinais de gravidade.
9	Não solicite tomografia de crânio para traumatismo craniano leve sem sinais de alerta para complicações.
10	Não prescreva corticoides nos casos de bronquiolite viral aguda.
11	Não prescreva broncodilatador para tratamento de pneumonia sem broncoobstrução.

Quadro 3 - Lista Preliminar das recomendações *Choosing Wisely* após primeira avaliação do painel de especialistas, Salvador, Bahia, Brasil 2017 (Continuação)

12	Não prescreva excesso de líquidos por via endovenosa em crianças internadas.
13	Não prescreva antibióticos para crianças internadas estáveis, sem evidências de infecção bacteriana, baseado em resultados de culturas e outros exames laboratoriais.
14	Não prescreva antitussígenos, descongestionantes e mucolíticos para crianças, especialmente em menores de cinco anos, com doença respiratória aguda.
15	Não solicite sumário de urina como exame de rotina em criança assintomática.
16	Não prescreva corticoide em pequenos lactentes no primeiro episódio de sibilância sem fatores de risco (prematuridade, cardiopatia, broncodisplasia).
17	Não prescreva antihistamínicos em crianças com rinofaringite e /ou tosse sem uma história muito clara de rinite alérgica.
18	Não solicite VHS como exame de auxílio para triagem infecciosa.

Fonte: resultados da pesquisa

Segundo as recomendações com maior pontuação de concordância através da escala Likert, o grupo de pesquisa selecionou 12 recomendações (Tabela 1) as quais foram enviadas ao painel e solicitado a escolha das cinco recomendações mais relevantes entre estas para compor a lista de recomendações CW pediatria do hospital. As mais pontuadas, nesse segundo retorno, deveriam fazer parte da lista (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequências das concordâncias da lista de recomendações *Choosing Wisely* do painel de especialistas, Salvador, Bahia, Brasil 2017

Nº	PROPOSIÇÕES	Total de pontos (Likert)	Concordo fortemente Pontuação 4 % (n)	Concordo moderadamente Pontuação 3 % (n)	Discordo moderadamente Pontuação 2 % (n)	Discordo fortemente Pontuação 1 % (n)	Pontuação 2º Retorno (n)
1	Não prescreva antitussígenos, descongestionantes e mucolíticos para crianças, especialmente em menores de cinco anos, com doença respiratória aguda.	52	100,0 (13) 13x4= 52	-	-	-	10
2	Não solicite exames laboratoriais com periodicidade pré-estabelecida em crianças internadas com boa evolução clínica.	52	100,0 (13) 13x4= 52	-	-	-	9
3	Não prescreva corticoide em pequenos lactentes no primeiro episódio de sibilância sem fatores de risco (prematuridade, cardiopatia, broncodisplasia).	52	100,0 (13) 13x4= 52	-	-	-	9
4	Não solicite múltiplos exames laboratoriais sem critérios e cujos resultados não irão alterar a conduta a ser tomada.	52	100,0 (13) 13x4= 52	-	-	-	7
5	Não solicite radiografia de tórax para crianças com crise aguda de asma não grave sem evidências de complicações.	52	100,0 (13) 13x4= 52	-	-	-	7
6	Não prescreva antihistamínicos em crianças com rino-faringite e /ou tosse sem uma história muito clara de rinite alérgica.	52	100,0 (13) 13x4= 52	-	-	-	-
7	Não prescreva excesso de líquidos por via endovenosa em crianças internadas.	52	100,0 (13) 13x4= 52	-	-	-	-
8	Não prescreva broncodilatador para tratamento de pneumonia sem broncoobstrução.	52	100,0 (13) 13x4= 52	-	-	-	-
9	Não solicite tomografia de crânio para traumatismo craniano leve sem sinais de alerta para complicações.	51	92,31 (12) 12x4= 48	7,69 (1) 1x3= 3	-	-	7
10	Não prescreva antibióticos para doenças respiratórias de vias aéreas superiores sugestivas de etiologia viral (sinusite, faringite, otite média aguda e rino-faringite).	51	92,31 (12) 12x4= 48	7,69 (1) 1x3= 3	-	-	-
11	Não solicite radiografia de tórax diária para todos os pacientes só por estarem internados em UTI, sem avaliar a real necessidade do exame.	51	92,31 (12) 12x4= 48	7,69 (1) 1x3= 3	-	-	-
12	Não solicite VHS como exame para triagem infecciosa.	51	92,31 (12) 12x4= 48	7,69 (1) 1x3= 3	-	-	-

Fonte: resultados da pesquisa

No entanto, seguindo o exemplo metodológico de outras listas de proposições CW em pediatria^(22,46-49), foi determinado, neste estudo, que a lista deveria possuir as cinco condutas mais frequentes e excessivas na prática médica do serviço de pediatria alvo da campanha. Por ter havido empate e conseqüente seleção de seis proposições no momento da votação final dos especialistas, a equipe de pesquisadores decidiu reunir o conteúdo de duas proposições de temas semelhantes. Sendo assim, as proposições agregadas foram; “não solicite exames laboratoriais com periodicidade preestabelecida em crianças internadas com boa evolução clínica” e “não solicite múltiplos exames laboratoriais sem critérios e cujos resultados não irão alterar a conduta a ser tomada”. O resultado da reunião das duas proposições foi “não solicite múltiplos exames laboratoriais com periodicidade preestabelecida sem critérios, cujos resultados não irão alterar a conduta a ser adotada”, havendo concordância dos preceptores para essa composição.

As cinco recomendações escolhidas e suas principais evidências são apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 - Lista das cinco recomendações *Choosing Wisely* da Residência de Pediatria do Hospital Geral Roberto Santos com suas evidências, Salvador, Bahia, Brasil 2017

1. Não solicite múltiplos exames laboratoriais com periodicidade preestabelecida, sem critérios, cujos resultados não irão alterar a conduta a ser adotada.
Essa prática, na maioria das vezes, não promoverá modificação nas condutas, podendo resultar em eventos adversos danosos para o paciente e se caracterizar como uso inadequado dos recursos da saúde. Esse valor gasto de forma inadequada representaria uma economia importante para os setores da saúde ^(60, 61) .
2. Não solicite radiografia de tórax para asma aguda não grave sem evidências de complicações.
A radiografia não é necessária para o diagnóstico da asma aguda, bem como para elencar gravidade – essas avaliações devem estar compreendidas no exame clínico do paciente – devendo ser solicitada nos casos de suspeita de complicações ou quando houver dúvidas quanto ao diagnóstico ⁽⁶²⁻⁶⁴⁾ .
3. Não solicite tomografia de crânio (TC) para traumatismo craniano (TCE) leve sem sinais de alerta para complicações.
A maioria dos TCEs, em criança, é leve, necessitando de um período de observação clínica cuidadosa. A indicação indiscriminada de TC de crânio para todos os pacientes pediátricos com TCE leve expõe desnecessariamente um grande número de crianças à radiação ionizante, triplicando o risco do desenvolvimento futuro de leucemia e tumores cerebrais, maior permanência hospitalar secundária à sedação, quando ela é necessária para a realização do exame ⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾ .
4. Não prescreva antitussígenos, descongestionantes e mucolíticos, especialmente para crianças menores de cinco anos, com doença respiratória aguda
Além de trazerem poucos benefícios, algumas dessas medicações ainda resultam eventos adversos. Especialmente em crianças pequenas (menores de dois anos) que, muitas vezes, recebem prescrições fora das condições recomendadas para o seu uso, sendo, algumas delas, elencadas no grupo de substâncias mais frequentemente envolvidas em mortes pediátricas por intoxicações ⁽⁶⁸⁻⁷¹⁾ .
5. Não prescreva corticoide em pequenos lactentes no primeiro episódio de sibilância, sem fatores de risco, tais como prematuridade, cardiopatia, broncodisplasia
O primeiro episódio de sibilância na criança, na maioria das vezes, trata-se de bronquiolite aguda viral, não sendo indicado o uso de corticoide por não modificar o curso da doença. O uso dessa medicação pode resultar em eventos adversos como a supressão adrenal, causando hipoglicemia, parada de ganho de peso e altura, especialmente quando utilizado em altas doses ⁽⁷²⁻⁷⁴⁾ .

Fonte: resultados da pesquisa

5.2 Resultado das avaliações da campanha pelos residentes

Dos 24 residentes que participaram das capacitações (oficinas), 23 responderam ao questionário de avaliação. Com relação ao conteúdo 14 (69,87%) consideraram excelente e 9 (39,13%) muito bom, quanto à qualidade do material apresentado 15 (65,22%) consideraram excelente e 8 (34,78%) muito bom e, no quesito discussão promovida pelos professores, 13 (56,52%) julgaram excelente e 10 (43,48%) muito bom.

A recomendação “não solicite múltiplos exames laboratoriais com periodicidade preestabelecida, sem critérios, cujos resultados não irão alterar a conduta a ser adotada”, foi votada como a mais difícil de ser colocada em prática no cotidiano do residente para 69,5% dos respondentes.

Com relação a recomendação escolhida como a mais difícil para ser colocada em prática no cotidiano do residente, 15 residentes justificaram com as motivações para esta dificuldade, sendo suas respostas submetidas à análise qualitativa, cujas categorias, subcategorias e número de núcleos de sentido identificados são apresentados na Tabela 2. As falas representativas dessas categorias encontram-se no Apêndice F.

Tabela 2 - Categorias e nº de núcleos de sentido da análise do conteúdo das respostas de 23 residentes de pediartria ao comentário: **Justifique sua resposta relacionado com a pergunta sobre qual item das recomendações é mais difícil de ser seguido na campanha *Choosing Wisely*?**

Categorias	Subcategorias	Núcleos de Sentido
Fatores internos	Conceitos pré-estabelecidos	02
	Insegurança	06
Fatores externos	Preceptores	03
	Rotina do serviço	01
	Pais do paciente	02

Fonte: resultados da pesquisa

5.3 Resultados do impacto sobre a atitude custo consciente e visão dos residentes sobre a campanha ao final da pesquisa

Foi solicitada a opinião dos residentes sobre a campanha CW nos questionários de avaliação da atitude custo consciente. Entre os 24 participantes, 23 responderam as questões abertas que foram submetidas à análise qualitativa, cujas categorias e número de núcleos de sentido são apresentados na Tabela 3. As categorias para esses resultados foram previamente definidas (categorização apriorística) com base nos princípios do profissionalismo médico⁽²⁸⁾ e no caráter positivo de impressões da campanha. Os registros completos dessas respostas, bem como de todas as respostas abertas dos questionários de autopercepção da atitude custo-consciência e *role modeling*, antes e depois das intervenções, encontram-se no Apêndice I. Vale ressaltar que essas respostas eram opcionais.

Tabela 3 - Categorias e nº de núcleos de sentido da análise do conteúdo das respostas de 23 residentes de pediatria à pergunta: **Qual a sua opinião sobre a campanha *Choosing Wisely*?**

Categorias	Núcleos de Sentido
Princípio da justiça social.	08
Princípio da prioridade do bem-estar do paciente.	14
Positiva	05

Fonte: resultados da pesquisa

Nas Tabelas 4 e 5 são apresentadas as questões e respostas dos residentes aos itens em escala Likert dos Questionários para Avaliação da Percepção de Atitude Custo-Consciente e o de Barreiras e Consequências, antes e depois das estratégias de implantação da campanha CW. Como pode ser observado nessas tabelas, não houve diferenças estatisticamente significativas em quaisquer dos itens quando comparados antes e depois das intervenções. Apesar de esses questionários terem sido enviados de forma condensada aos residentes, para a apresentação dos resultados, eles foram individualizados com seus itens pertinentes a cada domínio, garantindo uma melhor compreensão e análise. Os números sobrescritos em cada item nas tabelas correspondem à sua posição no questionário enviado aos residentes (Anexo A).

Tabela 4 - Frequências e proporções (%) item a item no Questionário Percepção de Atitudes Custo-Consciência

Atitudes Custo-Consciência	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	p-valor
Ter um papel mais importante um papel mais importante na limitação de exames desnecessários¹			-
Discordo forte ou moderadamente	-	-	
Concordo forte ou moderadamente	24(100,0)	24(100,0)	
**Tentar não pensar sobre o custo para o sistema de saúde quando tomar decisões terapêuticas²			0,063
Discordo forte ou moderadamente	17(70,8)	22(91,7)	
Concordo forte ou moderadamente	7(29,2)	2(8,3)	
Estar ciente dos custos dos exames ou tratamentos que são recomendados por ele³			-
Discordo forte ou moderadamente	-	-	
Concordo forte ou moderadamente	24(100,0)	24(100,0)	
Conversar com os pacientes sobre os custos ao discutir opções de tratamento⁴			0,625
Discordo forte ou moderadamente	1(4,3)	3(13,0)	
Concordo forte ou moderadamente	22(95,7)	20(87,0)	
Mudar sua prática clínica (por exemplo: solicitação de exames, prescrição) caso percebam que seus colegas estejam atuando de forma mais custo-consciente⁵			0,687
Discordo forte ou moderadamente	4(16,7)	2(8,3)	
Concordo forte ou moderadamente	20(83,3)	22(91,7)	
**Atender aos pedidos ou tratamentos solicitados pelo paciente⁶			0,625
Discordo forte ou moderadamente	23(95,8)	21(87,5)	
Concordo forte ou moderadamente	1(4,2)	3(12,5)	
Práticas clínicas do médico (solicitação de exames, prescrição), são elementos chave dos altos custos em cuidados de saúde⁸			1,000
Discordo forte ou moderadamente	2(8,3)	1(4,2)	
Concordo forte ou moderadamente	22(91,7)	23(95,8)	

**Itens invertidos

Tabela 4 - Frequências e proporções (%) item a item no Questionário Percepção de Atitudes Custo Consciência (Continuação)

Atitudes Custo-Consciência	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	p-valor
O médico deve considerar o custo para a sociedade antes de decidir usar ou não determinada intervenção⁹			1,000
Discordo forte ou moderadamente	5(20,8)	4(16,7)	
Concordo forte ou moderadamente	19(79,2)	20(83,3)	
**Custo do exame ou medicamento só é importante se o paciente tiver de pagar por isso do próprio bolso¹⁰			-
Discordo forte ou moderadamente	23(95,8)	24(100,0)	
Concordo forte ou moderadamente	1(4,2)	-	
** É injusto pedir aos médicos que tenham mais consciência dos custos e ainda assim manter o bem-estar dos pacientes em primeiro lugar¹¹			-
Discordo forte ou moderadamente	19(79,2)	24(100,0)	
Concordo forte ou moderadamente	5(20,8)	-	
Dados de custo efetividade devem ser usados¹²			0,727
Discordo forte ou moderadamente	7(29,2)	5(20,8)	
Concordo forte ou moderadamente	17(70,8)	19(79,2)	
Tentar conter custos é uma responsabilidade de todo médico¹⁶			-
Discordo forte ou moderadamente	3(12,5)	-	
Concordo forte ou moderadamente	21(87,5)	24(100,0)	
É possível gerenciar os recursos de cuidados de saúde para todos os pacientes, e ao mesmo tempo atender as necessidades individuais de cada paciente¹⁷			-
Discordo forte ou moderadamente	2(8,3)	-	
Concordo forte ou moderadamente	22(91,7)	24(100,0)	

Tabela 5 - Frequências e proporções (%) item a item no questionário: barreiras e consequências

Barreiras	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	p-valor
Cultura organizacional no serviço de saúde no qual estou sendo treinado torna difícil para os médicos abordarem os custos em cuidados de saúde⁷			0,754
Discordo forte ou moderadamente	12(50,0)	10(41,7)	
Concordo forte ou moderadamente	12(50,0)	14(58,3)	
Médicos são muito ocupados para se preocupar com os custos de exames ou procedimentos¹⁴			-
Discordo forte ou moderadamente	24(100,0)	24(100,0)	
Concordo forte ou moderadamente	-	-	
É mais fácil solicitar um exame do que explicar ao paciente porque aquele exame não é necessário¹⁵			0,727
Discordo forte ou moderadamente	17(70,8)	15(62,5)	
Concordo forte ou moderadamente	7(29,2)	9(37,5)	
É fácil, para o médico, saber quanto custam exames e/ou procedimentos²²			1,000
Discordo forte ou moderadamente	14(58,3)	15(62,5)	
Concordo forte ou moderadamente	10(41,7)	9(37,5)	
Consequências			
Pacientes ficarão menos satisfeitos com o cuidado de médicos que discutam custos ao escolher exames ou tratamentos¹³			0,375
Discordo forte ou moderadamente	19(79,2)	22(91,7)	
Concordo forte ou moderadamente	5(20,8)	2(8,3)	
Eliminar exames e procedimentos desnecessários vai aumentar a segurança do paciente¹⁸			-
Discordo forte ou moderadamente	1(4,2)	-	
Concordo forte ou moderadamente	23(95,8)	24(100,0)	
Gastar mais dinheiro na saúde leva a melhores resultados em saúde¹⁹			0,070
Discordo forte ou moderadamente	17(70,8)	23(95,8)	
Concordo forte ou moderadamente	7(29,2)	1(4,2)	
A prática de cuidado custo-consciente vai debilitar a confiança do paciente nos médicos²⁰			-
Discordo forte ou moderadamente	24(100,0)	23(95,8)	
Concordo forte ou moderadamente	-	1(4,2)	

Tabela 5 - Frequências e proporções (%) item a item no questionário: barreiras e consequências (Continuação)

Consequências		
Pedir menos exames e procedimentos irá aumentar os riscos de processos por negligência médica²¹		0,250
Discordo forte ou moderadamente	18(75,0)	21(87,5)
Concordo forte ou moderadamente	6(25,0)	3(12,5)

Fonte: resultados da pesquisa

Os dados relacionados com a percepção dos residentes sobre a atitude do docente para a formação custo-consciente antes e depois da campanha, questionário *Role-Modeling*, encontram-se na Tabela 6. Nesse questionário, foram observadas mudanças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), antes e depois das intervenções, em alguns itens, conforme destacado na tabela. As questões codificadas com D no início apontam para comportamento de desperdício e, aquelas com C apontam comportamento custo-consciente.

Tabela 6 - Frequências do questionário Role-Modeling pré e pós-intervenção em 23 residentes de pediatria, Salvador, Bahia, Brasil, 2018

Questões sobre percepção dos residentes sobre o papel do docente	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	p-valor*
1C Buscar dados de custo-efetividade para compor as suas condutas clínicas			0,003
Nunca ou raramente	13(54,2)	2(8,3)	
Às vezes ou frequentemente	11(45,8)	22(91,7)	
2C Iniciar uma conversa sobre custo dos cuidados em saúde ao discutir opções de tratamento			0,012
Nunca ou raramente	11(45,8)	2(8,3)	
Às vezes ou frequentemente	13(54,2)	22(91,7)	
3D Encaminhar um paciente a um especialista por vontade do paciente, mesmo quando o médico acredita que isso não seja necessário			0,508
Nunca ou raramente	18(75,0)	21(87,5)	
Às vezes ou frequentemente	6(25,0)	3(12,5)	
4D Prescrever um medicamento de marca por pedido do paciente mesmo havendo genéricos equivalentes			-
Nunca ou raramente	18(75,0)	24(100,0)	
Às vezes ou frequentemente	6(25,0)	0(0,0)	

Tabela 6 - Frequências do questionário Role-Modeling pré e pós-intervenção em 23 residentes de pediatria, Salvador, Bahia, Brasil, 2018 (Continuação)

Questões sobre percepção dos residentes sobre o papel do docente	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	p-valor*
5D Solicitar um exame ou tratamento mais caro porque o paciente pediu, mesmo que o benefício potencial oferecido seja pequeno se comparado a alternativas menos caras			-
Nunca ou raramente	19(79,2)	24(100,0)	
Às vezes ou frequentemente	5(20,8)	-	
6D Solicitar vários exames de uma vez, ao invés de primeiro esperar para ver os resultados dos exames de rastreio (<i>screening</i>) primeiro			0,065
Nunca ou raramente	15(62,5)	8(33,3)	
Às vezes ou frequentemente	9(37,5)	16(66,7)	
7D Repetir exames em vez de tentar obter exames realizados recentemente (por exemplo: solicitando que o paciente traga resultados realizados em outros serviços)			0,581
Nunca ou raramente	14(58,3)	11(45,8)	
Às vezes ou frequentemente	10(41,7)	13(54,2)	
8C Explicar ao paciente porque um determinado teste diagnóstico não é necessário			-
Nunca ou raramente	5(20,8)	-	
Às vezes ou frequentemente	19(79,2)	24(100,0)	
9C Discutir custos de cuidados em saúde com estudantes ou outros membros da equipe de saúde ao se tomar as decisões no cuidado com o paciente.			0,006
Nunca ou raramente	13(54,2)	3(12,5)	
Às vezes ou frequentemente	11(45,8)	21(87,5)	
10C Pedir a um estudante, residente ou outro membro da equipe de saúde que explique (ao paciente ou à equipe) como o resultado daquele exame diagnóstico irá interferir na conduta médica			0,039
Nunca ou raramente	11(45,8)	4(16,7)	
Às vezes ou frequentemente	13(54,2)	20(83,3)	

Tabela 6 - Frequências do questionário *Role-Modeling* pré e pós-intervenção em 23 residentes de pediatria, Salvador, Bahia, Brasil, 2018 (Continuação)

Questões sobre percepção dos residentes sobre o papel do docente	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	p-valor*
11D Advertir um estudante ou residente por não solicitar/sugerir exames laboratoriais diários de rotina em pacientes hospitalizados estáveis clinicamente			0,146
Nunca ou raramente	16(66,7)	10(41,7)	
Às vezes ou frequentemente	8(33,3)	14(58,3)	
12C Elogiar um estudante ou residente por solicitar/sugerir uma investigação diagnóstica mais custo-efetiva			0,039
Nunca ou raramente	17(70,8)	9(37,5)	
Às vezes ou frequentemente	7(29,2)	15(62,5)	
13C Apontar exemplos de desperdício no sistema de saúde.			0,012
Nunca ou raramente	14(58,3)	5(20,8)	
Às vezes ou frequentemente	10(41,7)	19(79,2)	

Fonte: resultados da pesquisa

5.3.1 Opinião qualitativa dos residentes sobre a campanha CW no GF

Participaram da dinâmica GF residentes do primeiro ano (R1) de pediatria que estiveram presentes em todo o processo, pré e pós implantação da campanha, na pediatria do hospital. Foram convidados 12 residentes, e desses, nove participaram, sendo oito do sexo feminino e um do sexo masculino. O motivo da não participação de três residentes foi a impossibilidade de comparecimento por estarem em rodízios fora do hospital sem possibilidade de conciliação de horários.

As opiniões dos residentes que emergiram do grupo focal são apresentadas nas Tabelas 7, 8 e 9, de acordo com a questão disparadora de cada etapa do processo. O número de núcleos de sentido representa a frequência com que o tema foi trazido pelos participantes. Os recortes das

falas dos residentes com respectivas categorizações para cada questão encontram-se no Apêndice J.

Tabela 7 - Categorias e nº de núcleos de sentido da análise do conteúdo das respostas do Grupo Focal referente à 1ª pergunta: **Qual a importância da campanha CW na vida profissional de vocês?**

Categorias	Núcleos de Sentido
Perspectiva individual de mudança na conduta profissional custo consciente.	11
Autonomia e pensamento crítico sobre a conduta custo consciente.	04

Fonte: resultados da pesquisa

Tabela 8 - Categorias e nº de núcleos de sentido da análise do conteúdo das respostas do Grupo Focal referente a 2ª pergunta: **O que vocês consideraram de estratégias importantes que foram utilizadas durante campanha CW?**

Categorias	Núcleos de Sentido
Intervenção na conduta Médica	02
Atuação do preceptor	04

Fonte: resultados da pesquisa

Tabela 9 - Categorias e nº de núcleos de sentido da análise do conteúdo das respostas do Grupo Focal referente a 3ª pergunta: **O que poderia ter sido melhor na campanha CW?**

Categorias	Núcleos de Sentido
Participação de outras áreas e categorias profissionais.	06
Educação permanente.	05
Divulgação	04

Fonte: resultados da pesquisa

As respostas dos casos clínicos simulados realizados antes e depois das oficinas encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10 - Frequências dos acertos das avaliações dos casos clínicos simulados (pré e pós intervenções) dos 24 residentes, Salvador, Bahia, Brasil 2018

Questões/ Respostas	Acertos Totais N(%)	Erros Parciais N(%)	Erros Totais N(%)
Avaliação Pré Oficina N total de questões/ respostas = 240(100%) 23 residentes	205 (85,4)	26(10,8)	9(3,8)
Avaliação Pós Oficina N total questões/ respostas = 240(100%) 23 residentes	212(88,3)	24(10)	4(1,6)

No Apêndice L, encontra-se o artigo que foi submetido para publicação.

6 DISCUSSÃO

A campanha CW surgiu em 2012, nos EUA, com o intuito primordial de contribuir para a excelência da prática médica centrada no cuidado da pessoa. Desse modo, propõe mudanças para uma atitude custo consciente em saúde, melhoria da assistência aliada a boas evidências científicas e conduta ética⁽²⁷⁾.

Para o desenvolvimento deste trabalho foram utilizadas metodologias quantitativas e qualitativas para a coleta de dados, de modo que, para análise discursiva será utilizada a triangulação, permitindo a combinação dos dados dessas abordagens metodológicas consolidando a validade dos resultados encontrados⁽⁵⁹⁾.

A lista de recomendações aqui apresentada foi um dos resultados deste trabalho, por isso, assim como em outras publicações que apresentam listas CW⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾, o passo a passo da construção foi descrito com detalhes com o intuito de fomentar uma discussão oportuna sobre o tema e posteriormente servir de instrumento para estimular outras iniciativas nesta área. O seu processo de construção envolveu profissionais dotados de conhecimento e com atuação prática ao longo de anos dedicados ao ensino e à assistência na pediatria. Diferentemente do processo desenvolvido pela ABIM que envolveu sociedades médicas e gerenciadoras de cuidados⁽²⁶⁾, optou-se por compor o painel com profissionais do próprio serviço de pediatria a exemplo de experiência anterior em unidade hospitalar⁽⁷⁶⁾.

Considerando-se que o hospital onde foi desenvolvido o trabalho é uma instituição integrante da rede de hospitais de ensino do MEC, a maioria dos preceptores preenchiam boa parte dos pré-requisitos definidos na metodologia e, prontamente, aceitaram o convite, mesmo considerando o aumento de tarefas que envolvem a busca bibliográfica para uma pesquisa deste porte. Esses profissionais, na sua grande parte, não conheciam a campanha CW e apenas três dos preceptores participantes do painel tinham algum conhecimento do assunto antes do processo inicial de construção da lista. Colla et al também demonstraram conhecimento limitado dos profissionais, especialmente os da atenção básica, no que se refere a essa campanha, sugerindo que apesar dos anos, desde o início da campanha pela ABIM, essa iniciativa ainda é pouco conhecida⁽⁷⁵⁾.

O fato de o grupo de preceptores ter concordado em rever suas próprias atitudes e aceitar o desafio da implantação da campanha foi de grande relevância na facilitação de todas as etapas. Frieman, em 2017, também apontou como ponto positivo a grande participação e o empenho na criação da sua lista, que envolveu diversos profissionais atuantes na pediatria de um hospital terciário no Canadá⁽⁷⁶⁾.

No processo de construção da lista da Pediatria do HGRS não houve participação de outras categorias profissionais. De modo geral, assim como neste trabalho, não se tem observado tão ampla participação de outros profissionais, assim como da sociedade no processo de criação da lista, sendo isso considerado, por alguns, como justificativa para que o nível de conscientização, aceitação e adoção das recomendações seja incerto⁽⁷⁷⁾. Neste trabalho foi considerado que a diversidade nas áreas de atuação e expertises dos painelistas, com anos de atuação no hospital, promoveram uma boa contribuição científica, propiciando abrangência nas diversas áreas temáticas e adequadas às demandas e necessidades de um cenário específico - o serviço de pediatria de um hospital terciário - mas contempla também algumas recomendações propostas pela *American Academy of Pediatrics*⁽²²⁾, *Canadian Pediatric Society*⁽²³⁾ e *Society of Hospital Medicine – Pediatric Hospital Medicine*⁽⁴⁷⁾, pioneiras na divulgação de listas em pediatria e no trabalho de discussão e debates relativos a esses temas, igualmente construída por profissionais com foco em atenção pediátrica geral e hospitalar. A proximidade entre os conteúdos das listas referenciadas e a lista desenvolvida neste estudo é demasiadamente positiva, ao passo em que aproxima a assistência médica desse hospital com a medicina de alta qualidade e eficiência desenvolvida por sociedades e instituições de reconhecida relevância na assistência pediátrica nos EUA e no Canadá.

O processo de implantação da campanha inicialmente ficou restrito aos médicos, residentes e acadêmicos do serviço de pediatria do hospital, mas, através de atividades multidisciplinares, foi-se tornando conhecido por outros profissionais, conforme observado em recortes de fala de residentes no grupo focal (RGF):

RGF - [...] trazer essa estratégia também não só pra pediatria [...] como outros profissionais também, tinha fono, psicólogo, enfermeiro, nas visitas multidisciplinares [...]

RGF- [...] a partir do momento que todo mundo começa a trabalhar de uma determinada maneira, residentes, os outros preceptores, isso vai fazendo um efeito em cascata e vai contaminando todo mundo, mas é um trabalho de formiguinha, aos poucos a gente vai conseguindo ver, mas, lá no serviço, deu pra ver isso muito claro.

A necessidade da participação de outras áreas e categorias profissionais, presentes em seis núcleos de sentido, foi uma das categorias identificadas na análise do GF quando questionado o que poderia ser melhor na campanha, ao lado de educação permanente (cinco núcleos de sentido) e divulgação (quatro núcleos de sentido), conforme pôde ser observado no seguinte recorte de fala dos residentes referentes aos temas, respectivamente:

RGF - [...] acho que na estratégia tem que tentar rever mais números de pessoas, de uma equipe multiprofissional, acho que talvez, palestras assim abordando o tema, para mais pessoas terem mais conhecimento do que se trata, de ter uma abrangência a coisas novas.

RGF - [...] divulgar essa estratégia para outros profissionais, outros chefes de serviço, talvez surta efeito assim, sabe!?

Quinonez et al, apontou a não participação de outros profissionais como uma limitação do seu trabalho na implantação da campanha CW em um hospital pediátrico ⁽²⁴⁾, sendo considerada uma etapa futura relevante a ser estabelecida.

Uma vez definidas as recomendações para a lista, é de grande importância a análise da confiabilidade das evidências de sustentação para cada uma. A campanha CW vem sendo alvo de questionamentos acerca da validade e confiabilidade das suas recomendações ⁽⁷⁸⁾ e a cuidadosa seleção das evidências, executada neste trabalho, foi um ponto relevante para o aprimoramento do processo de construção da lista, assim como referido em outros trabalhos ^(79,80). Os residentes registraram a importância das evidências para subsidiar a sua prática clínica no GF:

RGF - [...] importante o reconhecimento técnico para poder usar como argumento na hora de tomar conduta, se guiar, saber de maneira clara o que é que precisa de verdade que vai complementar minha conduta, e o que não vai complementar [...]. Pra isso tem que ter bagagem, ter que ter estudo [...].

O grupo de recomendações que compuseram a lista, apresentou uma boa abrangência de situações que envolvem a prática pediátrica habitual, a exemplo do TCE considerado um problema de saúde pública no país, principalmente entre crianças (0-4 anos) ⁽⁸¹⁾, ou da asma brônquica que é responsável no Brasil por 16% dos atendimentos realizados em crianças nos serviços de emergência ⁽⁸²⁾, ou ainda das infecções das vias aéreas superiores, causa mais comum de atendimento de crianças por infecção respiratória aguda e que levam à grande frequência prescrições de medicamentos desnecessários ^(83,84). Considerando-se que o hospital do estudo é uma unidade de referência pediátrica, todas as recomendações da lista

contemplam situações frequentes que motivam atendimentos ambulatoriais, emergências e internamentos no hospital deste estudo. Estratégias futuras deverão ser implementadas, buscando uma prática que traga maior benefício ao paciente com base nas evidências apresentadas.

O grupo de residentes que compôs a amostra foi, na sua maioria, do sexo feminino, com mediana de idade de 27IIQ (25,5-29,5) anos, o que corresponde aos dados da literatura que mostram a predominância de mulheres na faixa etária de 29 anos ou menos no grupo de médicos em atividade no Brasil, inclusive na residência de pediatria⁽⁸⁵⁾.

Ainda no que se refere à lista de recomendações, os residentes elegeram, através do questionário de avaliação pós oficina, a proposição **não solicite múltiplos exames laboratoriais com periodicidade preestabelecida, sem critérios, cujos resultados não irão alterar a conduta a ser adotada**, como a mais difícil de ser seguida, sendo apontada na análise do conteúdo de respostas desse questionário como categorias motivacionais para a resposta: fatores internos (conceitos preestabelecidos, insegurança do profissional) e fatores externos (conduta do preceptor, rotina do serviço e pressão dos pais). Opiniões representativas dos residentes para essas categorias foram documentadas nas questões abertas do questionário (RQ) tais como:

RQ - Resistência e conceitos preestabelecidos de que exames de rotina são necessários.

RQ - Preciso de mais estudo pra não solicitar com segurança!

RQ - Devido aos hábitos de alguns preceptores, é difícil não pedir exames periódicos.

RQ - As rotinas dos serviços frequentados impedem eventualmente a aplicação do programa.

RQ - Seria mais difícil na ocorrência de intensa cobrança dos pais.

A dificuldade para o segmento dessa recomendação vem de uma prática hospitalar, muitas vezes questionável, na qual são solicitados grandes volumes de exames sem critérios, deixando de se avaliar cuidadosamente a submissão de crianças a exames muitas vezes dolorosos, ou que possam oferecer riscos superiores aos benefícios especialmente para pacientes com boa evolução clínica⁽⁸⁶⁾. Estima-se que apenas no ano de 2009 foram desperdiçados aproximadamente 750 bilhões de dólares em serviços de saúde nos EUA. Esse valor representaria uma economia importante para os setores da saúde se houvesse melhores critérios para requisição de exames ou realização de determinados procedimentos^(36,61). Há

uma tendência em solicitar um número maior de exames objetivando mais proteção ao cliente e segurança ao profissional, com 70% das decisões tomadas pelos profissionais de saúde baseadas nos resultados dos exames laboratoriais⁽⁸⁷⁾. Rever essa prática, além de promover a cultura custo consciente, evitando o desperdício, sugere principalmente a necessidade de atentar-se às questões da segurança e bem estar do pequeno paciente, como apontado nas evidências para as recomendações aqui definidas.

A justificativa de que a conduta do preceptor é motivo para dificultar a prática da recomendação remonta à importância do preceptor na formação da identidade profissional do residente⁽⁸⁸⁾. Esses modelos profissionais não só ajudam a moldar o desenvolvimento profissional de nossos futuros médicos, como eles também influenciam suas escolhas⁽⁸⁹⁾.

Com relação à dificuldade de lidar com certas recomendações por causa dos pais, a literatura mostra que abordar consciência de custos em saúde no contexto da relação do pediatra com a família e a criança ainda é tarefa extremamente delicada e carregada de tabus⁽⁹⁰⁾. Solicitar exames que diminuam as responsabilidades do profissional ou prescrever tratamentos que dispensem esclarecimentos pode ser muito mais fácil e muito mais aceito por parte dos cuidadores⁽³⁵⁾. Como será visto a seguir nas discussões das respostas do questionário de custo consciência, apesar de a maioria dos residentes (62,5%) discordar que solicitar exames seja mais fácil que explicar ao paciente a sua não necessidade dos mesmos, na prática parecem existir dificuldades para adoção dessa conduta conforme foi relatado no GF:

RGF - [...] é muito complicado também pra a gente esperar, como a gente falou aqui, que um profissional com 10, 20, 30 anos que pede aquilo todo santo dia, a partir do momento, ele parar de pedir, justamente porque alguém disse que não precisava mais; mas ele estava acostumado a pedir há 20, 30 anos, então, é um pouco mais complicado de se trabalhar dessa forma.

Em uma pesquisa realizada com residentes que atuavam em unidades de emergência, buscando identificar as barreiras para a prática de algumas recomendações da campanha CW, identificou-se medo de litígios, expectativa do paciente, a responsabilidade médica e a falta de reforma do ato ilícito como as principais barreiras à implementação das recomendações da campanha⁽⁹¹⁾. As questões da judicialização e dos medos de litígio não foram citadas pelos residentes como barreiras para seguimento das recomendações CW, mas o tema foi abordado por eles no grupo focal, ressaltando a importância da campanha e o impacto positivo sobre eles nesses pontos:

RGF - [...] hoje, a gente tem muito, na prática clínica, aquela questão da judicialização da medicina, o pessoal colhe muito exame, faz muito exame pra poder se proteger de um possível processo, e a partir da campanha “*Choosing Wisely*” agente aprende que mesmo com menos exame a gente consegue estar protegido e fazendo uma medicina de qualidade pro paciente.

A atitude clínica dos residentes foi avaliada a partir dos casos simulados antes e depois da campanha. Desde a primeira avaliação os residentes já mostravam um conhecimento de boas práticas clínicas que pôde ser demonstrado pelo alto percentual de acertos nas avaliações. Isto, provavelmente, reflete a qualidade do serviço de pediatria em questão que prepara o residente para atuar nos diversos cenários da atuação pediátrica, com uso de protocolos baseados em boas evidências médicas, sob supervisão de preceptores especialistas qualificados com conhecimento atualizado em seus campos de atuação. Este resultado também poderia refletir a formação acadêmica prévia dos residentes, especialmente os do primeiro ano.

Para a análise de impacto da campanha sobre a conduta custo-consciente, foram utilizados os resultados dos Questionários da Percepção Custo Consciente do Residente, Barreiras e Consequências, do *Role-Modeling* e os resultados do grupo focal. O uso da metodologia de GF foi de grande relevância para essa análise, pois permitiu a coleta de informações que possibilitaram a verificação da compreensão e percepções dos residentes acerca da campanha, qual a importância e o impacto na sua atitude clínica enquanto residente e as dificuldades para colocar em prática as mudanças sugeridas, reduzindo, assim, a possibilidade de viés de resposta nos questionários. Para essa dinâmica foram convidados apenas os R1, pois foi o grupo que participou de todas as etapas de implantação da campanha.

Os questionários usados para avaliar a percepção da atitude custo consciente do residente e do preceptor neste estudo foram baseados no trabalho de Leep Hunderfund, publicado em 2016, e, como no referido trabalho, os resultados dos questionários foram apresentados sob a forma de proporções⁽⁵⁰⁾, de modo que a análise posterior item a item permitisse melhor entendimento sobre as mudanças de atitude. Esses questionários foram previamente traduzidos e validados para internos de medicina^(51,52) e, na ausência de questionários na literatura, validados para essas abordagens em residentes, considerou-se que os instrumentos aplicados anteriormente envolveram uma população de grande proximidade com a deste trabalho e, por isso, considerados adequados para utilização.

A análise estatística dos questionários mostrou diferenças significativas apenas em algumas questões do *role-modeling*, tanto quando comparado o antes e o depois das estratégias para implantação da campanha, quanto quando analisado o total dos residentes e, separadamente o R1 do R2, pois se entendia que as respostas dos residentes de primeiro ano, ainda com pouco tempo de atuação na residência, à época de aplicação do questionário, pudessem refletir também suas impressões sobre as atitudes dos preceptores no período acadêmico, mas essas diferenças não foram encontradas e, por isso, não foi detalhado nos resultados.

Para esse questionário, cabem algumas considerações para os seguintes itens que apontam para atitudes custo conscientes: **buscar dados de custo-efetividade para compor as suas condutas clínicas; discutir custos de cuidados em saúde com estudantes ou outros membros da equipe de saúde ao se tomar as decisões no cuidado com o paciente; apontar exemplos de desperdício no sistema de saúde; e pedir a um estudante, residente ou outro membro da equipe de saúde que explique (ao paciente ou à equipe) como o resultado daquele exame diagnóstico irá interferir na conduta médica** no qual, antes das estratégias de implantação da campanha, predominaram as respostas “nunca ou raramente” passando depois a predominar “às vezes ou frequentemente” para todos esses itens, mudanças que foram estatisticamente significativas.

Essas mudanças de atitude do preceptor, percebidas pelo residente, e verificadas no questionário, refletem comportamentos custo conscientes, sugerem associação ao impacto da campanha, devido à influência dos novos conhecimentos adquiridos, uma vez que apenas três deles tinham conhecimento disso no início deste trabalho. Os conteúdos dessas questões contemplam grande parte dos pressupostos da campanha CW que representaram objeto de discussão em todo o processo de implantação⁽⁷⁾.

Esses profissionais tiveram a oportunidade de conhecer mais a fundo o racional por trás da campanha e as evidências de suporte da lista, passando a usar esses referenciais nas discussões clínicas e tomadas de decisões junto com os residentes que puderam ser identificados nos seguintes recortes de falas do grupo focal:

RGF - [...]o melhor, é ver o nosso preceptor trazendo esse assunto pra nós, diz assim: por que que você vai pedir, pra quê? Pensando tecnicamente precisa? Você sabe qual é o valor dessa medicação? Trazer situações que a gente nos perguntaria, sim?! não?! [...]

RGF -[...] essa mudança de conduta, de solicitar exames desnecessários, de coleta de exames laboratoriais desnecessários, isso foi muito claro, porque assim, eu tive a experiência de rodar como interna duas vezes e rodei como residente, então, você vê a mudança dos mesmos preceptores que às vezes talvez pediram... agiriam de outra maneira, e agora mudaram um pouco a forma de pensar, de agir, e, até do início da residência pra agora a gente tem essa percepção também.

RGF - [...] tem um preceptor que trabalha nessa linha, tem os que vão sendo contaminados a partir do momento que vai vendo que está todo mundo trabalhando naquela linha acaba adotando também.

Reforçando a importância do preceptor na formação do residente e, que qualquer ação do preceptor observada por ele pode contribuir para comportamentos de relevância na sua conduta profissional⁽⁸⁹⁾, as mudanças observadas na atitude dos preceptores podem ser consideradas ações diretas do impacto da campanha sobre o preceptor e indiretas sobre o residente, sendo de grande valor na construção da sua atitude custo consciente, como pôde ser inferido a partir das falas acima registradas.

Apesar de os comportamentos que apontam para desperdício no questionário *Role-Modeling*, de modo geral, não terem apresentado mudanças significativas percebidas pelo residente depois das estratégias, chamou a atenção o fato de que 66,7% e 54,2% dos preceptores, portanto mais da metade, na percepção dos residentes, “às vezes ou frequentemente” **solicitaram vários exames de uma vez, ao invés de primeiro esperar para ver os resultados dos exames de rastreio (*screening*) ou repetiam exames em vez de tentar obter exames realizados recentemente (por exemplo: solicitando que o paciente traga resultados realizados em outros serviços)**, respectivamente. Esses resultados apontam comportamentos de desperdício e guardam estreita correlação com as respostas dos residentes no questionário de avaliação das oficinas relativas à recomendação mais difícil para seguimento, conforme já discutido. Além disso, nas questões abertas do questionário *Role-Modeling*, dois residentes registraram considerações sobre essa questão:

RQ -Todos têm consciência do que fazer, porém algumas pessoas isoladas ainda destoam do grupo, fazendo com que condutas, tipo repetir exames desnecessários, se tornem rotina. Talvez uma reunião com a preceptoria na tentativa de alinhar conduta e estabelecer, talvez, um protocolo naquele ambiente.

RQ - A experiência pessoal de alguns preceptores acaba interferindo na decisão sobre a realização de exames, ainda que o paciente esteja estável e sem indicação de novos exames.

Com relação aos questionários que buscavam a avaliação de mudanças na autopercepção da atitude custo-consciente dos residentes, barreiras e consequências, se observado domínio da percepção da atitude custo-consciente, pode-se ver que, desde antes das estratégias de

implantação da campanha, os residentes já apresentavam, na maioria dos itens, uma predominância para essas atitudes, como considerar a importância dos médicos na contenção de custos desnecessários com exames e terapias, reconhecendo o excesso de solicitação de exames desnecessários, sugerindo o entendimento da manutenção da segurança individualizada de cada paciente, e isso não se modificou depois das intervenções.

Essa observação pode levar a duas possibilidades: ou os residentes tinham realmente atitudes custo-conscientes já incorporadas na sua prática profissional, refletindo sua formação acadêmica anterior, coincidindo os com resultados do trabalho de Leep Hunderfund que envolveu estudantes de medicina no fim do curso⁽⁵⁰⁾, ou as respostas dos residentes se basearam numa adoção racional do que seria mais ético e conceitualmente aceitável na sua prática profissional. Isso pode ser somado a sua opinião acerca do princípio da prioridade do bem-estar do paciente como pilar da campanha CW que emergiu em 14 unidades de sentidos nas falas representativas às respostas abertas do questionário. Considerando-se que residentes são profissionais, na sua maioria, recém formados e, em formação da sua identidade profissional, os resultados para este questionário encontram concordância com o trabalho citado, no qual se observou que estudantes dos primeiros anos do curso eram mais propensos a concordar com atitudes consideradas menos custo-conscientes do que alunos de fim de curso⁽⁵⁰⁾.

A hipótese da ética profissional do residente na adoção de condutas custo conscientes também encontram sustentação nas respostas para os itens: **o médico deve ter um papel mais importante na limitação do uso de exames desnecessários**, em que 100% dos residentes responderam concordar forte ou moderadamente na pré e pós-intervenção; e, **as práticas clínicas do médico (solicitação de exames, prescrição), são elementos chave dos altos custos em cuidados de saúde**, 91,7% na pré-intervenção e 95,8% na pós intervenção, concordaram forte ou moderadamente, sendo essas afirmativas aparentemente contraditórias, pois, mesmo entendendo a importância do médico na contenção do desperdício, concordam que a prática médica é a principal responsável pelos gastos na saúde. Isso pode refletir tensões inerentes à prática pediátrica, fazendo com que se percebam dificuldades para seguir algumas recomendações, a despeito de concordar com elas como já discutido anteriormente. Através do grupo focal e na opinião do residente em resposta aberta do questionário pôde-se observar que houve sensibilização para esse aspecto:

RGF - [...] foi interessante pra mim no sentido da gente ver a real necessidade daquele exame, daquele tratamento que a gente estava fazendo para o paciente. [...] Fora que diminuiu custos e permite que esses custos sejam alocados pra o que realmente necessitam e realmente importa dentro do sistema de saúde.(GF)

RQ - Acredito ser uma campanha de extrema importância, pois vivemos na era dos exames complementares. Assistimos todos os dias os pacientes sendo expostos a exames desnecessários e sem indicação. Por isso, precisamos trabalhar na conscientização da classe médica.

Em pesquisa anterior realizada com médicos norte americanos (N=2556), excluindo-se residentes, utilizando-se questionário similar para avaliação de custo consciência nas condutas médicas, apenas 36% concordaram que as práticas dos médicos são responsáveis pelos altos custos na saúde. A maioria atribuía aos serviços gerenciadores da saúde a responsabilidade pelos altos custos e pelas atitudes dos médicos⁽⁹²⁾. Embora outras respostas, apontando atitudes de custo-consciência tenham tido resultados similares àqueles encontrados neste trabalho e, no anteriormente citado para os estudantes no fim de curso, essa diferença pode sugerir que, para o médico em plena atividade profissional, a prática médica envolva formas diferenciadas de perceber suas responsabilidades para abordar o uso geral de recursos de cuidados de saúde e sua obrigação primária de prestar a melhor assistência ao paciente, diferentemente da percepção de estudantes e residentes, ambos ainda no processo de formação profissional.

Como barreiras para atitudes custo-conscientes houve 50% de concordância na pré-intervenção e, 58%, na pós-intervenção, de que **a cultura organizacional no serviço de saúde no qual estão sendo treinados torna difícil para os médicos abordarem os custos em cuidados de saúde;** e 58,3%, na pré-intervenção e, 62,5%, na pós-intervenção, discordavam forte ou moderadamente **que é fácil para o médico saber quanto custam exames e/ou procedimentos**. Considerando-se que esses residentes atuam num hospital público, onde habitualmente não se tem acesso fácil aos custos relativos aos procedimentos e das terapias por eles recomendadas^(35,93), entende-se que a maioria considere isso como dificuldades para adoção de certas medidas para adequação de recursos e pode-se inferir que o impacto da campanha na formação desses jovens médicos foi muito mais associado às questões relativas ao cuidado com o paciente e à preocupação com a boa prática pediátrica do que com os custos financeiros dos serviços prestados. E isto pode ser considerado um ponto de sucesso para a campanha.

Currículos para residentes com introdução de custos em saúde, vinculados à medicina baseada em evidência, já são observados em várias instituições americanas com resultados

promissores e aceitação positiva da maioria dos participantes⁽⁴²⁾. Essa concordância foi registrada no comentário de um residente em resposta aberta do questionário de custo-consciência.

RQ - Os médicos deveriam ter acesso a uma tabela com o custo médio de cada procedimento solicitado. Seria interessante rever fluxogramas de forma a tentar nortear o médico a pedir exames com responsabilidade, os médicos devem assumir a responsabilidade de explicar as indicações, riscos e benefícios dos procedimentos e medicamentos indicados por ele.

De modo geral, a análise para a questão das atitudes do médico em relação às práticas desnecessárias e desperdícios, assim como foi apontado em trabalho anterior, publicado com essa finalidade, é limitada, pelo fato de se confiar nas percepções autorrelatadas dos profissionais^(75,92). Por isso, os resultados do grupo focal se configuraram-se em relevantes contribuições para atenuar a possibilidade de vieses de resposta.

Os residentes participantes ao serem questionados a respeito da sua opinião sobre a campanha CW, em questão aberta aplicada no Questionário de Percepção da Atitude Custo-Consciente, Barreiras e Consequências, pós-intervenções, apresentaram respostas que puderam ser categorizadas de forma apriorística pelos pesquisadores de acordo com os princípios preconizados para o profissional do novo milênio. Como falas representativas podem ser destacadas para o **princípio da prioridade do bem-estar do paciente:**

RQ - Muito importante para melhorarmos a assistência em saúde, beneficiando, antes de qualquer coisa, o paciente.

E para o **princípio da justiça social:**

RQ - Acho excelente, pois o médico tem a oportunidade de pensar de maneira mais custo efetiva, visando não só o melhor para o manejo do paciente quanto o melhor para o serviço de saúde.

Um conhecimento limitado da campanha CW por parte dos médicos⁽⁷⁵⁾ vem sendo apontado, portanto, essas falas e outras que consideraram a positividade dos conhecimentos adquiridos denotam a relevância dada à campanha por parte dos residentes e uma apreensão de conteúdos relativos aos seus princípios reforçados no processo de sua implantação no serviço de pediatria. Além disso, no grupo focal pôde-se registrar a importância da campanha na autonomia e no pensamento crítico do residente relativo à sua prática profissional:

RGF - [...] a partir do momento que entrou na nossa formação, nosso pensamento hoje já é crítico ... voltado pra cada criança, então, a partir do momento que você atende um paciente ou no Roberto Santos ou no hospital particular, ou na outra emergência qualquer, ou em qualquer outro lugar, no ambulatório... você vai pensar criticamente.

A literatura mostra que o fato de apenas oferecer informações de custo aos médicos tem pouco efeito sobre a utilização consciente de recursos^(13,91,94). Em 2015, na Holanda, foi realizada uma revisão sistemática com o objetivo de entender as circunstâncias em que se aprende as questões relativas aos cuidados de alto valor e custo consciente, a partir de intervenções educativas e concluiu que, no que diz respeito à educação dos médicos, médicos residentes e estudantes de medicina, o aprendizado é mais efetivo quando são combinados transmissão específica do conhecimento, prática reflexiva e um ambiente de apoio e, desse modo, esses fatores devem ser considerados quando as intervenções educacionais forem desenvolvidas^(13, 95).

Nesse sentido, as estratégias adotadas neste trabalho, buscaram promover a aquisição de competências por parte dos residentes com base na campanha original, e não somente desencorajar a solicitação de exames ou uso de terapêuticas onerosas, mas sim dar ênfase ao uso consciente de recursos com base em boas evidências e visando a segurança do pequeno paciente, ampliando a ideia primordial da campanha relativa ao cuidado da pessoa. Buscou-se no processo de implantação da campanha a adoção de práticas pedagógicas que envolveram o compartilhamento de conteúdo, atividade prática e processos de reflexão durante a assistência com os preceptores, que puderam ser avaliadas positivamente pelos residentes através dos instrumentos utilizados para esta finalidade, como o questionário pós oficina e o grupo focal:

RGF - [...] eu acho que veio a somar nessa fase de aprendizado da gente [...] e transformar o profissional... que está todo mundo aqui querendo ser um profissional melhor, com mais experiência clínica com mais conhecimento, e veio a somar pra fazer esse sonho da gente de um profissional melhor mais crítico.

RGF - [...] foi interessante pra mim no sentido da gente ver a real necessidade daquele exame, daquele tratamento que a gente estava fazendo para o paciente. [...] Fora que diminuiu custos e permite que esses custos sejam alocados pra o que realmente necessitam e realmente importa dentro do sistema de saúde”.

RQ - Achei muito interessante a iniciativa desse projeto. A capacitação foi bem realizada [...]

É provável que nos próximos anos muitos questionamentos acerca da forma, procedimentos e atitudes nos cuidados à saúde sejam cada vez mais frequentes por parte de profissionais e da sociedade em geral. Dessa forma, é possível que novos procedimentos e novas condutas

médicas não sejam mais adotados sem que se tenha, antes, uma boa avaliação de custo-consciência, buscando um processo de racionalização cada vez maior para as condutas adotadas, tomando-se o cuidado para não confundir com racionamento, pois se deve manter a garantia da prestação de um eficiente e qualificado serviço de saúde⁽³⁵⁾.

Para isso, primeiro há que ser vencido o obstáculo que separa o médico, responsável pela tomada de decisão terapêutica, do paciente. Essa situação, às vezes, envolve conflitos, já que, na área médica, a tomada de decisão é frequentemente complexa e depende de evidências científicas, de desejos do doente e, no caso da criança, também do cuidador, de preferências do médico e de influências externas de naturezas diversas⁽⁹⁶⁾. Por tanto, é preciso definir com excelência qual o cuidado necessário e qual a forma mais adequada de atender às demandas do assistido, garantindo a sua segurança e seu bem-estar, sendo essa a proposta essencial da campanha CW⁽⁷⁾.

Uma atitude custo consciente deve ser considerada como um atributo profissional positivo para o médico e deveria fazer parte do processo de formação do residente nas discussões para elaborações de estratégias diagnósticas ou terapêuticas bem como no ensino de habilidades para o diálogo com os pacientes e seus familiares⁽⁹¹⁾.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

7.1 Limitações

A utilização de questionários não validados para residentes para a percepção da atitude custo consciente pode ser considerado uma limitação do trabalho, porém justificada por não haver na literatura tal questionário, buscando-se então o uso de questionários validados com população de maior proximidade dos residentes (internos de medicina) como os escolhidos. O N da amostra estudada não permitiria a validação dos questionários para este trabalho assim como dificultaria a construção de uma escala para percepção da atitude custo consciente, outra limitação que também poderia ser apontada.

7.2 Perspectivas futuras

Como perspectivas futuras foram elencadas as seguintes possibilidades:

- a) Publicação de artigos
 - ✓ PEDIATRICS PRECEPTORY IN THE ACTIVE PROCESS OF *CHOOSING WISELY* CAMPAIGN – submetido
 - ✓ IMPLEMENTATION OF THE *CHOOSING WISELY* CAMPAIGN IN THE PEDIATRIC RESIDENCE AT A TERTIARY HOSPITAL – pronto para submissão
 - ✓ Revisão de Escopo – em finalização
 - ✓ Relato de experiência do grupo focal – em construção
 - ✓ Barreiras para adoção de recomendações *Choosing Wisely* por residentes – projeto
- b) Avaliar o impacto da campanha em longo prazo com os novos residentes.
- c) Discutir a possibilidade de criação de lista CW de pediatria com a Sociedade Bahiana de Pediatria.
- d) Desenvolver estratégia para divulgar e promover o diálogo sobre a campanha com pais e cuidadores.
- e) Identificar as possibilidades de avaliação de indicadores da repercussão da implantação da campanha diretamente relacionados com as recomendações da lista.

8 RELATO AFETIVO DA MINHA EXPERIÊNCIA COMO PESQUISADORA

Há pouco mais 2 anos atrás quando iniciei o Doutorado Docente Especial, experiência acadêmica pela qual agradeço a Escola Bahiana de Medicina de antemão, jamais imaginei os rumos que seguiria nessa trajetória como pesquisadora. A entrada no grupo de pesquisa da Linha de Pesquisa Pró-Ensino na Saúde poderia ser considerado inusitada e surpreendente, pois só tive conhecimento da minha aprovação para o Doutorado, às vésperas da data final para apresentação do projeto pretendido e do meu orientador de pesquisa. Pularei os detalhes dos motivos para o fato deste conhecimento tardio da minha seleção para o Doutorado, mas registrarei que cabe ao Professor Dilton Mendonça o mérito para este início, me mostrando a lista de selecionados, que com surpresa vi estar incluída, e me “convocando” para a participação no referido grupo de pesquisa com sugestão de tema e possível orientadora. O tempo exíguo de um fim de semana para escolhas e elucubrações além do acolhimento e receptividade recebidos por Professor Dilton e Professora Marta Menezes, futura orientadora e coordenadora do grupo, me motivaram no aceite imediato.

A partir daquele momento delineava-se a minha trajetória para os passos seguintes, iniciado com um mergulho profundo (usando palavras que se fizeram posteriormente presentes no meu trabalho) numa campanha que até então não tinha conhecimento, mas que aos poucos tornou-se tão intimamente bem situada à minha maneira de ser e agir como profissional da medicina, que logo foi adotada.

Os caminhos para alocar a campanha nos cenários inicialmente propostos foram difíceis e repletos de obstáculos. Mudamos o curso do trabalho por duas vezes no início, mas como tudo que precisa ir adiante encontra caminhos para seguir, mais uma porta foi aberta pelo Professor Dilton Mendonça que possibilitaram o seguimento da pesquisa na Residência de Pediatria do Hospital Geral Roberto Santos. Passei a considerar esse colega, também no curso do seu doutorado docente, como meu coorientador de honra, dado ao auxílio, atenção e orientações valorosas que me dispensou em todo o processo vivido até aqui. Tenho tido muitas oportunidades, e essa é mais uma, de expressar-lhe meus sinceros agradecimentos.

Implantar uma campanha que propõe mudanças de atitudes em um espaço de tempo relativamente curto, além de envolver questões da prática clínica e ética profissional foi um grande desafio. Nunca me considereei uma pesquisadora “nata”, mas uma profissional

dedicada a assistência pediátrica, que se descobriu apaixonada pela docência ao longo da vida profissional e, por isso, desembarcou no universo da pesquisa através da necessidade cotidiana de atualizações, acompanhamento de alunos em TCC e responsabilidades com uma prática médica baseada em evidências científicas. Hoje entendo que esses foram os ingredientes ideais da minha personalidade profissional para o bom seguimento da pesquisa.

Revisitar com maior aprofundamento a metodologia científica, a bioestatística e a ética, nas aulas do doutorado foram caminhos de estímulo e desespero, pois ao tempo que me estimulavam com novas formas de rever velhos conceitos, me mostravam o quão precisava aprender para o caminho que me aguardava.

A bioestatística, apresentada pelo Professor Luís Cláudio Correia, foi um dos principais exemplos, dessa que chamaria de releitura de meus conceitos como pesquisadora. Sou-lhe muito grata pela visão, quase holística, que me apresentou de algo tão acreditado por mim como exclusivamente matemático. Fez-me lembrar de outros Mestres que ao longo desse caminhar contribuíram na minha formação e têm sido exemplos de profissionais e de pessoas dedicadas na partilha de conhecimento e atitudes que me inspiram e servem de modelo como, Professor André Luis Peixinho, Dr. Almir Dultra, Professor Álvaro Cruz, Professora Tânia Regis, Professora Eleonora Peixinho, entre outros.

Professora Marta Menezes, a quem sou deveras agradecida pelo aceite para orientação desta pesquisadora ansiosa e inquieta que sou, foi mestra em assegurar e inspirar a confiança em mim mesma, estimular a minha autonomia, mesmo quando o meu desejo era que ela me carregasse no colo, e, não titubeou, em apontar o norte sempre que minha bússola se desgovernava. Guardarei seu exemplo de serenidade, competência e confiança como metas para meu alcance futuro.

No desenrolar da pesquisa a vida seguiu seu curso sem que pudesse pausar atividades profissionais paralelas e as ocorrências inerentes ao ser humano que somos, com sucessos, fracassos dores e alegrias. Na vida, aconteceram algumas mudanças de curso e sonhos, em tão pouco tempo, mas que pareceu uma eternidade. Ainda avalio hoje, como curiosa pesquisadora que estou me tornando, os porquês e causas das mudanças, mas a certeza de que todas trouxeram grandes aprendizados é inquestionável. Algumas pessoas abandonaram a viagem

no percurso, mas os que ficaram foram companheiros fiéis e indispensáveis para assegurarmos a garantia da chegada sem perder a beleza do caminho.

A metodologia da pesquisa qualitativa foi o grande aprendizado surpresa deste trabalho. Nunca imaginei que faria parte da Tese. Para quem sempre se considerou, do ponto de vista do domínio da medicina formal, cartesiana, enveredar pelo universo da pesquisa qualitativa foi uma verdadeira loucura! Grata loucura! As professoras Mary Gomes e Lígia Vilas Boas, juntamente com Professora Marta, têm o mérito de me introduzirem com maestria neste fascinante e complexo ambiente de pesquisa. Tenho consciência do muito a aprender nesta seara e, não sei se dei conta das expectativas delas quanto a tarefa que me foi confiada, mas particularmente e, sem falsa modéstia, me sinto orgulhosa pelo produto que construímos.

O ponto mais árduo de todo o processo seguramente é a construção escrita de todo o trabalho com suas normas, regras e gramática, mas também é o registro de um legado que deixamos para quem dele quiser se apropriar e fazer bom uso. Um rebento que merece ser cuidado.

O aprendizado que nos chega de cada pessoa envolvida em cada parte do trabalho, desde os preceptores, residentes, profissionais técnicos, pesquisadores, colegas, professores, alunos, enfim de cada pessoa envolvida, me toca particularmente pelas contribuições oferecidas com desprendimento e dedicação, colocando suas competências individuais em cada parte do trabalho e, sem citar nomes, pois foram várias pessoas, deixaram em mim seus exemplos marcados na construção da persona pesquisadora que sou.

Quero crer que a Tese, construída a muitas mãos e, que se encerra para esta etapa, gerará frutos futuros em benefício da minha sociedade, minha profissão e, particularmente, para os meus alunos e pacientes, senão nada valeria a pena! Como diriam alguns, é um construto de caráter não só acadêmico, mas social.

Concluo dizendo que ao longo da vida fazemos muitas escolhas sábias... fazer o Doutorado, sem abandonar a minha essência e, me permitindo novas descobertas, sem deixar de lado minhas prioridades existenciais – família, amigos, crenças, valores e trabalho – foi seguramente seguir uma boa recomendação *Choosing Wisely!*

9 CONCLUSÃO

A partir da estratégia utilizada, conclui-se que foi possível construir uma lista para descontinuidade de ações não mais recomendadas na assistência pediátrica, que se encontra em conformidade com a literatura e com as listas publicadas em centros de reconhecidas e relevantes atuações na área de cuidados à criança.

O impacto da implantação da campanha na residência de pediatria do HGRS pôde ser documentado através dos resultados na mudança da percepção dos residentes sobre as atitudes custo-consciente dos preceptores, e pelos resultados do impacto na atitude custo-consciente do residente, possibilitado pela análise em triangulação.

As estratégias utilizadas para a capacitação e implantação da campanha no hospital foram avaliadas positivamente, para melhores resultados da campanha, sugere-se a busca de um maior envolvimento de outros profissionais e de toda a estrutura organizacional na qual se pretende promover a mudança para uma cultura mais custo-consciente.

A implantação da campanha na pediatria do HGRS pode ser considerada como um passo crucial na construção de uma consciência coletiva que envolveu especialmente médicos atuantes nas diversas áreas da assistência pediátrica e residentes do hospital e muito importante para que se possa difundir e validar as transformações pretendidas num futuro próximo, garantindo segurança para os pacientes pediátricos, boa qualidade dos serviços prestados e um consumo consciente de recursos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 104 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1443-3. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_economica_desafios_gestao_sus.pdf.
2. Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of Health Care Services in the United States. An Understudied Problem. Arch Intern Med [Internet]. 2012 [citado 03 fev 2016];172(2):171-8. Doi: 10.1001/archinternmed.2011.772.
3. Institute of Medicine. The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary. Washington, DC: National Academies Press; 2010. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/12750.html>.
4. Mansini ARG. Fontes de desperdício de recursos no sistema de saúde americano. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2013. Disponível em: <https://www.editoraroncarati.com.br/v2/phocadownload/derperdicio.pdf>
5. Minossi JG, Da Silva AL. Medicina defensiva: uma prática necessária? Defensive medicine: a necessary practice? ECBC-MG2. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40(6): 494-501. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n6/13.pdf>.
6. Shannon Brownlee et al. Evidence for Overuse of Medical Services Around the World Lancet. 2017 July 08; 390(10090): 156–168. Doi:10.1016/S0140-6736(16)32585-5.
7. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. “Choosing Wisely”: a growing international campaign. BMJ Qual Saf. 1 de fevereiro de 2015;24(2):167–74. doi:10.1136/bmjqs-2014-003821.
8. *Choosing Wisely* Internacional. Disponível em: <http://www.choosingwisely.org/resources/updates-from-the-field/going-global-with-choosing-wisely/>.
9. *Choosing Wisely* SBC Brasil. Disponível em: <http://educacao.cardiol.br/choosing/processo.html>.
10. Medical Professionalism Project: American Board of Internal Medicine Foundation, American College of Physicians–American Society of Internal Medicine Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. Ann Intern Med. 2002;136:243–246.
11. Volpp KG, Loewenstein G, Asch DA. *Choosing Wisely* Low-Value Services, Utilization, and Patient Cost Sharing. JAMA, 2012; 308(16):1635-36.

12. Weinerman A, Mukerji G, Schwartz S, Atkinson AR, Stroud L, Wong B. Resource stewardship curriculum: Teaching internal medicine and pediatric residents to communicate effectively with patients to avoid potential harm from unnecessary diagnosis tests. *Journal of General Internal Medicine* 2016 31:2 SUPPL. 1 (S840).
13. Stammen LA, Stalmeijer RE, Paternotte E, Oudkerk Pool A, Driessen EW, Scheele F, Stassen LP, Stammen LA, Stalmeijer RE, Paternotte E, Oudkerk Pool A, Driessen EW, Scheele F, Stassen LP. Training Physicians to Provide High-Value, Cost-Conscious Care A Systematic Review. *JAMA*. 2015 8 de dezembro; 314 (22): 2384-400. doi: 10.1001 / jama.2015.16353.
14. Long T, Mark T, Silvestri M, Dashevsky AH, Robert L. Fogarty Exit Survey of Senior Residents: Cost Conscious but Uninformed. *Journal of Graduate Medical Education* 2016 8:2, 248-251.
15. Moriates C, Valencia V, Stamets S, Joo J, MacClements J, Wilkerson LuAnn , Elizabeth AN, Bozic K, Cox MS. Using Interactive Learning Modules to Teach Value-Based Health Care to Health Professions Trainees Across the United States. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2019. 10.1097/ACM.0000000000002670.
16. Kira CM, Martins M de A. O ensino e o aprendizado das habilidades clínicas e competências médicas. *Medicina, Ribeirão Preto*, 29: 407-413, out./dez. 1996.
17. Villardi ML, Neusi EGC, Berbel AN, Scielo Books. Mudança de paradigma no ensino superior em saúde e as metodologias problematizadoras, disponível em <http://books.scielo.org/id/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626-04.pdf>.
18. Lassman D, Hartman M, Washington B, Andrews K, Catlin A. US Health Spending Trends By Age And Gender: Selected Years 2002–10, *Health Affairs* vol. 33, No. 5: Us Hospitals: Responding To An Uncertain Environment. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2013.1224>.
19. Avery CS, Beck J, Padrez R, Walker LL, Herrmann LE, Woods S, Schroeder AR, Schickedanz A. Developing the PedsValue Modules—A National, Pediatric High Value Care Curriculum, *Academic Pediatrics* 2017;17:471–475.
20. Action Manual. Integrating *Choosing Wisely* Recommendations into Practice. Developed By Washington State *Choosing Wisely* Task Force. 2014. Disponível em: www.wsma.org/Choosing-Wisely.
21. Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of Health Care Services in the United States An Understudied Problem Deborah Korenstein, Overuse of Health Care Services in the United States An Understudied Problem *Arch Intern Med*. 2012;172(2):171-178.
22. *American Academy of Pediatrics. Choosing Wisely-* ABIM Foundation. Disponível em: <http://www.choosingwisely.org/societies/american-academy-ofpediatrics/>.

23. Canadian Paediatric Society. *Choosing Wisely* Canada. Disponível em: <http://choosingwiselycanada.org/recommendations/paediatrics/>
24. Quinonez RA, Garber MD, Schroeder AR, Alverson BK, Nickel W, Goldstein J, Bennett JS, Fine BR, Hartzog TH, McLean HS, Mittal V, Pappas RM, Percelay JM, Phillips SC, Shen M, Ralston SL, *Choosing Wisely* in Pediatric Medicine. *J. Hosp. Med* 2013;9:479-485. Doi:10.1002/jhm.2064).
25. Smith MD. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2013 [citado 5de junho de 2016]. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/13444>.
26. ABIMF. Disponível em: <http://abimfoundation.org/what-we-do/choosing-wisely>.
27. Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the *Choosing Wisely* campaign. *Academic Medicine*. 2014;89(7):990-5.
28. Medical Professionalism Project: American Board of Internal Medicine Foundation, American College of Physicians–American Society of Internal Medicine Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136:243–246.
29. Slow Medicine. Disponível em: <https://www.slowmedicine.com.br/conceito/>.
30. ABIM Fórum. Disponível em: <http://abimfoundation.org/wp-content/uploads/2016/01/2012-ABIM-Foundation-Forum-Summary.pdf>.
31. Thomas JW, Zille r EC, Thayer DA. Low costs of defensive medicine, small savings from tort reform. *Health Aff (Millwood)*. 2010 Sep11.
32. Lopes AA. Medicina baseada em evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica, *Rev Ass Med Brasil* 2000; 46(3): 285-8.
33. El Dib RP. Como praticar a medicina baseada em evidências How to practice evidence-based medicine, *J Vasc Bras* 2007;6(1):1-4.
34. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
35. Zuchi P, Del Nero C, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde E Soc*. Dezembro de 2000;9(1–2):127–50.
36. Campbell EG, Regan S, Gruen RL, Ferris TG, Rao SR, Cleary PD, et al. Professionalism in Medicine: Results of a National Survey of Physicians. *Ann Intern Med*. 4 de dezembro de 2007;147(11):795–802.

37. Varkey P, Murad MH, Braun C, Grall KJ, Saoji V. A review of cost-effectiveness, cost-containment and economics curricula in graduate medical education. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(6):1055–62. Doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01249.x.
38. Weinerman A, Mukerji G, Schwartz S, Atkinson AR, Stroud L, Wong B. Resource stewardship curriculum: Teaching internal medicine and pediatric residents to communicate effectively with patients to avoid potential harm from unnecessary diagnosis tests; *Journal of General Internal Medicine* 2016 31:2 SUPPL. 1 (S840).
39. Rivorêdo CS. *Pediatria: Medicina para Crianças?*, Saúde e Sociedade 7(2):33-45,1998, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n2/04.pdf>.
40. Sociedade Brasileira de Pediatria. *A Sociedade Brasileira de Pediatria –Histórico.* Disponível em: <https://www.sbp.com.br/>. Acesso em 10 Fev. 2017.25. Brasil. Ministério da Justiça. Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça; 1990.
41. Botti SH de O. O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: 2009. v, 104 f., graf. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/2582/ENSP_Tese_Botti_Sergio_Henrique.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
42. Moriates C, et al. The Value in the evidence. Teaching Residentes to Choosing Wisely. *Jama Intern Med* 2013; 173 (4):308-310.
43. Greene SE, Massone R. A survey of emergency medicine residents’ perspectives of the *Choosing Wisely* campaign. *American Journal of Emergency Medicine.* W.B. Saunders. 2015, June 1. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.03.067>.
44. Author Affiliations The “Top 5” Lists in Primary Care Meeting the Responsibility of Professionalism, *Arch Intern Med.* 2011;171(15):1385-1390. Doi:10.1001/archinternmed.2011.231. Disponível em: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1105881>
45. Lista *Choosing Wisely* da AAP. Disponível em: <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/02/AAP-Choosing-Wisely-List.pdf>.
46. *American Academy of Pediatrics.* Ten things physicians and patients should question 2018 [Available from: <http://www.choosingwisely.org/societies/american-academy-of-pediatrics/>].
47. Society of Hospital Medicine. *Pediatric Hospital Medicine.* Five things physicians and patients should question 2013 [Available from: <http://www.choosingwisely.org/societies/society-of-hospital-medicine-pediatric/>].
48. Becke K, Eich C, Höhne C, et al. *Choosing Wisely* in pediatric anesthesia: An interpretation from the German Scientific Working Group of Paediatric Anaesthesia (WAKKA). *Pediatr Anesth.* 2018; 28: 588– 596. <https://doi.org/10.1111/pan.13383>.

49. Chiappini E, Bortone B, Di Mauro G, Esposito S, Galli L, Landi M, Novelli A, Marchisio P, Marseglia GL, Principi N, de Martino M. *Choosing Wisely: The Top-5 Recommendations from the Italian Panel of the National Guidelines for the Management of Acute Pharyngitis in Children*. *Clinical Therapeutics* 2017 39:3 (646-649).
50. Leep Hunderfund AN, Dyrbye LN, Starr SR, Mandrekar J, Naessens JM, Tilburt JC et al. *Role Modeling and Regional Health Care Intensity: U.S. Medical Student Attitudes Toward and Experiences With Cost-Conscious Care*. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2016;1-9. doi: 10.1097/ACM.0000000000001223.
51. Gusmao MM, Menezes MS, Aguiar CVN, Lins L, Ladeia AM, Correia LC. *Perception of cost-consciousness among medical students: an 11-item scale*. *Inter J H Educ*. 2018;2(1):66-72. doi: 10.17267/2594-7907ijhe.v2i1.1968.
52. Menezes et al. *Translation, transcultural adaptation, and validation of the role-modeling costconscious behaviors scale*. *BMC Medical Education*. 2019; 19:151.
53. Azevedo JSF. *Técnica Delphi um guia passo a passo*. Adaptado de Haughey Duncan, PMP, em www.projectsmart.co.uk.
https://www.trf5.jus.br/downloads/Artigo_23_Tecnica_Delphi_um_Guia_Passo_a_Passo.pdf.
54. Almeida MHM de, Spínola AW de P, Lancman S. *Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia*. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 20, n. 1, p. 49-58, jan./abr. 2009.
55. *Princípios básicos para elaboração da Lista - Choosing Wisely Brasil*. Disponível em <https://proqualis.net/guideline/princ%C3%ADpios-b%C3%A1sicos-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-da-lista-choosing-wisely-brasil>.
56. Bunchaft AF, Gondin SMG. *Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação*. *Rev. Estudos de Psicologia, PUCCampinas* [on-line]. 2004 mai-ago; 21(2): 63-77.
57. Flik U. *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Trad. Roberto Catalgo Costa. Porto Alegre: Artmed; 2009/ Lervolino AS, Pelicioni MCF. *A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde*. *Rev Esc Enferm USP*. [on-line]. 2001 jun.
58. Azevedo CEF et al. *A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo*. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ5.pdf>.
59. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento*. 10. ed. São Paulo: 2010. cap. 11, p. 302-327
60. PerryUndem Research/Communication. *Unnecessary Tests and Procedures In the Health Care System* [Internet]. May 1, 2014.

61. Berwick DM, Hackbarth A. Eliminating waste in US health care. 14 de março de 2012. JAMA. doi:10.1001/jama.2012.362; Campbell EG et al.
62. Buckmaster A, Boon R. Reduce the rads: a quality assurance Project on reducing unnecessary chest X-rays in children with asthma. J Paediatr Child Health. 2005;41:107–111.
63. Narayanan S, Magruder T, Walley SC, Powers T, Wall TC. Relevance of chest radiography in pediatric inpatients with asthma, Journal of Asthma, 2014; 51:7, 751-755, DOI: 10.3109/02770903.2014.909459.
64. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Gina Report, 2018, disponível em: http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-tracked_v1.3.pdf.
65. National Clinical Guideline Centre (UK). Head Injury: Triage, Assessment, investigation and early management of head injury in children, young people and adults. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 Jan. (NICE Clinical Guidelines, No. 176.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248061/>.
66. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography - An increasing source of radiation exposure. N Engl J Med. 2007;357: 2277-84.
67. Pearce MS, Salotti JA, Little MP. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumors: a retrospective cohort study. Lancet. 2012;380:499-505 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418594/>.
68. Irwin RS et al. “Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines” Chest vol. 129,1 Suppl (2006): 1S-23S.
69. Shefrin AE, Ran DG. “Use of over-the-counter cough and cold medications in children” Canadian family physician medecin de famille canadien vol. 55,11 (2009): 1081-3.
70. Garcinuño AC et al. Prescription of systemic cold and cough drugs to children 0-13 years old. An unresolved problem. An Pediatr (Barc). 2013 Jan;78(1):43-50.
71. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD001831. DOI: 10.1002/14651858.CD001831.pub3.
72. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical Practice Guideline: The diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014;134(5):e1474–e1502).
73. Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, et al. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(6):CD004878pmid:23733383.

74. Viswanathan M, King VJ, Bordley C, et al. Management of bronchiolitis in infants and children: Summary. 2003 Jan. In: AHRQ Evidence report summaries. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 1998-2005. 69. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11847/>.
75. Colla CH, Kinsella EA, Morden NE, Meyers DJ, Rosenthal MB, Sequist TD. Physician perceptions of *Choosing Wisely* and drivers of overuse. *The American journal of managed care*. 2016;22(5):337-43. Disponível em: <https://www.ajmc.com/journals/issue/2016/2016-vol22-n5/physician-perceptions-of-choosing-wisely-and-drivers-of-overuse>
76. Friedman JN, Mahant S. Making it easier to 'choose wisely'. *Paediatr Child Health*. 2017; 22(2):66-67.
77. Harris R, Barclay C, Brewer N, Sheridan S, Vu M, DeFrank J. The *Choosing Wisely* top 5 lists: evidence-based and sustainable? Presented at: Preventing Overdiagnosis Conference; September 10-12, 2013; Hanover, NH. http://www.preventingoverdiagnosis.net/?page_id=665.
78. Horvath K, Semlitsch T, Jeitler K, et al *Choosing Wisely*: assessment of current US top five list recommendations' trustworthiness using a pragmatic approach *BMJ Open* 2016; 6:e012366. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012366.
79. Ho T, Dukhovny D, Zupancic JAF, Goldmann DA, Horbar JD, Pursley DM. *Choosing Wisely* in Newborn Medicine: Five Opportunities to Increase Value. *Pediatrics*. 2015; 136:e482–e489. doi: 10.1542/peds.2015-0737.
80. Kelly A et al. *Choosing Wisely*: The American College of Rheumatology's Top 5 for Pediatric Rheumatology. *Arthritis Care & Research* Vol. 66, No. 5, May 2014, pp 649–657.
81. Traumatismo Crânio Encefálico. Guia de Atualização do Departamento Científico de Terapia Intensiva da Sociedade Brasileira de Pediatria. Abril de 2017. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/documentos_cientificos/19492c-GP-Trauma-Cranioencefalico.pdf.
82. Santos APO, Lima LS, Wanderley AG. Comparação entre o tratamento farmacológico aplicado em crianças de zero a cinco anos atendidas em uma unidade de emergência e as diretrizes do III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. *J Bras Pneumol*. 2007;33(1):7-14.
83. Pitrez PMC, Pitrez JLB. Acute upper respiratory tract infection: outpatient diagnosis and treatment. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79 Suppl 1: S77-86.
84. Silva DR, Viana VP, Müller AM, Coelho AC, Deponti GN, Livi FP, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por sintomas respiratórios em um hospital terciário. *J Bras Pneumol*. 2013;39(2):164-17.

85. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2013; 21 (2): 268-77; SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.
86. Barba EJR - Utilización inapropiada del laboratorio clínico. *Rev Mex Patol Clin*, 2003;50:209-223. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2003/pt034e.pdf>).
87. Shcolnik W. Erros laboratoriais e segurança dos pacientes: revisão sistemática. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública. 2012. Disponível em: http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/mestrado_ws_fiocruz_2012.pdf.
88. Passi V, Johnson S, Peile Ed, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27, *Medical Teacher*, 2013; 35:9, e1422-e1436, DOI: 10.3109/0142159X.2013.806982.
89. de Oliveira BSH, de Almeida RST. Docente-clínico: o papel complexo do preceptor na residência médica. *Physis [Internet]* 2011 [citado em 2019 04 de julho]; 21 (1): 65-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100005>.
90. Cooke M. Cost consciousness in patient care: what is medical education's responsibility? *N Engl J Med*. 2010;362(14):1253-1255.
91. Greene SE, Massone R. A survey of emergency medicine residents' perspectives of the *Choosing Wisely* campaign. *American Journal of Emergency Medicine*. W.B. 2015, June 1Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2015.03.067>.
92. Jon CT et al. Views of US Physicians About Controlling Health Care Costs. *JAMA* July 24/31, 2013 Volume 310, Number 4.
93. Saldiva PHN, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud. av.*, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, Apr. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100047&lng=en&nrm=iso>. Access on 17 may 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>.
94. Atreya AR, Besharatian B, Bucky S, Higgins T. Mobile device application based educational tool to improve cost-conscious care among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine* 2014 29 SUPPL. 1 (S526).
95. Rodrigues Mendonça D, Aguiar CVN, Lins-Kusterer L, de Oliveira RI, Menezes MS. Choosing Wisely in Pediatric Internship. *Glob Pediatr Health*. 2019;6:2333794X19848869. Published 2019 May 12. doi:10.1177/2333794X19848869
96. Silva GAR. O processo de tomada de decisão na prática clínica: a medicina como estado da arte/ The decision making process in clinical practice: medicine as a state of the art practice. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):75-9.

Título do Artigo ou Publicação	Ano de publicação	País de origem	Sociedade Pediátrica/Grupo Responsável pela lista	Lista	Revista/Local de Publicação
<i>Choosing Wisely</i> in Pediatric Hospital Medicine: Five Opportunities for Improved Healthcare Value	2013	EUA	Sociedade de Medicina Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não encomendar radiografias de tórax em crianças com asma ou bronquiolite. 2. Não usar corticosteroides sistêmicos em crianças menores de 2 anos idade com uma infecção do trato respiratório inferior. 3. Não use broncodilatadores em crianças com bronquiolite. 4. Não tratar refluxo gastroesofágico em lactentes rotineiramente com supressão ácida terapia. 5. Não use oximetria de pulso contínua rotineiramente em crianças com doença respiratória aguda, a eles estão em oxigênio suplementar. 	Journal of Hospital Medicine
<i>Choosing Wisely</i> in pediatric anesthesia: An interpretation from the German Scientific Working Group of Paediatric Anaesthesia (WAKKA)	2018	Alemanha	German Working Group of Paediatric Anaesthesia (WAKKA) of the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care (DGAI)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Em bebês e crianças com indicações robustas para intervenções cirúrgicas, intervencionistas, procedimentos de diagnóstico, anestesia ou sedação não devem ser evitados ou retardados devido a potencial neurotoxicidade associada à exposição a anestésicos. 2. Em crianças sem doenças preexistentes relevantes (isto é, estado ASA I / II) que estão agendadas para procedimentos cirúrgicos eletivos de menor ou médio risco, nenhum exame de sangue de rotina deveria ser feito. 3. A presença dos pais durante a indução da anestesia deve ser uma opção para crianças sempre que possível. 4. O jejum perioperatório deve ser seguro e amigável da criança com tempos de jejum reais mais curtos e beber pós-operatório mais liberal e alimentação enteral. 5. A fluidoterapia perioperatória deve ser segura e eficaz com soluções eletrolíticas balanceadas fisiologicamente compostas para manter um padrão extracelular normal volume de fluido; adição de glicose a 1% -2,5% para evitar lipólise, hipoglicemia e hiperglicemia e colóides, conforme necessário para manter um volume sanguíneo normal. 6. Para alcançar um manejo seguro e bem-sucedido das vias aéreas, o algoritmo de via aérea localmente aceito e continuado ensino e treinamento de técnicas básicas e alternativas de ventilação e intubação endotraqueal são necessárias. 7. Sistemas de ultrassom e imagem (por exemplo, transiluminação) devem estar disponíveis para alcançar o acesso venoso central e acesso venoso e arterial periférico. 8. distúrbios do perioperatório do homeostase do paciente, como hipotensão, hipocapnia, hipotermia, hipoglicemia, hiponatremia e anemia grave, não devem ser ignorados e devem ser 	Pediatric Anesthesia

				<p>prevenidos ou tratado imediatamente.</p> <p>9. Pacientes pediátricos com risco perioperatório elevado, por exemplo, prematuros neonatos a termo, bebês e crianças criticamente doentes devem ser tratados em instituições onde todos os cuidadores têm experiência suficiente e exposição clínica contínua a tais pacientes.</p> <p>10. Uma estratégia para prevenir vômitos no pós-operatório, delirium de emergência, e a dor aguda deve fazer parte de todo procedimento anestésico.</p>	
Making it easier to 'choose wisely'	2017	Canadá	NA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não ordene rotineiramente o teste de NP para doenças respiratórias típicas, a menos que os resultados possam afetar o gerenciamento. 2. Não faça rotineiramente uma UCM em lactentes após uma primeira infecção febril do trato urinário. 3. Não use rotineiramente a oximetria de pulso contínua em crianças hospitalizadas com doença respiratória aguda, a menos que estejam recebendo oxigênio suplementar. 4. Não dê automaticamente IVIG como tratamento de primeira linha para crianças com ITP típica diagnosticada recentemente. 5. Não use radiografia de rotina em crianças que apresentam lesões agudas no tornozelo e cumpram os critérios para um exame de baixo risco 	Paediatrics and Child Health
<i>Choosing Wisely: The Top-5 Recommendations from the Italian Panel of the National Guidelines for the Management of Acute Pharyngitis in Children</i>	2017	Itália	Painel Italiano das Diretrizes Nacionais para o Manejo da Faringite Aguda em Crianças	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exames de sangue não devem ser realizados; 2. Os antibióticos não devem ser administrados a menos que a confirmação microbiológica da infecção estreptocócica tenha sido realizada; 3. Se uma cultura de garganta for realizada, os testes de suscetibilidade em isolados não devem ser executados; 4. Curso antibiótico não deve ser encurtado; 5. Como a penicilina V não está disponível na Itália, a amoxicilina (50 mg / kg / dia em 2-3 doses por via oral) por 10 dias é o tratamento de primeira escolha; 6. Esteroides não devem ser administrados para o risco de mascarar possíveis condições graves subjacentes. 	Clinical Therapeutics
Beyond the "Choosing wisely": a possible attempt	2016	Itália	Italian Society of Pediatric Allergology and Immunology (SIAIP)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evite contraindicar rotineiramente a vacinação em caso de alergias 2. A presença de sensibilização à proteína do ovo não é uma contra-indicação à vacinação contra o sarampo, a papeira e a rubéola. 3. Evite realizar testes de rotina de alergia em crianças com urticária aguda. 4. Evite prescrever mucolíticos em crianças com asma brônquica. 5. Evite a prescrição rotineira de testes imunológicos em crianças com infecções respiratórias recorrentes 	Italian Journal of Pediatrics

<i>Choosing Wisely</i> in newborn medicine: Five opportunities to increase value	2015	EUA	Seção de Pediatria Perinatal da <i>American Academy of Pediatrics</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar o uso rotineiro de medicamentos antirrefluxo para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico sintomático ou para tratamento de apnéia e dessaturação em prematuros; 2. Evitar continuação de rotina de antibioticoterapia além de 48 horas para lactentes inicialmente assintomáticos sem evidência de infecção bacteriana, 3. Evitar o uso rotineiro de pneumogramas para avaliação pré-alta da apnéia da prematuridade em curso e / ou prolongada, 4. Evitar radiografias torácicas diárias de rotina sem indicação de intubação lactentes 5. Evitar exames de rotina equivalentes a termo ou ressecar a ressonância nuclear cerebral em recém-nascidos prematuros. 	Pediatrics
<i>Choosing Wisely:</i> The American College of Rheumatology's Top 5 for Pediatric Rheumatology	2014	América do Norte(Não delimita país)	Colégio Americano de Reumatologia, Comitê de Reumatologia Pediátrica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não solicite painéis de autoanticorpos, a menos que ANA positivos e evidências de doença reumática; 2. Não teste a doença de Lyme como causa de sintomas musculoesqueléticos sem um histórico de exposição e achados de exame apropriados; 3. Não faça rotineiramente radiografias de vigilância conjunta para monitorar a atividade da doença na AIJ; 4. Não realize laboratórios de toxicidade de metotrexato com mais frequência do que a cada 12 semanas quando os pacientes estiverem em doses estáveis; 5. Não repetir um ANA positivo confirmado em doentes com AIJ ou LES estabelecida 	Arthritis Care & Research
<i>Choosing Wisely</i> Canada: Pediatric Neurosurgery Recommendations	2018	Canadá	Neurocirurgiões pediátricos do Canadá	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não solicitar uma tomografia computadorizada para investigar a macrocefalia (solicitar uma ultrassonografia ou ressonância magnética); 2. Não imagine uma covinha na linha média relacionada ao cóccix em um bebê ou criança assintomática; 3. Não use tomografia computadorizada para exames de rotina de crianças com hidrocefalia. A ressonância magnética não sequenciada de sequência rápida ou ultrassonografias fornece informações adequadas para avaliar os pacientes sem expô-los à radiação ou a um anestésico; 4. Não recomendam capacetes para achatamento posicional de leve a severo; 5. Não faça imagens de vigilância de rotina para a malformação de Chiari I descoberta acidentalmente. 	Paediatrics & Child Health

Lista da Seção de Nefrologia Pediátrica da Academia Americana de pediatria	2018	EUA	Academia Americana de Pediatria - Seção de Nefrologia e Sociedade Americana de Nefrologia Pediátrica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não solicite análises de urina de rastreamento de rotina (AU) em pacientes pediátricos saudáveis e assintomáticos como parte da rotina de cuidados com a criança. 2. Não inicie um trabalho para hematúria ou proteinúria antes de repetir uma análise anormal da vareta de urina (UA). 3. Evitar pedidos de acompanhamento de culturas de urina após o tratamento para uma infecção do trato urinário (ITU) não complicada em pacientes que apresentam evidências de resolução clínica da infecção. 4. Não inicie uma hipertensão ambulatorial (hipertensão) em pacientes pediátricos assintomáticos antes de repetir a medição da pressão arterial. 5. Não posicione linhas centrais ou linhas centrais de inserção periférica (PICC) em pacientes pediátricos com doença renal crônica avançada (estágio 3-5) / doença renal terminal (ESRD) sem consulta com nefrologia pediátrica devido a metas para evitar efeitos adversos eventos, preservar o acesso vascular a longo prazo e evitar procedimentos desnecessários e dispendiosos. 	Site <i>Choosing Wisely.org</i>
Lista da Associação Americana de Oftalmologia e Estrabismo Pediátrico	2013 e atualizada em 2018	EUA	Associação Americana de Oftalmologia e Estrabismo Pediátrico (AAPOS)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não coloque crianças assintomáticas em óculos de leitura fracos. 2. Os exames oftalmológicos completos anuais são desnecessários para crianças que passam por avaliações de triagem de visão de rotina. 3. Não recomende terapia visual para pacientes com dislexia. 4. Não ordene rotineiramente exames de imagens para todos os pacientes com visão dupla. 5. Não faça exames de imagem da retina para crianças sem sintomas ou sinais de doença ocular. 	Site <i>Choosing Wisely.org</i>
Lista da Seção de Ortopedia e Sociedade Ortopédica Pediátrica da América do Norte	2018	? América do Norte	Seção de Ortopedia e Sociedade Ortopédica Pediátrica da América do Norte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não solicite uma triagem de ultrassonografia de quadril para descartar displasia de quadril ou desenvolvimento de luxação do quadril caso o bebê não tenha fatores de risco e tenha um exame de anca clinicamente estável. 2. Não solicite radiografias nem recomende contraventamento ou cirurgia para uma criança com menos de oito anos de idade com marcha simples no dedo do pé. 3. Não solicite órteses ou palmilhas personalizadas para uma criança com pés chatos minimamente sintomáticos ou assintomáticos. 4. Não solicite estudos avançados de imagem (RM ou TC) para a maioria das condições musculoesqueléticas em uma criança até que todos os exames clínicos, laboratoriais e radiográficos simples tenham sido concluídos. 5. Não solicite radiografias de acompanhamento para fraturas da fivela (ou toro) se elas não estiverem mais doloridas ou doloridas. 	Site <i>Choosing Wisely.org</i>

<p>Lista do Committee on Infectious Diseases and the Pediatric Infectious Diseases Society AAP</p>	<p>2018</p>	<p>EUA</p>	<p>Comitê de Doenças Infecciosas e Sociedade de Doenças Infecciosas Pediátricas da AAP</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não inicie terapia antibiótica empírica no paciente com suspeita de infecção bacteriana invasiva sem primeiro confirmar que sangue, urina ou outras culturas apropriadas 2. Não use um agente antimicrobiano de amplo espectro para a profilaxia perioperatória ou continue com a profilaxia após a incisão ser fechada para procedimentos limpos, limpos e contaminados. Foram obtidas, excluindo casos excepcionais. 3. Não tratar pneumonia adquirida na comunidade sem complicações em pacientes hospitalizados, imunizados e saudáveis, com antibioticoterapia mais ampla que a ampicilina. 4. Não use vancomicina ou carbapenêmicos empiricamente para pacientes de cuidados intensivos neonatais, a menos que uma criança seja conhecida por ter um risco específico para patógenos resistentes a agentes de espectro mais restrito. 5. Não coloque cateteres centrais de inserção periférica e / ou use antibióticos IV prolongados em crianças saudáveis com infecções que podem ser transferidas para um agente oral apropriado. 	<p>Site <i>Choosing Wisely.org</i></p>
<p><i>Choosing Wisely:</i> 5 Pediatric Endocrinology Tests to Avoid</p>	<p>217</p>	<p>EUA</p>	<p>Seção de Endocrinologia da Academia Americana de Pediatria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evite pedir LH e FSH e estradiol ou testosterona para crianças com pelos púbicos e / ou odor corporal, mas sem outros sinais de puberdade. 2. Evite pedir exames de triagem em busca de doenças crônicas ou endócrinas, incluindo hemograma, CMP, IGF-1, testes de tireoide e anticorpos celíacos, em crianças saudáveis que estão crescendo acima ou acima do percentil 3 de altura com uma taxa de crescimento normal (ie, não cruzando percentis) e com ganho de peso adequado. 3. Evite rotineiramente solicitar concentrações de vitamina D em crianças saudáveis, incluindo crianças com sobrepeso ou obesas. 4. Evite rotineiramente medir a função da tireóide e / ou os níveis de insulina em crianças com obesidade. 5. Evite pedir ultrassonografias de tireoide rotineiramente em crianças com bócio simples ou tireoidite autoimune. 	<p>Site <i>Choosing Wisely.org</i></p>

Apêndice B - Questionário inicial para construção da lista de recomendações CW de pediatria para os preceptores

Campanha CW – painel de Pediatria

Envio: 10 de maio de 2017

Website SurveyMonkey®

P1 Identificação

- I. Nome
- II. Idade
- III. Escola onde se formou
- IV. Ano da formatura

P2 Assinale suas atividades atuais

- I. Docente (1 escola médica)
- II. Docente (mais de 1 escola médica)
- III. Em consultório (particular ou convênio)
- IV. Em consultório (serviço público)
- V. Assistindo pacientes internados (hospital particular ou convênio)
- VI. Assistindo pacientes internados (hospital público)
- VII. Cumprindo plantão (serviço privado)
- VIII. Plantão (serviço privado)
- IX. Outro

P3 Se você atua em hospital, qual sua área de atuação?

- I. Unidade de internação (enfermaria/apartamento)
- II. Emergência
- III. Ambulatório
- IV. UTI

P4 Qual a sua formação após a graduação?

- I. Residência
- II. Estágio
- III. Especialista (através de prova de título Sociedade de Especialista)
- IV. Mestrado
- V. Doutorado

P5 Você tinha conhecimento da campanha "Choosing Wisely"?

- I. Sim
- II. Não

P6 Escolha das proposições consideradas desnecessárias na prática médica.

Apêndice C - Questionário de avaliação das oficinas

1. Identificação					
Idade	<input type="text"/>				
Sexo	<input type="text"/>				
Ano de Residência (R1, R2, R3)	<input type="text"/>				
2. Queremos saber a sua opinião sobre a capacitação da Campanha Choosing Wisely					
	Excelente	Muito bom	Bom	Regular	Péssimo
Informações sobre a Campanha Choosing Wisely	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade da apresentação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade da discussão feita pelos professores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Reflita sobre a campanha e traduza em uma palavra ou frase curta o que julga mais importante.					
<input type="text"/>					
4. Qual das proposições apresentadas você considera mais difícil de colocar em prática no seu dia a dia como residente?					
<input type="radio"/> Não prescreva antitussígenos, descongestionantes e mucolíticos para crianças, especialmente em menores de cinco anos, com doença respiratória aguda.			<input type="radio"/> Não solicite múltiplos exames laboratoriais sem critérios e cujos resultados não irão alterar a conduta a ser tomada		
<input type="radio"/> Não solicite exames laboratoriais com periodicidade pré-estabelecida em crianças internadas com boa evolução clínica.			<input type="radio"/> Não solicite radiografia de tórax para crianças com crise aguda de asma não grave sem evidências de complicações.		
<input type="radio"/> Não prescreva corticoide em pequenos lactentes no primeiro episódio de sibilância sem fatores de risco (prematuridade, cardiopatia, broncodisplasia).					
Comente brevemente sua resposta					
<input type="text"/>					
5. Deseja fazer algum comentário construtivo?					
<input type="text"/>					

Apêndice D - Avaliação 1 – Casos Clínicos Simulados



IMPACTO DA CAMPANHA *CHOOSING WISELY* EM RESIDENTES DE PEDIATRIA DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DE SALVADOR - BAHIA

OFICINA COM OS RESIDENTES DO HGRS

Leia os casos clínicos abaixo e responda as perguntas que se seguem a cada caso.

CASO CLÍNICO 1: Criança de cinco anos, sexo masculino, chega à emergência com diagnóstico de pneumonia comunitária há quatro dias, em tratamento com amoxicilina, apresentando recusa alimentar e piora clínica, sendo indicado internamento. Ao exame de admissão encontra-se taquieico com tiragem, febril (T: 38,7°C), hipoativo. Leucograma inicial demonstrou 15.000 leucócitos, 78% neutrófilos, 5% bastões e 20% linfócitos. Com 30 horas de internamento, em uso de penicilina cristalina, ainda com alguns picos febris com temperatura máxima de 38°C, taquipneico leve, porém sem tiragem, ativo e aceitando melhor a dieta, o médico assistente da enfermaria, no final de semana, decide realizar novo leucograma e nova radiografia de tórax, deixando orientação para o residente de repetir estes exames depois de 24 horas.

1. Você concorda com esta conduta do médico assistente (SIM ou NÃO)?

2. Justifique sua resposta:

CASO CLÍNICO 2: Paciente de oito anos, acompanhado no ambulatório de pneumologia, com diagnóstico de asma persistente moderada parcialmente controlada, fazendo uso irregular do corticoide inalatório prescrito, chega à emergência em crise de asma sem história de febre. O médico avalia a criança e classifica como portador de crise aguda leve/moderada de asma, sem outros diagnósticos ou complicações, prescreve broncodilatador inalatório e corticoide sistêmico e solicita Radiografia de tórax.

1. Você concorda com esta conduta (SIM ou NÃO)? _____

2. Justifique sua resposta:

CASO CLÍNICO 3: Criança de dois anos chega à UPA com história de queda de escada (80 cm) com trauma craniano e formação de hematoma frontal. A genitora refere que o menor chorou muito após a queda, mas nega quaisquer sintomas pós-trauma. Ao exame, criança ativa e reativa, com hematoma frontal, exame segmentar sem outros achados e com exame neurológico normal. O pediatra da UPA deixa a criança em observação e não solicita quaisquer exames, o que causa extrema insatisfação dos familiares que solicitam exames de imagem, de preferência uma TC do crânio. O profissional explica a não necessidade do exame, mantém a sua conduta e os familiares abandonam o serviço dizendo que vão processar o médico.

1. Você concorda com a conduta do médico (SIM ou NÃO)?

2. Justifique sua resposta:

CASO CLÍNICO 4: Criança de dez meses com quadro compatível de rinofaringite aguda viral, apresentando tosse produtiva há cinco dias que atrapalha o sono e obstrução nasal intensa. O pediatra avalia no consultório e prescreve higiene nasal, aumento da hidratação e antitérmico se necessário. A genitora, porém, insiste com o médico que a tosse é muito persistente e que atrapalha o sono da criança, bem como a obstrução nasal que não melhora apenas com a solução fisiológica já em uso. O pediatra então, decide prescrever um descongestionante oral e um mucolítico, mantendo as demais orientações.

1. Você concorda com esta conduta (SIM ou NÃO)? _____

2. Justifique sua resposta:

CASO CLÍNICO 5: Lactente de cinco meses é atendida na UPA com queixa de rinorreia, tosse pouco produtiva e febre baixa há dois dias. Há 24 horas, a genitora vem notando que a criança está com a respiração mais rápida e com um chiado no peito (sic). Mantém-se ativa e com aceitação do leite materno, embora nota que, às vezes, interrompe a amamentação para descansar (SIC). Nega episódios anteriores similares ou outras patologias. Nascida de parto normal à termo, sem complicações. Em aleitamento materno exclusivo. História familiar de tio paterno com rinite alérgica. Ao exame está afebril, ativa, taquipneica com tiragem intercostal leve, e sibilos em ambos os hemitóraces, sem outras alterações ao exame físico. O médico prescreve nebulizações com broncodilatador, corticoide oral, e deixa em observação.

1. Você concorda com esta conduta (SIM ou NÃO)? _____

2. Justifique sua resposta:

Apêndice E - Banner de recomendações CW da Residência Pediatria do HGRS



Choosing Wisely em Pediatria

- 1 Não solicite múltiplos exames laboratoriais com periodicidade pré-estabelecida sem critérios, cujos resultados não irão alterar a conduta a ser adotada.
- 2 Não solicite radiografia de tórax para asma aguda não grave sem evidências de complicações.
- 3 Não solicite tomografia de crânio para traumatismo craniano leve sem sinais de alerta para complicações.
- 4 Não prescreva antitussígenos, descongestionantes e mucolíticos para crianças, especialmente em menores de cinco anos, com doença respiratória aguda.
- 5 Não prescreva corticoide em lactentes no primeiro episódio de sibilância sem fatores de risco tais como prematuridade, cardiopatia, broncodisplasia.



Choosing Wisely
"Escolhendo sabiamente" em Medicina.



An initiative of the ABIM Foundation

American Board of Internal Medicine
<http://www.choosingwisely.org/>

Apêndice F – Respostas dos residentes às questões abertas da avaliação da Oficina de Capacitação

Refleta sobre a campanha e traduza em uma palavra ou frase curta o que julga mais importante

Responderam: 22 – Ignoraram: 1

- Segurança do paciente.
- Seria uma metodologia de atuação mais racional sobre condutas no paciente pediátrico e também fortalece a medicina baseada em evidências.
- Custo-consciência
- Evitar iatrogenia com excesso de exames ou terapêuticas desnecessárias.
- Senso crítico.
- Conhecimento de causa.
- Investigação diagnóstica objetiva e conscientizada.
- Primum non nocere.
- Custo benefício.(2)
- Tema de fundamental importância para ser discutido com os residentes.
- Pesar custo x benefício e sempre colocar o paciente em primeiro lugar.
- Conscientização.
- Ajuda na tomada de decisões
- Ponderar recursos e reduzir exames e condutas inadequadas
- Necessidade
- Escolhas baseadas em estudos que tendem a beneficiar o paciente
- Consciência (3)
- Prevenção de iatrogenias
- Racionalidade nas escolhas

Deseja fazer algum comentário construtivo?

Responderam: 6 / Ignoraram: 17

- Campanha muito importante de conscientização do corpo médico sobre não adotar condutas desnecessárias no paciente
- Que nunca percam a vontade de continuar nesse projeto que deixará uma boa marca na pediatria
- A campanha contribui para valorizar a semiologia e o raciocínio clínico baseado em evidências
- Excelente campanha. Impõe ao médico raciocinar sobre o que de fato é necessário para cada doente. Individualizando a condição clínica e diminuindo intervenções desnecessárias
- Achei muito interessante a iniciativa de esse projeto. A capacitação foi bem realizada, mas acredito que deveria ter também com os preceptores.
- Trazer a discussão para a realidade da educação e formação médica já ajuda a difundir a ideia de ponderar e usar o bom senso nas decisões clínicas e indicações “preestabelecidas” como “rotina”

Comente sua resposta sobre a proposição mais difícil de ser colocada em prática

15 comentaram a resposta para a sua proposição mais votada/ 8 ignoraram

- Resistência e conceitos preestabelecidos de que exames de rotina são necessários.
- Preciso de mais estudo pra não solicitar com segurança!
- Devido aos hábitos de alguns preceptores, é difícil não pedir exames periódicos.
- Devido à preceptora pedir.
- As rotinas dos serviços frequentados impedem eventualmente a aplicação do programa.
- Por mais que muitas vezes não concordemos em pedir os exames; os preceptores cobram a coleta.
- Diante de pacientes graves ou potencialmente graves, há uma tendência a realizar exames adicionais mesmo sem indicação formal.
- Alguns protocolos ainda estão defasados, porém devem ser seguidos.
- Práticas preestabelecidas e executadas por outros profissionais.
- Pacientes com muitas comorbidades, por vezes complexas e internamentos prolongados geram ansiedade em querer evitar descompensações graves.
- Seria mais difícil na ocorrência de intensa cobrança dos pais.
- Uma das descompensações da crise de asma é processo infeccioso. Diante de uma criança atendida em uma unidade de emergência fico com a sensação que devo excluir esta causa.
- As doenças respiratórias agudas são muito comuns na infância e a "terapêutica cultural" é utilizar antitussígenos, mucolíticos e afins. A dificuldade é convencer aos pais do contrário e o que se traz de senso comum.
- Pais sempre pensam que solicitar radiografia de tórax em qualquer afeção respiratória é fundamental e imprescindível.
- Insegurança de sobreposição do quadro com pneumonia.

Apêndice G - TCLE Grupo Focal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GRUPO FOCAL – PESQUISA *CHOOSING WISELY* EM PEDIATRIA

O objetivo deste grupo focal é reavaliar a percepção do residente de pediatria do Hospital Geral Roberto Santo quanto à Campanha *Choosing Wisely* no que se refere ao significado da campanha, barreiras que dificultam a sua aplicação e consequências, após estratégias de implantação do CW na pediatria do HGRS. Este trabalho será realizado sem a presença dos pesquisadores principais e será assegurado o anonimato dos participantes no que se refere às suas respostas que serão registradas e gravadas em áudio por avaliadores externos.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EBMSp sob parecer nº 1.627.477. Os participantes da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, conforme exigências da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A segurança dos sujeitos da pesquisa será mantida em pleno sigilo ético.

Caso você aceite participar do estudo assine abaixo.

Salvador, 09 de novembro de 2018,

Assinatura do participante

Apêndice H – Termo de Anuência



TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro estar informado que a campanha “*Choosing Wisely*”- Escolhas Sábias em Saúde - tem como propósito conscientizar os médicos e pacientes sobre os custos desnecessários de cuidados em saúde. O objetivo dessa estratégia é promover a reflexão dos médicos sobre esses temas. A pesquisa “*Choosing Wisely* na Escola Bahiana de Medicina” propõe, também, o envolvimento de estudantes e residentes sobre o uso consciente dos recursos na medicina e será realizada com a aplicação de questionários e atividades de reflexão aos participantes.

Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados para a elaboração da tese de doutorado da Dra Lívia Fonsêca, orientado pela pesquisadora Marta Silva Menezes, do Grupo de Pesquisa Proensino na Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EBMSP, parecer N° 1.627.477, datado de 7 de julho de 2016.

Conhecendo a importância desse trabalho, o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), está de acordo com a execução do projeto *Choosing Wisely* com Residentes de Pediatria nesta instituição, cientes de que os pesquisadores se comprometem a dar conhecimento quanto aos resultados obtidos da pesquisa, a reconhecer como instituição colaboradora o HGRS e estar disponível para quaisquer esclarecimentos, além de cumprir a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A segurança dos sujeitos da pesquisa será mantida em pleno sigilo ético.

Salvador, 7 de novembro de 2016

Antônio Raimundo de Almeida
Diretor do Hospital Geral Roberto Santos
CNPJ: 13.937.131.0053-72

Apêndice I - Registros das respostas abertas do Questionário Percepção da Atitude Custo Consciente, Barreiras e Consequências e *Role-Modeling* pré e pós-intervenção (RESIDENTES)

***ROLE-MODELING* PRÉ-INTERVENÇÃO**

Comentários sobre a percepção custo consciência dos preceptores

- Poucos professores eram contra os exames “check-up”. A maioria fazia em sua prática, mas os que eram contra, sempre buscavam exemplificar e discutir sobre a acurácia dos exames. A gente discute pouco sobre isso.
- Trabalhando num serviço público, consigo enxergar que os preceptores entendem a realidade da população atendida. Os custos dos tratamentos sempre são pesados e, desta forma, visamos oferecer o que há de melhor dentro do que é possível ser feito.
- Entendemos que os procedimentos diagnósticos e terapêuticos quando realizados sem indicação precisa, oneram o sistema de saúde(ou do paciente) e podem se tornar danosos.

***ROLE-MODELING* PÓS-INTERVENÇÃO**

Agora você pode contribuir com sugestões ou comentários sobre a a campanha

- Todos têm consciência do que fazer, porém algumas pessoas isoladas ainda destoam do grupo, fazendo com que condutas, tipo repetir exames desnecessários, se tornem rotina. Talvez uma reunião com a preceptoria na tentativa de alinhar conduta e estabelecer, talvez, um protocolo naquele ambiente.
- A experiência pessoal de alguns preceptores acaba interferindo na decisão sobre a realização de exames, ainda que o paciente esteja estável e sem indicação de novos exames.

CUSTO CONSCIÊNCIA PRÉ INTERVENÇÃO

Agora você pode contribuir com sugestões ou comentários

- Uma boa parte das perguntas são bem diretas, entretanto alguns itens da 10 questão deixam dubiedade – ex.: a situação descrita refere-se a condições ideais? Ou a realidade em que estamos inseridos?
- Os médicos deveriam ter acesso a uma tabela com o custo médio de cada procedimento solicitado. Seria interessante rever fluxogramas de forma a tentar nortear o médico a pedir exames com responsabilidade. Os médicos devem assumir a responsabilidade de explicar as indicações, riscos e benefícios dos procedimentos e medicamentos indicados por ele.
- O uso racional das tecnologias e dos recursos disponíveis para tratamento e diagnóstico deve ser visto não como o objetivo inicial de economia, e sim como forma de melhoria na assistência, evitando

exames desnecessários e possíveis complicações. Além disso, tal pensamento deve ser inserido na formação dos novos médicos.

- Acho que todo médico deve ter um pouco de conhecimento de gestão
- Muito interessante este trabalho. No hospital Filantrópico onde trabalho, cabe à coordenação gerir os custos de sua unidade de gerenciamento, visando sempre tentar a autosustentabilidade.
- Nenhum comentário
- Acredito que o uso consciente dos recursos em saúde trazem benefícios não apenas para o paciente que está sendo atendido, mas para toda a sociedade, pois se pudermos reduzir os altos investimentos em exames e tratamentos desnecessários, poderemos utilizar melhor os recursos na promoção da saúde e prevenção dos agravos para toda a sociedade. Assim, ter uma conduta baseada no custo efetividade, implica em uma mudança de comportamento/ mentalidade dos médicos e dos pacientes, que, muitas vezes, se sentem prejudicados quando os médicos se recusam a pedir exames desnecessários.
- Infelizmente, vivemos situações atualmente em que há pressão da família, ameaças, exposições em mídia, o que nos leva a fazer intervenções desnecessárias muitas vezes.
- Os pedidos de exames e prescrições médicas devem ser feitos, antes de tudo, com o objetivo e de antecipar o tratamento de doenças mais prevalentes e de maior gravidade para o paciente. O pedido exagerado está de acordo com a péssima concordância do exame físico e história clínica com a suspeita diagnóstica. Médicos não podem ser culpados por não pedir exames desnecessários para os pacientes

CUSTO CONSCIÊNCIA PÓS INTERVENÇÃO

Qual a sua opinião sobre a campanha *Choosing Wisely*?

- Acho excelente, pois o médico tem a oportunidade de pensar de maneira mais custo efetiva, visando não só o melhor para o manejo do paciente quanto o melhor para o serviço de saúde
- Muito positiva e que busca a orientação sobre a tomada de decisões conscientes e racionais para o bem-estar do paciente e do serviço de saúde
- Acredito ser uma iniciativa de extrema importância na tentativa de redução não só de custos, mas de iatrogenias com os pacientes.
- Considero-a importantíssima, visto que faz parte de um princípio básico de medicina, o da não maleficência, porém certamente também bastante difícil de ser aplicada num contexto prático uma população com baixo nível de instrução, que credita a exames complementares a solução para tantos de seus problemas.
- Uma importante campanha que traz uma perspectiva de coerência valorizando a clínica e o conhecimento baseado em evidência implicando, de fato, em condutas mais conscientes.
- Campanha muito importante que visa o melhor do paciente, evitando procedimentos desnecessários. Assim, beneficiamos também o sistema público de saúde, diminuindo os gastos.

- Permite refletir sobre a atuação do agente de saúde(médico) de forma responsável – solicitar exames; prescrever medicamentos; seguimento do paciente.
- Concordo com a campanha, pois a mesma defende o uso racional dos meios diagnósticos e terapêuticos, considerando a medicina baseada em evidências, sem gastos desnecessários ao serviço de saúde e evitando qualquer malefício ao paciente.
- É importante a conscientização da equipe médica sobre os benefícios de uma medicina mais objetiva, sem exames complementares desnecessários que não modificam a terapêutica e que não exponham o paciente a riscos.
- Muito importante, os pacientes só têm a ganhar com a implementação da campanha.
- Acredito ser uma campanha de extrema importância, pois vivemos na era dos exames complementares. Assistimos todos os dias os pacientes sendo expostos a exames desnecessários e sem indicação. Por isso, precisamos trabalhar na conscientização da classe médica.
- Uma prática essencial na tomada de decisões médicas
- Acho muito boa em diversos pontos: direcionamentos dos custos em saúde por exames/ atendimentos/ internamentos/ medicações pra quem realmente precisa, cuidado para evitar iatrogenia, cuidado com efeitos adversos de atitudes desnecessárias.
- É uma excelente campanha. Notei que após a campanha é muito mais frequente a discussão custo benefício de determinada conduta médica
- Excelente iniciativa na melhora do cuidado com os pacientes e na busca de tratamento de excelência com redução de iatrogenias e redução de custos
- Necessária, visando beneficiar principalmente os pacientes, que serão menos “invadidos” e terão tratamento baseados nas evidências científicas.
- Excelente e essencial
- Campanha interessante e bastante válida, tendo em vista a prática médica atual muito dependente de exames cada vez mais sofisticados, caros e pouco acessíveis.

CATEGORIZAÇÃO PRÉ DEFINIDA PARA AS RESPOSTAS DA QUESTÃO: qual a sua opinião sobre a campanha *Choosing Wisely*?

1) Princípio da prioridade do bem-estar do paciente.

Este princípio é baseado na dedicação em atender às necessidades do paciente. O altruísmo contribui para a relação médico-paciente. Forças do mercado, pressões sociais e exigências administrativas não podem comprometer este princípio.

2) Princípio da autonomia do paciente

Médicos devem ter respeito pela autonomia do paciente. Médicos devem ser honestos com seus pacientes e empoderá-los para que tomem decisões conscientes sobre seu tratamento.

3) Princípio da justiça social

O profissional médico deve promover a justiça no sistema de cuidado da saúde, incluindo a distribuição justa de recursos da saúde. Médicos devem trabalhar ativamente para eliminar a discriminação no cuidado da saúde, seja ela decorrente de raça, gênero, situação econômica, religião, etnia ou qualquer outra categoria social.

Residente	QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE A CAMPANHA <i>CHOOSING WISELY</i> ?*	PRINCÍPIO
R1	Muito boa, desafiadora, mas bastante coerente	Positiva
R2	Importante para a formação de estudantes e residentes, além de interferir positivamente no serviço.	Positiva
R3	Extremamente importante para a realização de uma medicina de qualidade associado a sustentabilidade do sus	Justiça Social
R4	Permite refletir sobre a atuação do agente de saúde (médico) de forma responsável - solicitar exames; prescrever medicamentos ; seguimento do paciente.	Justiça Social
R5	Campanha interessante e bastante válida, tendo em vista a prática médica atual muito dependente de exames cada vez mais sofisticados, caros e pouco acessíveis.	Justiça Social
R6	Acredito ser uma iniciativa de extrema importância na tentativa de redução não só de custos mas de iatrogenias com os pacientes.	Bem estar do paciente
R7	Uma prática essencial na tomada de decisões médicas	Positiva
R8	Muito positiva e que busca a orientação sobre a tomada de decisões conscientes e racionais para o bem estar do paciente e do serviço de saúde.	Bem estar do paciente Justiça Social
R9	Necessária, visando beneficiar principalmente os pacientes, que serão menos "invadidos" e terão tratamentos baseados nas evidências científicas.	Bem estar do paciente
R10	Excelente iniciativa na melhora do cuidado com os pacientes e na busca de tratamento de excelência com redução de iatrogenia e redução de custos	Bem estar do paciente
R11	Campanha muito importante que visa o melhor do paciente, evitando procedimentos desnecessários. Assim, beneficiamos também o sistema público de saúde, diminuindo os gastos.	Bem estar do paciente e Justiça Social
R12	Acho muito boa em diversos pontos: direcionamento dos custos em saúde por exames/atendimentos/internamentos/medicações pra quem realmente precisa, cuidado para evitar iatrogenia, cuidado com efeito adversos de atitudes desnecessárias.	Justiça Social e Bem estar do paciente
R13	Acho excelente, pois o medico tem a oportunidade de pensar de maneira mais custo efetiva, visando não só o melhor para o manejo	Justiça Social

	do paciente quanto o melhor para o serviço de saúde.	
R14	Concordo com a campanha, pois a mesma defende o uso racional dos meios diagnósticos e terapêuticos, considerando a medicina baseada em evidências, sem gastos desnecessários ao serviço de saúde e evitando qualquer malefício ao paciente.	Justiça Social Bem estar do paciente
R15	É importante a conscientização da equipe médica sobre os benefícios de uma medicina mais objetiva, sem exames complementares desnecessários que não modificam a terapêutica e que não exponham o paciente a riscos.	Bem estar do paciente
R16	Muito importante para melhorarmos a assistência em saúde, beneficiando, antes de qualquer coisa, o paciente.	Bem estar do paciente
R17	Importante para diminuir custos, tempo e aumentar eficácia e funcionalidade de forma racional a terapêutica pontual e longitudinal do doente.	Bem estar do paciente
R18	Uma importante campanha que traz uma perspectiva de coerência valorizando a clínica e o conhecimento baseado em evidência implicando, de fato, em condutas mais conscientes.	Positiva
R19	Considero de extrema importância no impacto da qualidade da assistência prestado aos pacientes, por otimizar os gastos com a saúde.	Bem estar do paciente
R20	É uma excelente campanha. Notei que após a campanha é muito mais frequente a discussão custo benefício de determinada conduta médica.	Bem estar do paciente
R21	Considero- a importantíssima, visto que faz parte de um princípio básico da Medicina, o da não maleficência, porém certamente também bastante difícil de ser aplicada num contexto prático em uma população com baixo nível de instrução, que credita a exames complementares a solução para tantos de seus problemas?(Autonomia de forma negativa)	Bem estar do paciente
R22	Acredito ser uma campanha de extrema importância, pois vivemos na era dos exames complementares. Assistimos todos os dias os pacientes sendo expostos a exames desnecessários e sem indicação. Por isso, precisamos trabalhar para conscientização da classe médica.	Bem estar do paciente
R23		
R24	Excelente e essencial.	Positiva

Apêndice J - Categorias oriundas do grupo focal com recorte de falas

1ª Pergunta: Qual a importância da campanha CW na vida profissional de vocês?

1ª CATEGORIA da 1ª questão	Recortes das Falas
<p>Perspectiva individual de mudança na conduta profissional custo consciente</p>	<p>[...] foi interessante pra mim no sentido da gente ver a real necessidade daquele exame, daquele tratamento que a gente estava fazendo para o paciente. [...] Fora que diminuiu custos e permite que esses custos sejam alocados pra o que realmente necessitam e realmente importa dentro do sistema de saúde.</p>
	<p>Então, desde do início a gente vem aprendendo a agir dessa forma a pedir apenas os exames necessários, apenas medicações necessárias.</p>
	<p>[...] eu acho que veio a somar nessa fase de aprendizado da gente [...] e transformar o profissional... que está todo mundo aqui querendo ser um profissional melhor, com mais experiência clínica com mais conhecimento, e veio a somar pra fazer esse sonho da gente de um profissional melhor mais crítico.</p>
	<p>[...] importante é que a gente aprendeu a se questionar, e com isso acho que todo mundo tem feito menos iatrogenia, acho que não tomar condutas pacotes padrão.</p>
	<p>[...] a gente tem mesmo que se preparar mais, estudar cada vez mais, é o que todo mundo falou, é uma campanha que veio pra somar nas nossas vidas e eu acredito que vai somar pra toda a sociedade mesmo.</p>
	<p>Acho que faz a gente ficar até mais atualizado, pra ter mais argumentos pra usar [...] estimula a gente estudar mais [...].</p>
	<p>[...] importante o reconhecimento técnico para poder usar como argumento na hora de tomar conduta, se guiar, saber de maneira clara o que é que precisa de verdade que vai complementar minha conduta, e o que não vai complementar [...]. Pra isso tem que ter bagagem, tem que ter estudo [...].</p>
	<p>[...] discussões clínicas, [...] sempre foi pontuado pra a gente</p>

	<p>essa questão de raciocinar sobre o que pedir, sobre o que era mais importante, então isso a gente já tem desde a nossa formação vai ajudando claro a gente a pensar melhor, até quando a gente trabalha fora [...]</p>
	<p>[...] essa mudança de conduta, de solicitar exames desnecessários. [...] isso foi muito claro, porque assim, eu tive a experiência de rodar como interna duas vezes e rodei como residente. Então, você vê a mudança dos mesmos preceptores que, às vezes, talvez pediram... agiriam de outra maneira, e agora mudaram um pouco a forma de pensar de agir, e até do início da residência pra agora a gente tem essa percepção também.</p>
	<p>[...] achei bem importante na prática clínica. A gente coloca bem em prática, usa muito a campanha “Choosing Wisely. Estimula bastante o estudo. É uma atualização para a gente [...] se munir de argumento para contra argumentar, não só com o paciente, com os genitores e usar com os colegas também que, acabam tomando conduta às vezes diferente[...].</p>
	<p>[...]diminui o custo do uso do medicamento desnecessário, e também do uso de exame. Então assim, é o tipo da coisa que dá um norte para a gente; para dar um pouco mais de consciência, um pouco mais de clareza naquela conduta que a gente está tomando, e até pra ter mais base mesmo, [...] pra explicar mais para as mães, para os pais... tentar deixar eles um pouco mais tranquilos.</p>
<p>2ª CATEGORIA da 1ª questão</p>	<p>Recortes das Falas</p>
<p>Autonomia e pensamento crítico sobre a conduta custo consciente</p>	<p>[...]a campanha <i>Choosing Wisely</i> se baseia para a gente definir conduta, e a gente não percebe, mas é muito evidente que a gente diminuiu o tempo de tratamento e de condução do paciente,</p> <p>[...] acredito que tenha mudado, como todo mundo já falou, quais exames realmente são necessários, essa medicação é</p>

	necessária ou não? [...] pelo menos eu me questiono mais [...] cada paciente é diferente, e tem esse aqui, tem esse aqui... realmente eu vou precisar de todos esses exames?
	[...] a partir do momento que entrou na nossa formação, nosso pensamento hoje já é crítico pra... voltado pra cada criança, então, a partir do momento que você atende um paciente ou no Roberto Santos ou no hospital particular, ou na outra emergência qualquer, ou em qualquer outro lugar, no ambulatório... você vai pensar criticamente.
	[...]eu achei que alguns pediatras gerais também ficaram indesejáveis com algumas condutas [...]. Mas em alguns momentos eu me coloquei: não professora, eu acho que não devia ser assim, não acho que precisa esse exame não, e às vezes... pessoalmente o que eu fazia era tentar encontrar justificativa, o respaldo pra o que eu queria.

2ª Questão: O que vocês consideraram de estratégias importantes que foram utilizadas durante campanha *Choosing Wisely*?

1ª CATEGORIA da 2ª Questão	Recortes das Falas
INTERVENÇÃO NA CONDOTA MÉDICA	[...] discussões clínicas, [...] sempre foi pontuado pra a gente essa questão de raciocinar sobre o que pedir, sobre o que era mais importante, então isso a gente já tem desde a nossa formação; vai ajudando, claro, a gente a pensar melhor, até quando a gente trabalha fora [...]
	[...] essa mudança de conduta, de solicitar exames desnecessários, de coleta de exames laboratoriais desnecessários, isso foi muito claro, porque assim, eu tive a experiência de rodar como interna duas vezes e rodei como residente então, você vê a mudança dos mesmos preceptores que às vezes talvez pediram... agiriam de outra maneira, e agora mudaram um pouco a forma de pensar de agir, e até do

	início da residência pra agora a gente tem essa percepção também.
	[...]ajudar que as pessoas aceitem a nossa conduta porque a gente tá chegando jovem no mercado, com a conduta que é diferente do que todo mundo está acostumado, a gente tem o preconceito da idade e o preconceito de ser diferente então é importante que as pessoas entendam que o que a gente tá fazendo é legítimo que a gente não tá inventando, tem um fundamento...
	[...] quando você recebe um paciente na emergência, e ele fala assim: “Doutora meu pediatra mandou eu vir aqui pra poder passar um xarope” ai como é que você fala que não vai ter uma conduta que o médico da vida inteira dela mandou você tomar entendeu?
	A gente vive uma nova era na sociedade em que os médicos têm mais informação, mas os pacientes também, então, a gente é cobrado de outras formas – ah, e o diagnóstico é clínico mesmo, não tem nenhum exame para comprovar o que você está falando? Ah, mas e não vai fazer nada mesmo, a senhora tem certeza que é isso? Ah, escreve o nome da doença para eu procurar quando eu chegar lá em casa.”
2ª CATEGORIA da 2ª questão	Recorte das Falas
ATUAÇÃO DO PRECEPTOR	[...]o melhor, é ver o nosso preceptor trazendo esse assunto pra nós, diz assim: por que que você vai pedir, pra quê? Pensando tecnicamente precisa? Você sabe qual é o valor dessa medicação? Trazer situações que a gente nos perguntaria, sim?! não?! Ficava se perguntando, então quando traz essa pergunta para a gente, a gente vai ver o custo, a gente vai ver o custo benefício, a gente vai avaliar se aquele paciente vai poder tomar aquela medicação, quando a gente bota na balança e vê o que que é melhor, mas de estratégia é ver alguém mais experiente trazendo isso pra nós.

	<p>[...] experiência conta muito, então é muito isso mesmo, do professor da gente estar orientando uma conduta que para a gente que está começando agora tem uma segurança [...] dá vontade de pedir aquele examezinho, mas se o professor falar, não peça porque o diagnóstico é esse, não tenho a menor dúvida; em 48h o menino sai do quadro clínico.</p>
	<p>[...]tem preceptores que têm uma conduta de estimular a gente a aplicar isso, e já chegou ao ponto disso ser tão conversado, respaldado e repetido na enfermaria, que chegou ao ponto da gente passar para alguns preceptores que não era pra ser assim, que a gente não concorda [...] a gente repassar e falar não professor, não tem que ser desse jeito.</p>
	<p>[...] tem um preceptor que trabalha nessa linha, tem os que vão sendo contaminados a partir do momento que vai vendo que está todo mundo trabalhando naquela linha acaba adotando também;</p>
	<p>[...] assim, é mais difícil você chegar já formado, as vezes a gente tem cinco, seis anos de formação e que já enraizou, então é difícil você convencer [...] a formação dele se estruturou enquanto profissional [...] daquela forma. É difícil mudar uma mente desse jeito, demora um pouco mais [...]. Então se você trabalha isso desde cedo, desde base, eu acho que fica mais fácil [...]. Então, a gente precisa trabalhar mais com os estudantes, a gente tem um processo melhor, o resultado vai ser melhor.</p>

3ª Questão: O que poderia ser melhor na campanha?

1ª CATEGORIA da 3ª Questão	Recortes das Falas
	<p>[...] trazer essa estratégia também não só pra a pediatria, como aquele estudante que vai formar pra fazer clínica geral, pra fazer outras especialidades, e pra passar isso adiante também né, como outros profissionais também, tinha fono,</p>

Participação de outras áreas e categorias profissionais	psicólogo, enfermeiro, nas visitas multidisciplinares e toda vez isso era trazido, porque é que foi pedido né, e precisa realmente ser pedido, então acho que...
	[...] a partir do momento que todo mundo começa trabalhar de uma determinada maneira, residentes, os outros preceptores , isso vai fazendo um efeito em cascata e vai contaminando todo mundo, mas é um trabalho de formiguinha, aos poucos a gente vai conseguindo ver, mas lá no serviço deu pra ver isso muito claro.
	[...] então eu acho que o que seria necessário [...] fazer esse mesmo processo com os outros profissionais, [...] pra quando virar médico...
	[...] uma coisa que talvez deveria é você trabalhar mais com os estudantes, sejam eles de medicina, de enfermagem, de fisioterapia [...] então, a gente precisa trabalhar mais com os estudantes, a gente tem um processo melhor, o resultado vai ser melhor.
	[...] é bom também conversar com os especialistas...
2ª CATEGORIA da 3ª questão	Recorte das Falas
EDUCAÇÃO PERMANENTE	[...] acho que na estratégia tem que tentar rever mais números de pessoas, de uma equipe multiprofissional, acho que talvez, palestras assim abordando o tema, para mais pessoas terem mais conhecimento do que se trata, de ter uma abrangência a coisas novas.
	Sempre os profissionais pedem muitos exames, xaropes... várias coisas que a gente não concorda; como elas são mais antigas, já adotam essa conduta e acham que a gente que está chegando agora, ficam dando pitaco, que está errado entendeu? Então, seria interessante essa questão de atualizar os profissionais.

	<p>[...] acho que a atualização de conteúdo mesmo, porque o que mais é aplicável, é ter segurança e ter conhecimento, se você tem experiência clínica e tem de conhecimento...</p>
	<p>[...]discutir esse raciocínio, essa ideia que traz o programa né, acho que é aprender a raciocinar dessa maneira, acho que pode criar uma estratégia em larga escala.</p>
	<p>[...]ver na prática a campanha dando certo, você tendo discursões teóricas com base científica do que é que você deve fazer, você vê uma pessoa que tenha mais experiência aplicando e dando certo, e isso aí pra mim gerou aquela questão do espelho, você prova com o estudo, com a parte científica e você prova na prática que as coisas dão certo e funcionam,</p>
<p>3ª CATEGORIA da 3ª questão</p>	<p>Recorte das Falas</p>
<p>DIVULGAÇÃO</p>	<p>Talvez divulgar essa estratégia para outros profissionais, outros chefes de serviço, talvez surta efeito assim, sabe!?</p>
	<p>[...] se acha que é divulgar, pra que as pessoas se interessem e possam ser atualizado, tem muita gente que nem sabe que a campanha existe, que a campanha vem pra tá mudando o raciocino, está mudando a conscientização.</p>
	<p>[...] tem um banner[...] dizendo alguns exames desnecessários, isso para o serviço é importante, mas talvez não traga a consciência naquele profissional que está lendo [...] porque eu acho que a campanha traz mais é o pensamento, é a mudança de pensamento na condução do quadro clínico.</p>
	<p>Acho que eu não investiria nos banners na forma que foi feita, o banner eu acho que ficou lá, mas como um lembrete, mas eu acho que na prática o que fez mais diferença pra a gente foi o exemplo, não foi a campanha de imagem que foi feita foi o exemplo das pessoas, eu acho que o banner não teve tanto impacto na situação, foi o exemplo.</p>

Apêndice K – Artigo submetido - Pediatrics Preceptory in The Active Process of Choosing Wisely Campaign

17/05/2019

Gmail - Manuscript submitted - MED-2019-0584



Lívia Fonsêca

[<liviaacd2019@gmail.com>](mailto:liviaacd2019@gmail.com)

Manuscript submitted - MED-2019-0584

Iris Poessé <onbehalf@manuscriptcentral.com>

28 de abril de 2019 21:40

Responder a: medoffice@wiley.com

Para: liviaacd2019@gmail.com, liliane.lins@ufba.br, lkusterer@gmail.com, carolinaaguilar@bahiana.edu.br, martasilvamenezes@gmail.com

Dear Dr. Silva Menezes

Thank you for submitting your manuscript to Medical Education.

You can follow the progress of your paper through the system by logging in to the author centre on the <https://mc.manuscriptcentral.com/medicaleducation> website. We aim to provide you with a first decision within 12 weeks of submission, with the exception of submitted papers for the Really Good Stuff section. Decisions on papers submitted for the Really Good Stuff section will be made within approximately 10-12 weeks of the submission deadline for that section.

Any enquiries should be made to medoffice@wiley.com, and the manuscript reference number, MED-2019-0584 should be included to facilitate a quick response.

If you have any feedback about the submission process you just completed please each out to the editorial office. Yours sincerely

Iris Poesse

Medical Education

Editorial Office

<https://mc.manuscriptcentral.com/medicaleducation>

PEDIATRICS PRECEPTORY IN THE ACTIVE PROCESS OF *CHOOSING WISELY* CAMPAIGN

What problem was addressed?

High-value cost-conscious care involves medical professionalism principles, like accountability, and social justice, prioritizing patients' well-being and respecting their autonomy (1). In 2012, the American Board of Internal Medicine (ABIM) formally launched the *Choosing Wisely* Campaign (CW), aiming to increase communication between physician and patients, and to spread knowledge about unnecessary medical practices. Reducing healthcare waste, while maintaining the quality of care, requires interventions targeting physician. Medical training should take into account the risks and benefits of healthcare practices, and financial resources limitations. The complex dynamics of healthcare in pediatrics, including the parents, are essential to cost-conscious care in health. This dynamics has lead us to choose training preceptors and residents in pediatrics in order to apply the CW campaign in this study.

What was tried?

In May 2017, we adopted the CW campaign at the pediatric residence in a tertiary hospital, developing a list of recommendations. Thirteen Pediatrics preceptors answered to an online questionnaire on Survey Monkey platform, indicating three frequent unnecessary practice in Pediatric, not supported by evidence and that might expose patients to harm. By using the Delphi technique, we grouped recommendations and adjusted them to the CW format. We sent recommendations back to preceptors, and discussed all items using a panel of suggestions. We applied the developed list to preceptors one more time, using a Likert-type scale to identify the relevance of the items and identified the top five recommendations from the CW list. From May 2017 to March 2018, 22 residents in pediatrics have shared the study. All residents participated of the CW campaign, and evaluated the perception of residents about the cost-conscious behavior of their preceptors before and after the campaign. We installed banners with the top five recommendations in all sectors of pediatric practice, and conducted workshops addressing the CW top five recommendations. Recommendations were incorporated into residence clinical discussions. At the end of the residence period, we conducted a focus group technique to identify the residents' perception of the impact of the campaign on their professional training. We transcribed the participants' contribution and submitted them to qualitative analysis.

What lessons were learned?

Developing the recommendations in pediatrics by the preceptors allowed the identification of frequent overused practices not supported by evidence, and, at the same time it was a physician target intervention. Residents' perception of their preceptors' cost-conscious behavior and focus groups measured the impact of CW Campaign. We observed increasing of perception of residents in the cost-conscious behavior of their preceptors¹. The cost-conscious mean increased from 2.9 ± 0.48 to 3.34 ± 0.42 ($p < 0.0001$). The focus groups identified two main themes: the perspective of change in cost-conscious professional conduct, and the importance of critical physician thinking on cost-conscious behavior. The impossibility of evaluating whether there was a reduction in the prescription of unnecessary exams in the hospital service represents a limitation of the study. It is important to continue

the CW campaign, aiming to reach better physician professionalism, increasing patient knowledge about overuse and reducing unnecessary medical conducts.

1. Hunderfund, A. N. L., Dyrbye, L. N., Starr, S. R., Mandrekar, J., Naessens, J. M., Tilburt, J. C., ... Reed, D. A. (2017). Role Modeling and Regional Health Care Intensity: U.S. Medical Student Attitudes Toward and Experiences with Cost-Conscious Care. *Academic Medicine*, 92(5), 694-702

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de percepção da atitude custo consciente (Aplicado antes e depois da intervenção)

CHOOSING WISELY RESIDENTES 2018.2

O objetivo desse questionário é avaliar a percepção do residente de pediatria, quanto às atitudes de custo-consciência, barreiras que dificultam a sua aplicação e consequências decorrentes dessas atitudes, após estratégias de implantação do CW na pediatria do HGRS. Nos estudos custo-efetividade, as consequências em saúde são aferidas em uma unidade natural de benefício clínico, como por exemplo, anos de vida salvos, número de eventos evitados, número de mmHg reduzidos na pressão arterial. Entende-se por atitudes custo-conscientes aquelas que não levam a um uso exagerado dos recursos de saúde de maneira desnecessária, envolve uma reflexão sobre o custo das condutas médicas (seja esse custo financeiro ou não) em relação ao objetivo/benefício a ser alcançado.

Caso você aceite participar do estudo, leia o TCLE e a sua resposta ao questionário será considerada como concordância de participar do estudo (não sendo necessário enviar o TCLE assinado).

1. NOME

2. IDADE

3. SEXO

4. VOCÊ CONHECE A CAMPANHA CHOOSING WISELY? CASO POSITIVO, QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE ESTA CAMPANHA?

5. NA SUA OPINIÃO OS MÉDICOS DEVEM.....

	Concordo		Discordo	
	Concordo fortemente	moderadamente	moderadamente	Discordo fortemente
Tentar não pensar sobre o custo para o sistema de saúde quando tomar decisões terapêuticas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar cientes dos custos dos exames ou tratamentos que são recomendados por ele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conversar com os pacientes sobre os custos ao discutir opções de tratamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mudar a sua prática clínica (por exemplo: solicitação de exames, prescrição) caso percebam que seus colegas estejam atuando de forma mais custo-consciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter um papel mais importante na limitação de uso de exames desnecessários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atender aos pedidos de exames ou tratamentos solicitados pelo paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Na(s) instituições onde trabalho...

	Concordo		Discordo	
	Concordo fortemente	moderadamente	moderadamente	Discordo fortemente
A cultura organizacional do serviço de saúde torna difícil para os médicos abordarem os custos em cuidados de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Indique o quanto você concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações:

	Concordo fortemente	Concordo moderadamente	Discordo moderadamente	Discordo fortemente
As práticas clínicas do médico (solicitação de exames, prescrição), são elementos chave dos altos custos em cuidados de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O médico deve considerar o custo para a sociedade antes de decidir usar ou não determinada intervenção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dados de custo-efetividade devem ser usados para determinar quais tratamentos serão oferecidos aos pacientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pacientes ficarão menos satisfeitos com o cuidado de médicos que discutam custos ao escolher exames ou tratamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicos são muito ocupados para se preocupar com os custos de exames ou procedimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É mais fácil solicitar um exame do que explicar ao paciente porque aquele exame não é necessário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tentar conter custos é uma responsabilidade de todo médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastar mais dinheiro na saúde leva a melhores resultados em saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A prática de cuidado custo-consciente vai debilitar a confiança do paciente nos médicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Concordo fortemente	Concordo moderadamente	Discordo moderadamente	Discordo fortemente
Pedir menos exames e procedimentos irá aumentar os riscos de processos por negligência médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O custo de um exame ou medicamento só é importante se o paciente tiver de pagar por isso do próprio bolso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É possível gerenciar os recursos de cuidados de saúde e ao mesmo tempo atender as necessidades individuais de cada paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eliminar exames e procedimentos desnecessários vai aumentar a segurança do paciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É fácil para o médico saber quanto custam exames e/ou procedimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É injusto pedir aos médicos que tenham mais consciência dos custos e ainda assim manter o bem estar dos pacientes em primeiro lugar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Ao responder os pontos abordados acima, na sua percepção, qual foi a sua principal fonte de informação?

Vivência como profissional da medicina

Informação da literatura

Outro (especifique) - Comente.

9. Além dos pontos abordados neste questionário, você sugere outros aspectos que podem influenciar no custo-consciência na área de saúde?

10. Algum ponto abordado no questionário não ficou claro?

Sim

Não

Qual?

Anexo B - Questionário *Role-Modeling* (Aplicado antes e depois da intervenção)

O objetivo desse questionário é entender a influência envolvendo o "role-modeling", ou seja o comportamento de um preceptor na formação custo consciente do residente de pediatria.

Nos estudos custo-efetividade, as consequências em saúde são aferidas em uma unidade natural de benefício clínico, como por exemplo, anos de vida salvos, número de eventos evitados, número de mmHg reduzidos na pressão arterial. Entende-se por atitudes custo-conscientes aquelas que não levam a um uso exagerado dos recursos de saúde de maneira desnecessária, envolve uma reflexão sobre o custo das condutas médicas (seja esse custo financeiro ou não) em relação ao objetivo/benefício a ser alcançado.

Caso você aceite participar do estudo, leia o TCLE e a sua resposta ao questionário será considerada com o concordância da participação (não sendo necessário enviar o TCLE assinado).

1. Nome

2. Idade

3. Sexo

4. Na sua ação como residente de pediatria do Hospital Geral Roberto Santos com que frequência você observou o preceptor.....

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

	Nunca	Raramente (1 a 2 vezes)	Às vezes (3 a 5 vezes)	Frequentemente (> 5 vezes)
Encaminhar um paciente a um especialista por vontade do paciente, mesmo quando o médico acredita que isso não seja necessário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescrever um medicamento de marca por pedido do paciente mesmo havendo genéricos equivalentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solicitar um exame ou tratamento mais caro porque o paciente pediu, mesmo que o benefício potencial oferecido seja pequeno se comparado a alternativas menos caras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solicitar vários exames de uma vez, ao invés de primeiro esperar para ver os resultados dos exames de rastreio (<i>screening</i>) primeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Repetir exames em vez de tentar obter exames realizados recentemente (por exemplo: solicitando que o paciente traga resultados realizados em outros serviços).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explicar ao paciente porque um determinado teste diagnóstico não é necessário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discutir custos de cuidados em saúde com estudantes ou outros membros da equipe de saúde ao se tomar as decisões no cuidado com o paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Raramente (1 a 2 vezes)	Às vezes (3 a 5 vezes)	Frequentemente (> 5 vezes)
Pedir a um estudante, residente ou outro membro da equipe de saúde que explique (ao paciente ou a equipe) como o resultado daquele exame diagnóstico irá interferir na conduta médica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Advertir um estudante ou residente por não solicitar/sugerir exames laboratoriais diários de rotina em pacientes hospitalizados estáveis clinicamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elogiar um estudante ou residente por solicitar/sugerir uma investigação diagnóstica mais custo-efetiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apontar exemplos de desperdício no sistema de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1. Agora você pode contribuir com sugestões ou comentários.

Anexo C - Certificados de trabalhos apresentados no Congresso Brasileiro de Pediatria e Menção Honrosa



38º Congresso Brasileiro de Pediatria

Certificado

Certificamos que

LÍVIA SANTANA, DILTON MENDONÇA, LEILA CARNEIRO, MAYARA SILVA, RINALDO BARROS, MARÍLIA GUSMÃO, CAROLINA AGUIAR, MARTA MENEZES, ANA MARICE LADEIA, LUIS CLÁUDIO CORREIA

Participou(aram) do 38º Congresso Brasileiro de Pediatria, realizado de 10 a 14 de outubro de 2017, em Fortaleza - CE.

Na qualidade de autor(es) do Trabalho Científico: **PERCEPÇÃO DO RESIDENTE DE PEDIATRIA SOBRE O PAPEL DO PRECEPTOR NA FORMAÇÃO CUSTO CONSCIÊNCIA EM SAÚDE.**

Fortaleza, 14 de outubro de 2017.



Luciana Rodrigues Silva
Luciana Rodrigues Silva
Presidente da SBP

Maria Francisclze Lavor
Maria Francisclze Lavor
Presidente da SOCEP

Anamária Cavalcante e Silva
Anamária Cavalcante e Silva
Presidente do 38. CBP




38º Congresso Brasileiro de Pediatria

Certificado

Certificamos que

LIVIA SANTANA, DILTON MENDONÇA, LEILA CARNEIRO, MAYARA SILVA, RINALDO BARROS, MARÍLIA GUSMÃO, CAROLINA AGUIAR, MARTA MENEZES, ANA MARICE LADEIA, LUIS CLÁUDIO CORREIA

Participou(aram) do 38º Congresso Brasileiro de Pediatria, realizado de 10 a 14 de outubro de 2017, em Fortaleza - CE.

Na qualidade de autor(es) do Trabalho Científico: **PERCEPÇÃO DA ATITUDE CUSTO CONSCIÊNCIA EM SAÚDE POR RESIDENTES DE PEDIATRIA**

Fortaleza, 14 de outubro de 2017.



Luciana Rodrigues Silva
Luciana Rodrigues Silva
Presidente da SBP

Maria Francisclze Lavor
Maria Francisclze Lavor
Presidente da SOCEP

Anamária Cavalcante e Silva
Anamária Cavalcante e Silva
Presidente do 38. CBP



Anexo D – Trabalho de TCC orientado**JULIANA SANTANA MONTALVÃO GALLIZA****CHOOSING WISELY NA RESIDÊNCIA MÉDICA: CONSTRUÇÃO DA LISTA DE
PEDIATRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para aprovação no quarto ano do curso.

Orientadora: Prof^a. Lívia Fonseca da Silva C. A. Santana
Coorientador: Prof. Dilton Rodrigues Mendonça

Salvador-BA

2018

RESUMO

GALLIZA, JSM. *Choosing Wisely* na Residência Médica: construção da lista de Pediatria (monografia). Bahia. Escola de Medicina, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Bahia, 2018.

Introdução: A Campanha *Choosing Wisely* (CW) surgiu com o objetivo de promover o diálogo entre médicos e pacientes sobre condutas desnecessárias. Em 2013, a Sociedade Americana de Pediatria elaborou a primeira lista de práticas frequentes excessivas e sem evidência científica. **Objetivo:** Elaborar uma lista com cinco práticas médicas cotidianas na área de Pediatria baseada em custo consciência. **Métodos:** Utilizando a técnica Delphi, em um estudo descritivo, treze preceptores de Pediatria responderam a um questionário enviado via on-line utilizando o *software* SurveyMonkey, encaminhando 3 situações frequentes da prática médica diária consideradas desnecessárias. As proposições foram agrupadas por frequência e feitas adequações à linguagem da CW, sendo reenviadas ao painel para sugestões. Posteriormente, Aplicando a escala de Likert foram escolhidas as principais proposições. **Resultados:** Das 18 proposições iniciais, oito tiveram concordância de 100% dos preceptores, destacando-se entre estas: não solicite exames laboratoriais com periodicidade pré-estabelecida em crianças internadas com boa evolução clínica; não solicite radiografia de tórax para crianças com crise aguda de asma não grave sem evidências de complicações; não prescreva excesso de líquidos por via endovenosa em crianças internadas; não prescreva antihistamínicos para crianças com rino-faringite e/ou tosse sem uma história muito clara de rinite alérgica; não prescreva broncodilatador para tratamento de pneumonia sem broncoobstrução. Foram excluídas as proposições repetidas e sem respaldo científico. **Conclusões:** Com a metodologia utilizada foi possível construir a lista de Pediatria, bem como identificar o pouco conhecimento dos preceptores de residência estudados quanto ao tema da campanha CW.

Palavras-chave: Residência Médica. Pediatria. Lista. Conscientização.