



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

Lucca Oliveira Soares Pinto

**BARREIRAS ENCONTRADAS POR MÉDICOS PEDIATRAS AO
ADOTAR ATITUDES DE CUSTO-CONSCIÊNCIA NA EMERGÊNCIA DE
HOSPITAIS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE SALVADOR**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

SALVADOR - BA

2023

Lucca Oliveira Soares Pinto

**BARREIRAS ENCONTRADAS POR MÉDICOS PEDIATRAS AO
ADOTAR ATITUDES DE CUSTO-CONSCIÊNCIA NA EMERGÊNCIA DE
HOSPITAIS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE SALVADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina da Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública como requisito para
aprovação parcial no 4º ano do curso de
Medicina.

Orientador: Prof., Dilton Rodrigues
Mendonça

Coorientador: Prof^ª. Carolina Vila Nova
Aguiar

SALVADOR - BA

2023

RESUMO

Introdução: na medicina ocorreram avanços tecnológicos que resultaram na melhoria da qualidade do cuidado, porém os médicos passaram a usar excessivamente os instrumentos diagnósticos, transformando em um problema de saúde pública, visto que muitos desses não são benéficos para o paciente. Apesar das iniciativas das campanhas como a Choosing Wisely em alertar para a sobreutilização de recursos em saúde, essas atitudes de conscientização dos médicos, por si só, não são suficientes, visto que há barreiras intrínsecas e extrínsecas que os impedem de adotar uma atitude custo-consciência. **Objetivos:** descrever a percepção de pediatras de hospitais da rede pública e privada quanto as barreiras enfrentadas ao adotarem atitudes custo-consciência na emergência. **Metodologia:** estudo primário e observacional, com médicos pediatras dos serviços de emergência dos hospitais da rede pública e privada de Salvador (Bahia). Foram realizados dois grupos focais em encontros on-line através da plataforma “Zoom”. Os grupos focais foram conduzidos pelos pesquisadores, com um moderador para facilitar a dinâmica. Após rápida introdução do tema, o moderador abriu espaço para escuta individual de cada participante sobre as barreiras encontradas para adoção de atitudes custo-consciência na emergência, sendo oferecido um tempo de resposta para cada participante e posterior interação do grupo. Os conteúdos abordados em cada grupo focal foram transcritos e posteriormente submetidos a análise de conteúdo temática. **Resultados:** O número de participantes foi de 8 no grupo da rede pública, provenientes de dois hospitais e tempo de experiência na emergência de 9 anos. No grupo da rede privada participaram 10 médicos, provenientes de quatro hospitais e tempo de experiência em emergência de 16 anos. A partir dos relatos dos participantes foi possível classificar as principais barreiras percebidas pelos médicos em macrocategorais que foram relacionadas: a família; a administração da instituição de trabalho; a prática da medicina defensiva; a qualidade da educação médica; ao sistema de saúde e aos meios de tecnologia. **Conclusão:** Dentre as barreiras encontradas as mais citadas nos dois grupos foram a cobrança dos responsáveis para a realização de exames e a cobrança da instituição de trabalho. No grupo da rede privada, as maiores barreiras citadas foram a instituição de trabalho e a pressão dos familiares dos pacientes. No grupo da rede pública, por outro lado, as maiores barreiras foram: a qualidade de educação médica, tendo como principal causa a experiência ineficiente e a insegurança dos recém-formados na área de emergência e as relativas ao sistema de saúde.

Palavras chaves: Custo-benefício em saúde. Medicina de emergência. Tomada de decisão clínica. Pediatria.

ABSTRACT

Introduction: in medicine there have been technological advances that have resulted in improved quality of care, but doctors began to overuse diagnostic tools, turning into a public health problem, since many of these are not beneficial to the patient. Despite the initiatives of campaigns such as Choosing Wisely in alerting to the overuse of health resources, these awareness-raising attitudes of physicians alone are not sufficient, since there are intrinsic and extrinsic barriers that prevent them from adopting a cost-conscious attitude. **Objectives:** To describe the perception of pediatricians from public and private hospitals regarding the barriers they face when adopting cost-conscious attitudes in the emergency department. **Methodology:** primary and observational study, with pediatricians from the emergency services of public and private hospitals in Salvador (Bahia). Two focus groups were conducted in online meetings through the "Zoom" platform. The focus groups were conducted by the researchers, with a moderator to facilitate the dynamics. After a quick introduction of the theme, the moderator made room for individual listening to each participant about barriers to the adoption of cost-conscious attitudes in the emergency room. The contents addressed in each focus group were transcribed and subsequently subjected to thematic content analysis. **Results:** The number of participants was 8 in the public network group, coming from two hospitals and time of experience in emergency of 9 years. In the private network group, 10 physicians from four hospitals and 16 years of experience in the emergency department participated. From the participants' reports it was possible to classify the main barriers perceived by physicians in macrocategories that were related to: the family, the management of the work institution, the practice of defensive medicine, the quality of medical education, the health system and the means of technology. **Conclusion:** Among the barriers found, the most frequently mentioned in both groups were the demand from the people responsible for performing the exams and the demand from the work institution. In the private network group, the most frequently mentioned barriers were the work institution and pressure from the patients' relatives. In the public network group, on the other hand, the biggest barriers were: the quality of medical education, having as the main cause the inefficient experience and insecurity of new graduates in the emergency area and those related to the health system.

Key words: Cost-effectiveness in healthcare. Emergency medicine. Clinical decision making. Pediatrics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIM	<i>American Board of International Medicine</i>
CW	<i>Choosing Wisely</i>
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
NPA	<i>National Physicians Alliance</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	JUSTIFICATIVA.....	7
3	OBJETIVO.....	8
3.1	Primário	8
3.2	Secundários	8
4	REVISÃO DE LITERATURA	8
4.1	A iniciativa da campanha <i>Choosing Wisely</i>	8
4.2	Prática da Medicina Defensiva	10
5	MÉTODOS.....	12
5.1	Desenho do estudo	12
5.2	População-alvo e local de estudo.....	12
5.2.1	Critérios de inclusão.....	12
5.2.2	Critérios de exclusão	12
5.3	Operacionalização do estudo	12
5.4	Procedimentos de análise	13
5.5	Aspectos éticos:	14
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
6.1	Barreiras relacionadas à família.....	15
6.2	Barreiras relacionadas à administração da instituição de trabalho	18
6.3	Barreiras relacionadas a prática da medicina defensiva	19
6.4	Barreiras relacionadas à qualidade da formação do profissional.....	21
6.5	Barreiras relacionadas ao sistema de saúde	23
6.6	Outas barreiras	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERÊNCIAS	26
	APÊNDICE A – Glossário	30
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	35

1 INTRODUÇÃO

Na medicina, como em outras áreas do conhecimento, ocorreram avanços tecnológicos que resultaram na melhoria da qualidade do cuidado. Entretanto, junto com esse desenvolvimento, os médicos passaram a usar excessivamente os instrumentos diagnósticos, o que se transformou em um problema de saúde pública, visto que muitos desses procedimentos quando realizados não possuem contribuição clínica relevante para o paciente¹. Dessa forma, especialistas calculam que 10% a 30% dos gastos públicos em saúde nos Estados Unidos são desperdiçados com testes diagnósticos e uso de antibióticos de forma desnecessária².

Essas condutas são baseadas no pressuposto de "quanto mais, melhor", resultando na sobreutilização de procedimentos ("*overuse*"), podendo provocar maiores danos ao paciente do que benefícios³. A sobreutilização dos recursos em saúde causa prejuízos tanto para os pacientes, que se encontram expostos a tratamentos e testes prejudiciais a sua saúde, quanto ao sistema de saúde devido aos gastos desnecessários. Entretanto, isso vai além desses prejuízos que podem ser quantificados, ocasionando, também, danos psicológicos aos pacientes que passam a ser rotulados com diagnósticos de doenças que, na maioria das vezes, são crônicas e que poderiam não gerar maiores danos físicos ao indivíduo⁴.

Percebendo essa prática médica defensiva, em 2010, Howard Brody publicou o "Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform — The Top Five List", na qual propõe a construção da "Top Five list" que consiste em cinco testes diagnósticos e tratamentos que são comumente solicitados, mas, pelas evidências científicas, não possuem nenhum benefício para o paciente. Nesse mesmo ano de 2010, a National Physicians Alliance (NPA) criou o "Five Things", na qual publicou uma série de três etapas específicas para médicos de diversas especialidades promoverem um cuidado mais custo-efetivo. A partir desses movimentos, em 2012, a American Board of International Medicina (ABIM) criou a campanha Choosing Wisely^{5,6,7,8}.

A campanha "Choosing Wisely" (CW) é uma iniciativa da ABIM que visa incentivar a conversa entre médicos e os seus pacientes quanto ao sobreuso dos recursos em saúde, assim como, uma tentativa de iniciar uma prática médica mais consciente quanto aos custos e a efetividade de exames e tratamentos. Para isso, especialistas de cada área se reuniram para

realizar uma lista de "Things to Question", ou seja, condutas que são adotadas pelos médicos, mas que deveriam ser repensadas, estimulando a prática médica baseada em evidências⁹.

Dessa forma, devido a sua iniciativa inovadora, cada vez mais países estão se juntando a campanha CW na tentativa de combater o uso excessivo de recursos médicos¹⁰. Dentre esses países, encontra-se o Brasil que, a partir de 2015, tem o portal Proqualis como instrumento a fim de fomentar o movimento no país, havendo uma seção dedicada a "Escolha Inteligente" com o objetivo de disseminar a medicina baseada em evidências. Em 2015, a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) foi pioneira em implantar a campanha CW na graduação dos cursos de medicina, enfermagem e fisioterapia. O início do trabalho teve como objetivo sensibilizar os estudantes e professores sobre a campanha e as atitudes custo-conscientes em saúde^{11,12}.

Essa sobreutilização de exames diagnósticos tem ocorrido também entre os médicos da emergência pediátrica. Dessa forma, estudo realizado entre 1995 e 2003 demonstrou um aumento de 12.8% para 22.4% no uso de tomografias computadorizadas (TC) em casos de traumatismo cranioencefálico (TCE)¹³. Essa atitude não tem respaldo em evidências científicas, visto que, a grande maioria destes traumas são leves, não estando indicada a avaliação por imagem, além de que os malefícios são bem maiores que os benefícios⁶.

Dessa forma, é necessária uma avaliação criteriosa das razões do aumento da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos para pacientes pediátricos na emergência. Com isso, esse estudo procura questionar os motivos pelos quais os médicos tendem indicar excesso de exames, além de avaliar as barreiras de custo-consciência encontradas na sua atividade profissional na emergência.

2 JUSTIFICATIVA

Apesar das iniciativas das campanhas como a CW em combater a sobreutilização de recursos em saúde, essas atitudes de conscientização dos profissionais médicos, por si só, não são suficientes, visto que há barreiras intrínsecas e extrínsecas que impedem o médico a adotar uma atitude custo-benefício. Dessa forma, a disseminação da medicina baseada em evidências não é o bastante para impedir condutas inadequadas dos médicos, pois, ainda, é necessário o reconhecimento de possíveis barreiras que os impeça de adotarem tais medidas. Portanto, esse

estudo pretende reconhecer quais são os desafios enfrentados por pediatras que dificultam a adoção de atitudes custo-consciência na emergência.

3 OBJETIVO

3.1 Primário

Descrever a percepção de pediatras de hospitais da rede pública e privada de Salvador (Bahia) quanto as barreiras enfrentadas ao adotarem atitudes custo-consciência na emergência.

3.2 Secundários

Identificar as possíveis diferenças entre as barreiras enfrentadas por médicos pediatras de hospitais da rede pública e privada de Salvador (Bahia) ao adotarem atitudes custo-consciência na emergência.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A iniciativa da campanha *Choosing Wisely*

Com as mudanças experienciadas pela sociedade, como a globalização, o crescimento do mercado de trabalho e a explosão das novas tecnologias, ocorreram, também, mudanças na forma como a prática da medicina vem sendo realizada. Com isso, os médicos têm enfrentado diversos desafios em manter o seu compromisso de colocar o bem-estar dos pacientes na frente dos seus próprios interesses⁸.

Dessa forma, tem se presenciado cada vez mais a sobreutilização (“*Overuse*”) dos recursos em saúde, ou seja, há um excesso da oferta de tratamentos, diagnósticos e exames sem que haja evidências científicas sobre a eficácia do seu resultado no cuidado a saúde. Esse processo de “*Overuse*” que é subdividido em: “*Overdiagnosis*”, ou seja, a sobreutilização de procedimentos diagnósticos para condições que não irão causar sintomas ao longo da vida do paciente, e o “*Overtreatment*” que é a realização de processos terapêuticos que são pouco eficazes².

Em função das mudanças na medicina, ocorridas na prática médica foi publicado, em 2002, o “*Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*”. Esse projeto é uma associação da ABIM, “*American College of Physicians-American Society of Internal Medicine*” e “*European Federation of Internal Medicine*”, no qual são ressaltados os princípios do profissionalismo médico. Para que isso aconteça, essa carta enfatiza a importância e primazia do bem-estar dos pacientes, bem como a autonomia desses nas tomadas de decisões quanto a sua saúde e a necessidade de posicionamento dos médicos em defesa de um sistema de saúde igualitário e justo¹⁴.

Na tentativa de propor mudanças mais reflexivas, Howard Brody publicou o “*Medicine’s Ethical Responsibility for Health Care Reform — The Top Five List*”, no qual enfatizava a necessidade dos médicos de adotarem atitudes custo-consciência para que mudanças positivas sejam realizadas no sistema de saúde⁸. Desse modo, foi incentivado que cada especialidade publicasse uma lista de cinco tratamentos e exames que são realizados sem que haja comprovação científica dos seus benefícios para os pacientes. Seguindo os passos de Dr. Brody, a *National Physicians Association* publicou no mesmo ano o “*Five Things*”, no qual criou uma lista de três passos em que médicos de medicina interna, medicina da família e pediatria poderiam adotar medidas custo-consciência em sua prática diária¹⁵.

A partir de tais publicações, em 2012, a ABIM iniciou oficialmente a campanha *Choosing Wisely* através da publicação do “Top Five” de nove especialidades médicas. Essa campanha tem como princípio promover a discussão entre especialistas e pacientes quanto ao cuidado com a saúde, promovendo uma medicina baseada em evidências e focada na liderança e profissionalismo. Com o sucesso da campanha nos Estados Unidos, diversos países iniciaram o debate quanto a sobreutilização dos recursos em saúde, ocorrendo, em junho de 2014, a união desses na tentativa de compartilhar ensinamentos e progressos da campanha em seus territórios^{16,6}.

Na sequência, ainda no ano de 2014, o Canadá lançou a sua campanha “*Choosing Wisely Canada*”, dando início ao movimento que, atualmente, encontra-se em diversos países, incluindo Reino Unido, Japão, Holanda, Itália, entre outros, formando o “*Choosing Wisely International*”^{16,10}. Em março de 2015, o portal Proqualis se tornou um meio de disseminação da campanha no Brasil, tendo como protagonistas e pioneiras dessa ação a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade¹¹.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em 2015, decidiu realizar a implementação da campanha CW nos cursos de graduação de medicina, enfermagem e fisioterapia. Com isso, cada curso, seguindo os princípios da campanha, criou a sua lista de recomendações que foi compartilhada com os estudantes e professores promovendo uma sensibilização dos mesmos e professores em relação a tomada de decisões baseadas em evidências nos cuidados de saúde¹².

Assim, a campanha CW tem como fundamento a ideia de “*Less is More*”, ou seja, quanto menos recursos de saúde forem utilizados no cuidado com o paciente, maior será essa qualidade da atenção¹⁷. O objetivo não é só de diminuir os gastos e sim reduzir a sobreutilização de recursos em saúde com uma maior valorização da relação médico-paciente.

4.2 Prática da Medicina Defensiva

O sistema de saúde enfrenta três principais problemas quanto a garantia de um cuidado integral e de qualidade. Sendo esses, o “*Underuse*” (a inutilização de recursos em saúde que trariam benefícios aos pacientes), o “*Overuse*” (a utilização de procedimentos nos quais os malefícios superam os benefícios do seu uso) e o “*Misuse*” (quando ocorre complicações na utilização de um recurso em saúde, impedindo que os benefícios sejam maior que os malefícios do seu uso)³.

Atualmente, no entanto, percebe-se uma crescente utilização de exames e terapias sem que haja embasamento científico suficiente para justificar tais ações. Assim, calcula-se que 30% dos gastos dos sistemas de saúde nos Estados Unidos são desperdiçados devido a utilização inadequada de procedimentos diagnósticos¹⁸.

Esses dados se sustentam no fato de que médicos, com receio de processos legais, tendem a realizar procedimentos, testes ou encaminhamentos de forma inadequada ou, até mesmo, negar o atendimento de pacientes como forma de proteção legal. Com isso, surgiu o termo medicina defensiva que é uma tentativa de fazer frente às demandas legais do paciente, priorizando condutas diagnósticas e terapêuticas com o objetivo de evitar demandas nos tribunais^{19,20}.

Desse modo, ao invés de utilizar os meios diagnósticos de forma complementar à história e ao exame clínico, os médicos tendem a realizar tais procedimentos na tentativa de excluir uma doença, resultando muitas vezes no desprezo da comunicação com o paciente e da análise clínica. Esse exercício da medicina tem como objetivo evitar acusações de negligência ou omissão nos tribunais, mas, por outro lado, termina causando malefícios ao próprio paciente²⁰.

A preocupação em evitar processos legais, no entanto, não é a única razão da prática da medicina defensiva. Além disso, há uma preocupação por parte dos médicos em criar uma boa relação com os seus pacientes e, assim, sentem-se obrigados a solicitar testes sem uma real necessidade. Essa atitude é incentivada pela disseminação da cultura do “quanto mais, melhor”, ou seja, quanto maior a solicitação de exames diagnósticos, melhor é a qualidade do cuidado. A prática da medicina defensiva, ainda, se sustenta no desejo de médicos cobrarem mais pelo atendimento, realizando, portanto, mais procedimentos nas suas consultas²¹.

No Brasil, observa-se que a educação médica ainda é precária, onde não há uma correta abordagem durante a graduação, pouca valorização da comunicação com o paciente, reforçando assim a prática da medicina defensiva. Outros fatores que contribuem para esta prática incluem também grande número de escolas médicas com cursos de graduação deficitários; pouca valorização da função de docente; falta de recursos para pesquisa e extensão; número alto de empregos do médico e as condições inadequadas de trabalho²⁰.

Vale ressaltar que a medicina defensiva, apesar de ser um meio de evitar possíveis negligências com o cuidado do paciente, tem como consequência a sobreutilização de procedimentos e tratamento, o que pode lhe causar prejuízos²². Desse modo, os pacientes se encontram expostos a tratamentos e testes prejudiciais a sua saúde tanto mental, quanto física. Sendo assim, esses malefícios podem ser quantificados quando ocasionam lesões corporais, mas, também, trazem prejuízos subjetivos, que são danos psicológicos²².

As repercussões psíquicas ocorrem porque os pacientes passam a ser rotulados com diagnósticos de doenças que, na maioria das vezes, são crônicas. Esse fato pode causar o isolamento dos pacientes, assim como, momentos de ansiedade e outros distúrbios psíquicos ao longo da vida, refletindo na sua qualidade de vida como pessoa e profissional. Contudo, pode-se ainda identificar que essas condutas significam o uso de exames que, muitas vezes,

podem provocar falsos positivos, prejudicando ainda mais o psicológico do indivíduo que passa a viver com um diagnóstico que não é real²³.

Em algumas situações a medicina defensiva pode ser positiva para o paciente, quando o excesso de exames e procedimentos corrigem condutas inadequadas e erros que poderiam levar a consequências a saúde do indivíduo. Entretanto, mudanças na prática médica precisam ser realizadas, visto que a medicina defensiva tem como base a degradação da relação médico-paciente, a desvalorização do exame clínico e uma hipervalorização dos meios diagnósticos²⁴.

5 MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Estudo observacional com coleta de dados primários e qualitativo.

5.2 População-alvo e local de estudo

Médicos pediatras que trabalham na emergência pediátrica de dois hospitais da rede pública estadual e quatro hospitais da rede privada de assistência.

5.2.1 Critérios de inclusão

Médicos pediatras que atuam na emergência da rede pública e privada de Salvador (Bahia) e concordem em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.2.2 Critérios de exclusão

Médicos pediatras da emergência da rede pública e privada que fazem parte da campanha de custo-consciência, visto que esses encontram-se hipersensibilizados.

5.3 Operacionalização do estudo

Foram realizados dois grupos focais, com médicos pediatras que atuam na emergência da rede pública estadual e rede privada em Salvador (Bahia), compostos respectivamente por 8 e 10

participantes, dos serviços de emergência de Salvador (Bahia). As duas reuniões foram realizadas de forma on-line através da plataforma “Zoom” em horário e dia combinados com os participantes.

Os médicos aptos a participarem da pesquisa foram convidados pelos pesquisadores através de e-mail, telefone pessoal (WhatsApp) ou presencialmente. Após a confirmação da participação, foi enviado por e-mail o TCLE para a assinatura dos participantes.

Os encontros dos grupos focais foram conduzidos pelos pesquisadores, com um moderador para facilitar a dinâmica. No início do encontro, o moderador apresentou os objetivos e solicitou que todos se apresentassem. Na sequência, foi realizada uma breve apresentação sobre o significado de custo-consciência em saúde, especialmente em pediatria. Após essa introdução foi questionado a todos sobre quais seriam as principais barreiras ao se tomar atitudes custo-consciência na emergência pediátrica, sendo oferecido um tempo de resposta para cada um dos participantes. Após essa escuta, visando maior uniformidade da participação de todos, o moderador também abordou questões que provocou reflexão dos participantes.

Durante os encontros, um observador do grupo de pesquisa ficou responsável por registrar as falas dos participantes e realizar a gravação da reunião, após anuência de todos, com o objetivo de obter um conteúdo completo, preservando a identidade. Por se tratar de uma pesquisa realizada através de uma plataforma on-line, as instruções foram enviadas para os participantes como forma de ajudar aqueles que tiverem problemas com a utilização desses meios. Ademais, foi instruído que os participantes estejam em ambientes calmos e acolhedores durante as reuniões para minimizar as perdas relacionadas a distrações externas.

5.4 Procedimentos de análise

Os conteúdos abordados em cada grupo focal foram transcritos e posteriormente submetidos à análise de conteúdo temática. Inicialmente, foram realizadas leituras exaustivas do material transcrito e, em seguida, dois pesquisadores fizeram, de forma independente, a categorização do material. Em seguida, as duas propostas de categorização foram discutidas e unificadas em consenso pelos membros do grupo de pesquisa. Por fim, as falas dos participantes foram enquadradas em cada uma das categorias selecionadas pelos pesquisadores.

5.5 Aspectos éticos:

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EBMSP, sob parecer nº 5.548.526, aprovado no dia 27 de julho de 2022 (Anexo A). Todos os participantes da pesquisa receberam o TCLE de forma on-line em conjunto com o questionário, sendo necessária à sua leitura para a participação na pesquisa e resposta do questionário. Dessa forma, foi compreendido que, ao responder o questionário, o participante está ciente e de acordo com a sua participação na pesquisa, considerando-se que a leitura do TCLE foi realizada de forma completa. A realização da pesquisa está de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinque. Os dados coletados serão armazenados com total sigilo pelos pesquisadores responsáveis por 2 anos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizados dois grupos focais. No primeiro grupo, foram convidados 11 médicos que atuassem na emergência de hospitais da rede privada de Salvador (Bahia), havendo a participação de 10 pediatras, sendo eles distribuídos entre quatro hospitais particulares. Neste grupo, havia um participante do gênero masculino e nove do gênero feminino, com média de idade de 43 anos e uma média de 18 anos de conclusão do curso. O tempo médio de experiência foi de 16 anos.

No segundo grupo, foram convidados 11 médicos que atuassem na emergência de hospitais da rede pública de Salvador (Bahia), tendo a presença de 8 participantes, sendo eles distribuídos entre dois hospitais públicos. Neste grupo, havia dois participantes do gênero masculino e seis do gênero feminino, com idade média de 34 anos e 10 anos da conclusão do curso. O tempo de experiência foi em média de 9 anos.

A partir dos conteúdos evocados ao longo dos grupos, foi possível classificar as principais barreiras percebidas pelos médicos pediatras ao adotar medidas custo-consciência em sete macrocategorais, sendo cada uma delas composta por microcategorias conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Sistema de categorias das barreiras percebidas pelos médicos pediatras ao adotar medidas custo-consciência. Salvador (Bahia), 2022.

Barreiras relacionadas a:	Quantidade de falas da rede privada	Quantidade de falas da rede pública	Total de falas
Família	12	5	17
Cobrança dos responsáveis para realização de exames	6	4	10
Descuido da família com a saúde da criança	3	0	3
Dificuldade da família em compreender a conduta médica	0	1	1
Excesso de informações errôneas dos familiares através da internet	2	0	0
Facilidade de acesso a produtos farmacêuticos	1	0	0
Administração da instituição de trabalho	14	2	16
Pressão por produtividade	4	1	5
Protocolos rígidos	1	1	2
Pressão hospitalar pela satisfação dos pacientes	5	0	5
Tempo curto de atendimento na emergência	4	0	4
Medicina defensiva	9	5	14
Judicialização da medicina	3	2	5
Ética dos colegas de profissão	3	1	4
Medo de cometer erros diagnósticos	3	2	5
Qualidade da educação profissional	4	7	11
Experiência ineficiente e insegurança dos recém-formados	3	5	8
Lacunas no ensino das residências	1	0	1
Profissionais desatualizados	0	1	1
Profissionais atados a práticas tradicionais	0	2	2
Sistema de saúde	0	5	5
Dificuldade de acesso aos hospitais terciários	0	3	3
Tempo de espera prolongado para realização de exames	0	1	1
Falta de estrutura tecnológica dos hospitais	0	1	1
Outras	2	0	2
Quanto maior a disponibilidade tecnológica, maior a solicitação de exames	2	0	2

Fonte: banco de dados do autor.

6.1 Barreiras relacionadas à família

Os profissionais relataram que as famílias chegam ao serviço de saúde com expectativas muito altas em relação às condutas que devem ser adotadas pelos médicos quanto a exames e procedimentos. Dessa forma, é comum que eles solicitem aos médicos que realizem os

exames ou os procedimentos que eles achem correto, mostrando-se frustradas quando não são atendidos pelos profissionais. Com isso, os pediatras, principalmente aqueles da rede privada que são cobrados pela satisfação dos seus pacientes, sentem-se pressionados a realizar exames ou procedimentos desnecessários para que o paciente e sua família saiam contentes com o atendimento.

“A gente sofre uma pressão muito forte das famílias para pedir exame” (Participante 4, grupo da rede privada).

“Para os pais ser humanizado e acolher é pedir exames quando você não pede o exame você não foi um médico acolhedor” (Participante 9, grupo da rede privada).

De forma complementar, foi relatado que é difícil convencer os pais que o exame não é necessário naquele momento ou que a melhor conduta não é a prescrição de um determinado medicamento, visto que para eles não é uma prática de um médico humanizado.

“Ele quer um exame, que a gente prescreva e solicite. Por mais que você tente convencê-lo, a gente tem essa demanda também do paciente” (Participante 4, grupo da rede pública).

Ademais, foi relatado por um participante da rede pública que percebe, em alguns momentos, uma dificuldade dos pais em compreenderem a conduta médica, muitas vezes por falta de educação básica desses familiares.

“Às vezes a gente explica para a família que não tem indicação e a família fica insegura por que há uma falta de conhecimento” (Participante 2, grupo da rede pública).

Boland et al. ao analisar diversos artigos conseguiu compreender quais as barreiras e os facilitadores ao se ter uma tomada de decisão compartilhada com a família na pediatria. A partir desse estudo, pode-se entender que a decisão compartilhada é influenciada por diversas etapas, sendo elas a decisão da família, a inovação das condutas, o local de decisão, a relação da criança com os familiares e o emocional²⁵.

Ao avaliar as barreiras relacionadas a decisão da família, a tomada de decisão foi a mais citada. Dessa forma, foi relatado que a falta de opções, as alternativas inaceitáveis pelos familiares e a acessibilidade dessas eram as características que mais dificultavam a decisão compartilhada. Por outro lado, quanto mais essa decisão era comunicada aos familiares, mais esses compreendiam o que seria feito, tornando-se um facilitador.

Outro fator que envolve a questão familiar, que se mostrou presente apenas na percepção dos médicos da rede privada, refere-se aos descuidos que alguns pais podem ter com a saúde seus filhos seja por falta de preparo ou pela dificuldade de oferecer os cuidados necessários para o seu filho, tornando o pediatra a única forma dessa criança ter uma atenção adequada a sua saúde. Dessa forma, muitos familiares não sabem informações básicas dos seus filhos que são necessárias para o pensamento clínico do médico ou, até mesmo, não possuem tempo de cuidar dos filhos adoentados e tendem a pressionar para que o atendimento na emergência tenha rápida resolutividade e, muitas vezes, solicitam por internamento da criança, sem real indicação.

“A família é totalmente desequilibrada sem conhecimento real de seus filhos. Então, por essa insegurança, eles levam no primeiro dia de doença, no segundo, no terceiro” (Participante 7, grupo da rede privada).

“As famílias estão muito inseguras, muito estressadas e sem tempo de olhar e de cuidar de seus filhos” (Participante 6, grupo da rede privada).

Além disso, profissionais da rede privada relataram que o maior acesso da família a internet e aos meios de comunicação tem dificultado o atendimento. Dessa forma, os familiares já chegam ao atendimento com um quadro clínico totalmente ilustrativo na tentativa de convencer o médico da real necessidade daquele exame. Ademais, os pais, ainda, chegam na emergência sugerindo o diagnóstico do filho, muitas vezes não condizente com o quadro, mas por ter visto na internet aquela informação tenta persuadir o médico a adotar as condutas lidas por ele.

“A globalização e a internet estão aí para todo mundo. Com isso, os pais já chegam realmente com o diagnóstico” (Participante 8, grupo da rede privada).

“É esse medo e essa pressão dos pais que hoje tem um acesso à internet e uma facilidade de já chegar com todo o conceito do que seria a doença faz uma carga de pressão muito grande” (Participante 7, grupo da rede privada).

Outra barreira citada pelos médicos da rede privada é a facilidade de acesso das famílias às informações sobre os medicamentos, facilitada em muito pela propaganda da indústria farmacêutica. Com isso, os pais passam a acreditar na informação da indústria farmacêutica,

já iniciam o uso de medicamentos, muitas vezes não adequados ao quadro clínico da criança e resistem às mudanças orientadas pelo pediatra.

“Ainda tem a pressão da indústria farmacêutica e a facilidade que essas pessoas têm acesso à medicação” (Participante 2, grupo da rede privada).

6.2 Barreiras relacionadas à administração da instituição de trabalho

As barreiras relacionadas a instituição também foram discutidas, destacando-se entre elas a pressão por produtividade e pela satisfação do cliente. Dessa maneira, muitos médicos sentem-se pressionados a atenderem o máximo de pacientes possíveis, em um curto período, para satisfazer a demanda dos hospitais. Essas queixas que predominaram no grupo que atua no serviço privado, principalmente pela maior cobrança institucional em satisfazer seus clientes.

“Há uma pressão de atendimento. Esse paciente não pode esperar mais de 15 minutos para ser atendido, por isso, você precisa atender, acolher, explicar e medicar de forma muito rápida” (Participante 5, grupo da rede privada).

“Há uma pressão pela satisfação do cliente atualmente, dessa forma o paciente deixa de ser paciente para ser um cliente” (Participante 9, grupo da rede privada).

Uma das consequências da pressão pela rapidez no atendimento, relatada especialmente no grupo da rede privada, é a impossibilidade do médico explicar ao paciente o porquê da não realização de determinado procedimento solicitado pela família. Isso, por sua vez, gera uma insatisfação dos familiares com o atendimento, visto que eles não tiveram uma explicação adequada da conduta que está sendo tomada e nem tiveram suas expectativas atendidas, criando uma insatisfação da instituição com o serviço daquele pediatra.

“Quando você tem uma emergência, muitas vezes você está vendo aquela família pela primeira vez, então é um primeiro contato para você estabelecer um vínculo e uma relação de confiança naquele pequeno momento de atendimento é difícil e você não tem esse tempo grande para despender” (Participante 3, grupo da rede privada).

Independente da pressão institucional por rapidez no tempo de atendimento, o treinamento para escuta do paciente necessita ser implementado desde a graduação. Estudos publicados demonstram que os internos de medicina gastam mais tempo em atividades didáticas de

formação do que desenvolvendo ações da linha de cuidado direta com o paciente, como assistência e comunicação. Isto que é observado na graduação se perpetua na prática médica onde os profissionais de saúde passam mais tempo realizando outras atividades do que em contato com os seus pacientes. Desse modo, os médicos passam pouco tempo conversando com os familiares, explicando as condutas que vão ser adotadas e, conseqüentemente, resulta no não entendimento desses sobre a sua doença e a proposta de tratamento^{26,27}.

Além disso, em relação as barreiras institucionais encontram-se os protocolos “engessados” que sugerem ao médico a realizar determinado procedimento, mesmo que esse não concorde. Esse fato foi citado, principalmente pelos profissionais ad rede privada, haja vista que os médicos da rede pública possuem maior liberdade na tomada de decisão.

“Eu acho que o protocolo tem vantagens e desvantagens, quando você engessa e segue linha por linha daquilo, muitas vezes, você se perde, porque não concorda que precisa ser tudo aquilo e acaba invadindo demais o paciente”. (Participante 6, grupo da rede privada).

“Tem instituição que tem os protocolos já prontos para um médico seguir, fazendo com que ele não tenha muita autonomia” (Participante 4, grupo da rede pública).

Hryhorczuk, et al. ao avaliar os pedidos de tomografia em pacientes com queixa de dor abdominal na emergência pediátrica notou que, apesar de ser indicado a avaliação primária dos pacientes com dor abdominal através da ultrassonografia (USG), poucos médicos seguiam as diretrizes da época. Percebeu-se, então, que apenas 11% dos pacientes com apendicite realizaram o USG, enquanto isso 39% dos pacientes com apendicite realizaram TC²⁸. Desse modo, observa-se que o fato de ter protocolos institucionais rígidos não é a única justificativa, mas também o não seguimento por parte dos médicos de orientações científicas, já bem respaldadas na literatura com excelentes níveis de evidências.

6.3 Barreiras relacionadas a prática da medicina defensiva

A medicina defensiva foi outra barreira encontrada pelos participantes que os impedem de tomarem atitudes custo-consciência na emergência. Dessa forma, foi relatado um medo desses profissionais de cometerem erros durante a sua atividade médica. Sendo assim, eles tendem solicitar mais exames como triagem para a doença do paciente, mesmo que esses exames não sejam necessários. Além disso, os profissionais por possuírem um medo de serem julgados

judicialmente justificam o excesso de exames para respaldarem qualquer necessidade de defesa em uma tentativa de evitar processos legais.

“A judicialização da medicina é uma coisa muito marcante e impactante para o médico” (Participante 4, grupo da rede pública).

“Algo tem atingido muito a nossa forma de pensar é o medo muito grande hoje do médico ser punido. Tanto do ponto de vista pessoal, quanto individual, essa família pode me processar? Essa família pode vir contra mim” (Participante 5, grupo da rede privada).

“Então, tem muitos colegas meus que hoje trabalham na defensiva, com medo das ações judiciais” (Participante 4, grupo da pública).

“Mesmo que você veja que aparentemente não tinha nada demais, mas com medo dessa consequência, com medo de um processo com medo de uma questão a se seguir no futuro que é, pode acontecer ou não.” (Participante 4, grupo da rede privada).

A prática da medicina defensiva surgiu na década de 90 nos Estados Unidos como uma tentativa dos profissionais se protegerem do crescente número de processos legais. Dessa forma, essa prática se baseia no fato do médico priorizar condutas diagnósticas e terapêuticas com o objetivo de evitar demandas nos tribunais. Isso, por sua vez, aumenta os custos de saúde e, ainda, pode piorar a qualidade do cuidado com a saúde devido aos riscos que o uso inadequado de procedimentos pode causar ao paciente²⁰.

Com isso, estudos indicam que 30% dos gastos de saúde nos Estados Unidos são desnecessários, mostrando que há um desperdício no uso das tecnologias de saúde. Esse fato preocupa os gestores porque leva a um desperdício dos gastos destinados a saúde, sem vincular necessariamente à qualidade de assistência¹⁸. No Brasil, no entanto, a prática da medicina defensiva é reforçada, ainda, por diversos outros fatores, destacando-se entre eles a formação médica muitas vezes precária; a falta de recursos em pesquisa; as condições inadequadas de trabalho e os baixos salários de professores e médicos. Portanto, a medicina defensiva no Brasil vai muito além de evitar ou se proteger de grandes processos legais, englobando, também, fatores relacionados ao sistema de saúde, a instituição e a própria formação acadêmica²⁰.

Esse fato tem como agravante a falta de ética de alguns profissionais que, ao atenderem um paciente que teve seu quadro agravado pela evolução natural da doença, julgam os seus colegas. Dessa forma, esses profissionais criticam os seus colegas por não identificarem precocemente essa complicação.

“No meio médico, o colega que atende a evolução da doença (uma complicação que era possível) ele não se comporta de uma forma muito ética e prejudica o plantonista (Participante 3, grupo da rede privada).

Toscas et al. afirma, também, que existem diversos fatores responsáveis pelo sobrediagnóstico e, conseqüentemente, a utilização inadequada dos meios diagnósticos em saúde. Dentre esses fatores encontra-se a falta de formação médica adequada, questões mercadológicas, políticas governamentais, a medicina defensiva, entre outros²⁹. Ao avaliar as falas dos participantes encontra-se como outros fatores relacionados ao abuso do uso de meio diagnósticos: a pressão por assertividade no diagnóstico e a preocupação com os julgamentos dos outros profissionais.

6.4 Barreiras relacionadas à qualidade da formação do profissional

Outra barreira muito importante identificada pelos pediatras é a falta de uma educação médica eficaz ou até mesmo a falta de experiência na área. Desse modo, médicos recém-formados iniciam a trabalhar na emergência, muitas vezes, possuindo pouco ou quase nenhum tempo da sua formação dedicado a emergência pediátrica. Além disso, alguns médicos possuem lacunas na sua formação, seja pelo local que realizou sua residência ou pela instituição em que se formou, e mesmo assim encontram-se “sozinhos” ao terem que tomar decisões na emergência.

“As famílias fazem uma carga de pressão muito grande na cabeça de jovens que estão na linha de frente e que são inexperientes, porque ninguém sai, nem da faculdade e nem da residência expert em dar plantão” (Participante 7, grupo da rede privada).

“São pediatras que cada vez estão vindo de uma fragilidade familiar, cultura e de aprendizado dependendo de onde fez a sua faculdade ou a sua residência” (Participante 7, grupo da rede privada).

Essa falta de experiência faz com que muitos desses médicos não sejam capazes de explicar para família o porquê o exame não está sendo solicitado no momento ou, até mesmo, faz com

que os próprios médicos não entendam o porquê o exame não deve ser realizado naquele momento.

“Quando não se tem muita experiência acaba-se solicitando exames de forma mais precoce” (Participante 6, grupo da rede pública).

Além disso, algo muito comentado pelos participantes da rede pública foi a falta de atualização dos profissionais mais experientes. Com isso, esses médicos se mostram resistentes a quebrar padrões antigos e adotar aquelas condutas que, atualmente, são consideradas as mais corretas. Essas práticas, muitas vezes, são repassadas aos recém-formados, prejudicando ainda mais, a qualidade do atendimento.

“O hábito é passado e os antigos mantem os hábitos. Só que eles deram certo até, então como você não vai seguir o antigo?” (Participante 5, grupo da rede pública).

“Você sabe que é o correto, mas você vê os seus pares fazendo daquela maneira e você não tem como fugir daquele ambiente, daquele hábito e quebrar essa corrente é difícil” (Participante 5, grupo da rede pública).

Axt-Adam et al. procurou compreender quais fatores influenciam o modo com que os médicos solicitam exames, encontrando duas categorias, sendo elas a educação do profissional, o feedback ao tomar atitudes²³.

Davidoff et all. tentando compreender como a o ensino da probabilidade na medicina influencia a forma de médicos tomarem decisões, dividiu internos de medicina em dois grupos, um designado para os estudos da probabilidade e outro grupo placebo. No primeiro grupo, foi valorizado o ensino da probabilidade em torno do conceito do que é valor preditivo, ou seja, a chance daquele evento acontecer. Dessa forma, foi notificado uma diminuição na solicitação de exames nesse grupo de estudantes. Enquanto, o outro grupo teve um ensino voltado apenas para o aprendizado de princípios econômicos e controle de custo, Nesse grupo, não foi notado uma redução tão significativa na solicitação de exames³⁰.

Outro estudo avaliou a influência do feedback na mudança de atitudes dos profissionais de saúde. Com isso, foram divididos em dois grupos de médicos, sendo que um receberia feedbacks individuais comparando os profissionais entre si, enquanto o outro grupo receberia feedback em grupos. Desse modo, foi perceptível como um feedback individual é mais efetivo

quando aqueles dados em grandes grupos quando há a intenção de diminuir o número de exames³¹.

Esses estudos, portanto, demonstram que um dos fatores que pode influenciar nas atitudes de um profissional de saúde é a educação médica de qualidade, sendo observado nos relatos de alguns participantes desta pesquisa.

6.5 Barreiras relacionadas ao sistema de saúde

Os profissionais da rede pública relataram que uma das barreiras enfrentadas por eles são as relacionadas ao sistema único de saúde (SUS) e a dificuldade da população em ter acesso a esse sistema, principalmente aquelas famílias do interior do estado. Dessa forma, os médicos disseram que muitas famílias saem da sua cidade para centros especializados, seja por falta de infraestrutura das suas cidades ou por encaminhamento de outros médicos, sem a real necessidade daquele exame ou procedimento. Esse mesmo encaminhamento desnecessário ocorre provavelmente pela falta de experiência ou conhecimento desses profissionais. Sendo assim, ao chegarem nesses centros, os pediatras possuem dificuldades em explicar que aquela viagem ou aquela ida ao hospital de referência foi desnecessária e, por isso, terminam por realizar esses procedimentos.

“O exame é feito exatamente porque como o paciente já se deslocou e já chegou até lá, a gente não se sente confortável de falar para voltar para sua cidade e que o exame não é mais necessário” (Participante 1, grupo da rede pública).

Outro fator relacionado ao sistema de saúde é o tempo prolongado para realização dos procedimentos, o que, por sua vez, acarreta um prolongamento do internamento do paciente.

“A gente tem pacientes lá a 2 ou 4 semanas internados, esperando um procedimento relativamente simples” (Participante 3, grupo da rede pública).

Por último, ainda foi relatado como uma barreira a falta de estrutura de alguns hospitais da rede pública. Desse modo, em casos de maior gravidade, nos quais são necessários equipamentos mais avançados ou realização de procedimentos mais complexos, o sistema de saúde falha ao dar esse cuidado ao paciente. Isso, por sua vez, pode gerar as iatrogenias e agravar o quadro do paciente que passa a necessitar de cuidados cada vez mais complexos e custosos.

“Acho que uma das coisas também é a falta de estrutura. Eu acho que quando você lida com estruturas deficitárias, você encontra todos os vieses” (Participante 8, grupo da rede pública).

Minossi et al. relata que o próprio sistema de saúde é uma das causas da prática médica inadequada no Brasil. Sendo assim, a desorganização da rede básica de saúde no país, a falta de resolutividade dos problemas que afligem a população e o sucateamento das redes hospitalares são barreiras para o médico exercer uma medicina de qualidade. Isso faz com que esses profissionais solicitem cada vez mais exames pela dificuldade dos pacientes terem acesso ao atendimento necessário no futuro ou, até mesmo, não realizem a conduta adequada por falta de infraestrutura hospitalar²⁰.

6.6 Outras barreiras

Uma outra barreira citada foi o acesso fácil às tecnologias que, muitas vezes, são utilizadas de forma não adequada.

“Ao longo dos anos, quanto mais recursos a gente tem, parece que mais a gente quer usar esses recursos com medo de errar” (Participante 1, grupo da rede privada).

“O fato de você ter o recurso e a tecnologia você termina usando mais” (Participante 6, grupo da rede privada).

Larson et al. demonstraram que houve um aumento de 12,8% na realização de exames em crianças nos Estados Unidos no período entre 1985 e 2008, destacando-se o aumento do número de tomografias de 1,2% para 5,9%, enquanto o número de internações neste período se manteve estável. Desse modo, fica o questionamento se este aumento deveu-se à facilidade de acesso ao exame ou se houve real necessidade por indicação clínica³².

Em um outro estudo, também realizado nos Estados Unidos, observou-se um aumento de 2% para 16% no número de tomografias realizadas para a suspeita de apendicite aguda entre os anos de 1999 até 2007, sem haver correlação com o aumento no número admissões hospitalares ou no diagnóstico real de apendicite. Neste estudo, pode-se inferir que houve exagero na realização deste exame²⁸.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do relato dos participantes foi possível classificar as barreiras em seis microcategorias, sendo elas: a família; a administração da instituição de trabalho; a prática da medicina defensiva; a qualidade da educação médica; o sistema de saúde e os meios de tecnologia. Dentre essas, as mais citadas nos dois grupos foram a cobrança dos responsáveis para a realização de exames e a cobrança da instituição de trabalho destacando: a pressão por produtividade, a satisfação do cliente e o tempo curto de atendimento.

Ao avaliar cada grupo separadamente, nota-se algumas diferenças na frequência de relatos entre essas macrocategorias. No grupo da rede privada, tem-se que a maior barreira continuou sendo a instituição de trabalho e como principal queixa a pressão pela satisfação dos pacientes. No grupo da rede pública, por outro lado, as maiores barreiras foram: qualidade de educação médica, tendo como principal queixa a experiência ineficiente, a insegurança dos recém-formados na área de emergência e relativas ao sistema de saúde.

Com isso, podemos concluir que há diversos fatores que influenciam a decisão médica na emergência pediátrica. Desses fatores, a família, a instituição de trabalho e a prática da medicina defensiva estão entre aqueles que mais possuem poder na tomada de decisão do pediatra. Além disso, nota-se que há grandes diferenças e semelhanças entre os relatos da rede pública e rede privada de Salvador. Dentre essas diferenças estão as barreiras relacionadas a instituição de trabalho, as mídias e o sistema de saúde. Enquanto as semelhanças englobam a família, a medicina defensiva e a educação médica.

A diferença de participantes entre os dois grupos, o tempo de experiência na emergência e o fato de ser um estudo exploratório é algumas limitações do estudo. Com isso, a distribuição desigual dos grupos torna a comparação das frequências dos conteúdos evocados não muito precisa. Além disso, o modelo do estudo, realizado com apenas dois grupos focais com representantes de cada tipo de instituição (redes privadas e pública), faz com que alguns conteúdos não sejam evocados. Acredita-se, portanto, que a realização de novos grupos possa permitir a identificação de novas barreiras não contempladas no presente estudo.

Apesar das limitações, acredita-se que o presente estudo apresenta um importante potencial de contribuição para futuros estudos e intervenções, em especial aquelas voltadas para a educação médica e redução de desperdícios em saúde.

REFERÊNCIAS

1. ABIM Foundation. Unnecessary Tests and Procedures In the Health Care System Physicians Say Unnecessary Tests and Procedures Are a Serious Problem , and Feel a Responsibility to Address the Issue. *ABIM Found.* Published online 2014:1-13.
2. Laguardia J, Martins MS, De Castro IRS, Barcellos GB. Qualidade do cuidado em saúde e a iniciativa “Choosing Wisely.” *Rev Eletrônica Comun Informação e Inovação em Saúde.* 2016;10(1):1-8. doi:10.29397/reciis.v10i1.1097.
3. Chassin MR, Galvin RW, Donaldson MS. The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *J Am Med Assoc.* 1998;280(11):1000-1005. doi:10.1001/jama.280.11.1000.
4. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet.* 2017;390(10090):156-168. doi:10.1016/S0140-6736(16)32585-5.
5. ABIM Foundation. CHOOSING WISELY: A SPECIAL REPORT ON THE FIRST FIVE YEARS.
6. Choosing Wisely around the world [Homepage]. *CMAJ.* 2015 [Access in April 24, 2023]; 187(11): 341-2. Available in <http://www.choosingwisely.org/resources/updates-from-the-field/choosing-wisely-around-the-world/>. 2020;14(1):5. doi:10.1007/s12181-019-00368-x.
7. Choosing Wisely Canadá [Homepage]. [Access in in April 24, 2023]. Available in: <https://choosingwiselycanada.org/>. Published online 2022:1-4.
8. Howard Brody, M.D. PD. Medicine’s Ethical Responsibility for Health Care Reform — The Top Five List. *Most.* Published online 2010:2010-2012.
9. ABIM Foundation. Integrating Choosing Wisely Recommendations into Practice.
10. Vogel L. Choosing Wisely around the world. *CMAJ.* 2015;187(11):E341-E342. doi:10.1503/cmaj.109-5111.

11. Proqualis: Choosing Wisely Brasil [Homepage]. [Acesso em 9 Fev. 2017]. Disponível em: <https://proqualis.net/choosing-wisely-brasil>. Published online 2022:1-5.
12. Menezes MS, Gusmão MM, Ladeia AMT, Aguiar CVN, Freitas dos Santos CM, Correia LCL. Implementation of Choosing Wisely Campaign in Health Courses in Brazil – Description of the First Steps. *Brazilian J Med Hum Heal*. 2016;4(4):2-5. doi:10.17267/2317-3386bjmhh.v4i4.1193.
13. Blackwell CD, Gorelick M, Holmes JF, Bandyopadhyay S, Kuppermann N. Pediatric Head Trauma: Changes in Use of Computed Tomography in Emergency Departments in the United States Over Time. *Ann Emerg Med*. 2007;49(3):320-324. doi:10.1016/j.annemergmed.2006.09.025.
14. Sox HC. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. 2002;136(3):243-246.
15. Aguilar I, Berger ZD, Casher D, et al. 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.
16. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. “Choosing Wisely”: A growing international campaign. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(2):167-174. doi:10.1136/bmjqs-2014-003821.
17. Bretman A. Less is more ! Less is more ! *Style (DeKalb, IL)*. 2005;16(8):1-6.
18. Delaune J, Everett W. Waste and Inefficiency in the U.S. Health Care System Clinical Care : A Comprehensive Analysis in Support of System-wide Improvements. *New Engl Healthc Inst*. Published online 2008:1-59.
19. Thomas K. Defensive medicine and medical malpractice. *Hosp Technol Ser*. 1994;13(15).
20. José Guilherme Minossi, Alcino Lazáro da Silva. Medicina defensiva : uma prática necessária ? Defensive medicine : a necessary practice ? *Rev Col Bras Cir* 2013; 40(6) 494-501. 2013;40(6):494-501.

21. Raposo VL. Defensive Medicine and the Imposition of a More Demanding Standard of Care. *J Leg Med.* 2019;39(4):401-416. doi:10.1080/01947648.2019.1677273.
22. Sekhar Ms, Vyas N. Defensive medicine: A bane to healthcare. *Ann Med Health Sci Res.* 2013;3(2):295. doi:10.4103/2141-9248.113688.
23. Petra Axt-Adam, Johannes C. van der Wouden E van der D. Behavior of Physicians Ordering Laboratory Tests.pdf.
24. Keren-Paz T. Liability regimes, reputation loss, and defensive medicine. *Med Law Rev.* 2010;18(3):363-388. doi:10.1093/medlaw/fwq015.
25. Boland L, Graham ID, Légaré F, et al. Barriers and facilitators of pediatric shared decision-making: A systematic review. *Implement Sci.* 2019;14(1). doi:10.1186/s13012-018-0851-5.
26. Block L, Habicht R, Wu AW, et al. In the wake of the 2003 and 2011 duty hours regulations, how do internal medicine interns spend their time? *J Gen Intern Med.* 2013;28(8):1042-1047. doi:10.1007/s11606-013-2376-6.
27. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW. The New England Journal of Medicine Downloaded from nejm.org at PENN STATE UNIVERSITY on November 25, 2015. For personal use only. No other uses without permission. From the NEJM Archive. Copyright © 2010 Massachusetts Medical Society. All rights reserved. *N Engl J Med.* 1989;321(19):1306-1311.
28. Hryhorczuk AL, Mannix RC, Taylor GA. Pediatric abdominal pain: Use of imaging in the Emergency Department in the United States from 1999 to 2007. *Radiology.* 2012;263(3):778-785. doi:10.1148/radiol.12111726.
29. Toscas FS, Toscas F. Sobrediagnóstico e suas implicações na engenharia clínica. *Rev Bioética.* 2015;23(3):535-541. doi:10.1590/1983-80422015233090.
30. J DFGrc. Changing Test Ordering Behavior: A Randomized Controlled Trial Comparing Probabilistic Reasoning with Cost-Containment Education.pdf.
31. R N Winickoff, K L Coltin, M M Morgan, R C Buxbaum GOB. Improving physician performance through peer comparison feedback.pdf.

32. Larson DB, Johnson LW, Schnell BM, Goske MJ, Salisbury SR, Forman HP. Rising use of CT in child visits to the emergency department in the United States, 1995-2008. *Radiology*. 2011;259(3):793-801. doi:10.1148/radiol.11101939.

APÊNDICE A – Glossário

Barreiras relacionadas a família

Cobrança dos responsáveis para realização de exames

“A gente perde mais tempo tentando explicar por que não vai fazer um exame do que realmente pedir exame” (Participante 1, grupo da rede privada).

“As famílias são a nossa maior Barreira, são a nossa maior fonte de cobrança em todos os aspectos, tanto no exame, quanto na prescrição de medicação”. (Participante 2, grupo da rede privada).

“A família fica naquela ideia de que precisa do exame” (Participante 3, grupo da rede privada).

“A gente sofre uma pressão muito forte das famílias para pedir exame” (Participante 4, grupo da rede privada).

“As famílias pressionam demais, além disso existe uma pressão do gerenciamento e uma cobrança de um resultado também é muito grande” (Participante 6, grupo da rede privada).

“Cada vez mais a gente é pressionado de todos os lados, tanto da parte da coordenação, da diretoria e dos pais” (Participante 8, grupo da rede privada).

“Para os pais ser humanizado e acolher é pedir exames quando você não pede o exame você não foi um médico acolhedor” (Participante 9, grupo da rede privada).

“Apesar da gente tentar descrever a real necessidade ou a falta da necessidade, os riscos dos exames, a família, mesmo assim, acredita que precisa do exame complementar”. (Participante 2, grupo da rede pública).

“Ele quer um exame, que a gente prescreva e solicite. Por mais que você tente convencê-lo, a gente tem essa demanda também do paciente” (Participante 4, grupo da rede pública).

“A expectativa da família, às vezes até a de forma agressiva, também é uma barreira” (Participante 8, grupo da rede pública).

Descuido da família com a saúde da criança

“Então são pessoas que não têm paciência com a febre do filho, com a tosse do filho, e com as noites perdidas com a doença do filho” (Participante 2, grupo da rede privada).

“As famílias estão muito inseguras, muito estressadas e sem tempo de olhar e de cuidar de seus filhos” (Participante 6, grupo da rede privada).

“A família é totalmente desequilibrada sem conhecimento real de seus filhos. Então, por essa insegurança, eles levam no primeiro dia de doença, no segundo, no terceiro” (Participante 7, grupo da rede privada).

Dificuldade da família em compreender a conduta médica

“Às vezes a gente explica para a família que não tem indicação e a família fica insegura por que há uma falta de conhecimento” (Participante 2, grupo da rede pública).

Excesso de informações errôneas dos familiares através da internet

“A globalização e a internet estão aí para todo mundo. Com isso, os pais já chegam realmente com o diagnóstico” (Participante 8, grupo da rede privada).

“É esse medo e essa pressão dos pais que hoje tem um acesso à internet e uma facilidade de já chegar com todo o conceito do que seria a doença faz uma carga de pressão muito grande” (Participante 7, grupo da rede privada).

Facilidade de acesso a produtos farmacêuticos

“Ainda tem a pressão da indústria farmacêutica e a facilidade que essas pessoas têm acesso à medicação” (Participante 2, grupo da rede privada).

Barreiras relacionadas a instituição de trabalho

Pressão por produtividade

“A pressão de produtividade dentro dos hospitais, faz com que a gente realmente a não tenho tempo para educar esses pais no pronto-socorro” (Participante 2, grupo da rede privada).

“A gente sente a pressão de ter que atender rápido para atender uma demanda excruciante” (Participante 4, grupo da rede privada).

“Há uma pressão de atendimento. Esse paciente não pode esperar mais de 15 minutos para ser atendido, por isso, você precisa atender, acolher, explicar e medicar de forma muito rápida” (Participante 5, grupo da rede privada).

“Cada vez mais a gente é pressionado de todos os lados, tanto da parte da coordenação, da diretoria e dos pais” (Participante 8, grupo da rede privada).

“A produtividade também para um médico é uma barreira impactante, porque hoje um médico ele tem que cumprir metas” (Participante 4, grupo da rede pública).

Protocolos rígidos

“Então quando você engessa completamente aquele protocolo e você segue linha a linha daquilo você se perde, porque muitas vezes você não concorda que precisa ser necessariamente tudo aquilo e você invade demais o paciente” (Participante 6, grupo da rede privada).

“Tem instituição que tem os protocolos já prontos para um médico seguir, fazendo com que ele não tenha muita autonomia” (Participante 4, grupo da rede pública).

Pressão da gestão hospitalar pela satisfação dos pacientes

“A quantidade também de atendimentos desnecessários que a gente faz em hospitais terciários é muito grande” (Participante 2, grupo da rede privada).

“Há um choque entre protocolo médico e entre expectativa de uma administração e de uma empresa em que a expectativa desse cliente ela vale muito” (Participante 5, grupo da rede privada).

“As famílias pressionam demais, além disso existe uma pressão do gerenciamento e uma cobrança de um resultado também é muito grande” (Participante 6, grupo da rede privada).

“Há uma pressão pela satisfação do cliente atualmente, dessa forma o paciente deixa de ser paciente para ser um cliente” (Participante 9, grupo da rede privada).

“A gente é pressionado a prestar um bom atendimento e a ser bem avaliado” (Participante 10, grupo da rede privada).

Tempo curto de atendimento na emergência

“A gente tem muito pouco tempo na emergência para poder tomar uma decisão e aí a gente acaba ficando realmente com essa questão na cabeça”. (Participante 4, grupo da rede privada).

“Quando você tem uma emergência, muitas vezes você está vendo aquela família pela primeira vez, então é um primeiro contato para você estabelecer um vínculo e uma relação de confiança naquele pequeno momento de atendimento é difícil e você não tem esse tempo grande para despender” (Participante 3, grupo da rede privada).

“As pessoas ficam estressadas com a demora de atendimento, então a gente não tem tempo para a famosa “papoterapia” de explicar por que eu não vou prescrever o exame ou porque eu não vou prescrever um xarope?” (Participante 2, grupo da rede privada).

“É muito difícil educar os pacientes realmente na emergência com essa cobrança do atendimento mais rápido” (Participante 9, grupo da rede privada).

Barreiras relacionadas a prática da medicina defensiva

Judicialização da medicina

“Mesmo que você veja que aparentemente não tinha nada demais, mas com medo dessa consequência, com medo de um processo com medo de uma questão a se seguir no futuro que é, pode acontecer ou não.” (Participante 4, grupo da rede privada).

“Algo tem atingido muito a nossa forma de pensar é o medo muito grande hoje do médico ser punido. Tanto do ponto de vista pessoal, quanto individual, essa família pode me processar? Essa família pode vir contra mim” (Participante 5, grupo da rede privada).

“A judicialização da medicina é um fator que realmente é muito importante” (Participante 9, grupo da rede privada).

“A judicialização da medicina é uma coisa muito marcante e impactante para o médico” (Participante 4, grupo da rede pública).

Comportamento ético dos colegas de profissão

“No meio médico, o colega que atende a evolução da doença (uma complicação que era possível) ele não se comporta de uma forma muito ética e prejudica o plantonista (Participante 3, grupo da rede privada).

“Eu me questiono: como meu colega vai enxergar se eu não tiver feito da forma correta? Esse colega vai agir eticamente quanto do ponto de vista empresa?” (Participante 5, grupo da rede privada).

“A falta de ética dos colegas nas reavaliações quando o paciente complica” (Participante 9, grupo da rede privada).

“Morre de medo de tudo, morre de medo do pai, morre de medo do colega, morre de medo do julgamento” (Participante 5, grupo da rede pública).

Medo de cometer erros diagnósticos

“Eu falo também que ao longo dos anos eu fiquei mais medrosa, com medo de errar” (Participante 1, grupo da rede privada).

“A pressão que a gente tem de errar um diagnóstico e esse paciente voltar muito mais grave, faz com que a gente seja apontado como um médico que não pediu exame e não enxergou de cara” (Participante 2, grupo da rede privada).

“A gente fica com muito, muito medo de errar” (Participante 4, grupo da rede privada).

“Tem muitos colegas meus que hoje eles trabalham na defensiva” (Participante 4, grupo da rede pública).

Barreiras relacionadas ao conhecimento do profissional

Experiência ineficiente e insegurança dos recém-formados

“As famílias fazem uma carga de pressão muito grande na cabeça de jovens que estão na linha de frente e que são inexperientes, porque ninguém sai, nem da faculdade e nem da residência expert em dar plantão” (Participante 7, grupo da rede privada).

“Então eu acho que tem que vir de tudo, tem que vir da base, da formação, da faculdade, para a gente saber lidar com essas coisas” (Participante 8, grupo da rede privada).

“Quando não se tem muita experiência acaba-se solicitando exames de forma mais precoce” (Participante 6, grupo da rede pública).

“Quanto mais experiência a gente tem, menos exames a gente está pedindo” (Participante 7, grupo da rede pública).

“Ainda temos a maior parte de pessoas trabalhando na UPA sem a formação pediátrica da excelência e eles pedem muito mais exames do que eu, tem muita insegurança em pedir um exame” (Participante 7, grupo da rede pública).

Lacunas no ensino das residências de pediatria

“São pediatras que cada vez estão vindo de uma fragilidade familiar, cultura e de aprendizado dependendo de onde fez a sua faculdade ou a sua residência” (Participante 7, grupo da rede privada).

Profissionais desatualizados

“Quando o profissional está bem atualizado, ele consegue exercer uma prática clínica mais adequada e baseada em evidências científicas” (Participante 4, grupo da rede pública).

Profissionais atados a práticas tradicionais

Outra barreira que a gente são as práticas e os hábitos tradicionais que são muito difíceis de serem derrubados” (Participante 4, grupo da rede pública).

“Você sabe que é o correto, mas você vê os seus pares fazendo daquela maneira e você não tem como fugir daquele ambiente, daquele hábito e quebrar essa corrente é difícil” (Participante 5, grupo da rede pública).

Barreiras relacionadas ao sistema de saúde

Dificuldade de acesso aos hospitais terciários

“O exame é feito exatamente porque como o paciente já se deslocou e já chegou até lá, a gente não se sente confortável de falar para voltar para sua cidade e que o exame não é mais necessário” (Participante 1, grupo da rede pública).

“Às vezes, o paciente já chega sem indicação de fazer exame ou de fazer uma endoscopia, mas vem da sua cidade com essa indicação e a gente faz o exame por conta de deslocamento” (Participante 2, grupo da rede pública).

“A gente tem uma insegurança grande, porque o paciente vem de muito longe e quando chegam não queremos dizer que não vai fazer” (Participante 6, grupo da rede pública).

Tempo de espera prolongado para realização de exames

“A gente tem pacientes lá a 2 ou 4 semanas internados, esperando um procedimento relativamente simples” (Participante 3, grupo da rede pública).

Falta de estrutura tecnológica dos hospitais

“Acho que uma das coisas também é a falta de estrutura. Eu acho que quando você lida com estruturas deficitárias, você encontra todos os todos os vieses” (Participante 8, grupo da rede pública).

Outras barreiras

Quanto maior a disponibilidade tecnológica, maior a solicitação de exames

“Ao longo dos anos, quanto mais recursos a gente tem, parece que mais a gente quer usar esses recursos com medo de errar” (Participante 1, grupo da rede privada).

“O fato de você ter o recurso e a tecnologia você termina usando mais” (Participante 6, grupo da rede privada).

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BARREIRAS ENCONTRADAS POR MÉDICOS PEDIATRAS AO ADOTAR ATITUDES DE CUSTO-CONSCIÊNCIA NA EMERGÊNCIA DE HOSPITAIS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE SALVADOR

Pesquisador: Carolina Villa Nova Aguiar

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58551622.1.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.548.526

Apresentação do Projeto:

Na medicina, igualmente as outras áreas do conhecimento, ocorreram avanços tecnológicos que resultaram na melhoria da qualidade do cuidado. Entretanto, junto com esse desenvolvimento, os médicos passaram a usar excessivamente os instrumentos diagnósticos, o que se transformou em um problema de saúde pública, visto que muitos desses procedimentos quando realizados não possuem contribuição clínica relevante para o paciente.

Projeto submetido em 1 de julho de 2022.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as barreiras enfrentadas por médicos pediatras de hospitais da rede pública e privada de Salvador (Bahia) ao adotarem atitudes custoconsciência na emergência.

Objetivo Secundário:

Explorar as possíveis diferenças entre as barreiras enfrentadas por médicos pediatras de hospitais da rede pública e privada de Salvador (Bahia) possuem ao adotarem atitudes custo-consciência na emergência.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.265-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.548.526

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores

Riscos:

Sempre há riscos envolvidos em pesquisas com pessoas. Neste trabalho, entende-se que os riscos da participação estão associados à possibilidade de quebra do sigilo da identidade do respondente. Para minimizar esse risco, todo e qualquer contato prévio da equipe de pesquisa com os participantes será realizado de forma individualizada (via e-mail com único destinatário, mensagem privada no WhatsApp ou pessoalmente). Nos grupos focais, os participantes serão sensibilizados sobre a importância de se manter o sigilo em relação aos conteúdos abordados nos grupos focais. Além disso, o material eletrônico (gravações e transcrições dos grupos focais) será salvo em um HD Externo usados exclusivamente para apenas esse fim, e ficará sob a responsabilidade da equipe de pesquisa.

Após o período previsto pela Resolução nº 466/12, todos os dados serão apagados e o dispositivo será formatado. Por fim, cada participante receberá um codinome e os seus verdadeiros nomes não serão mencionados, sob nenhuma hipótese, nas comunicações futuras da pesquisa. É preciso considerar que a presente pesquisa será realizada por meio da plataforma para reuniões digitais ZOOM MEETING. Trata-se de uma plataforma segura, que garante que ninguém além das pessoas presentes nas reuniões tenha acesso ao conteúdo nela gerados. Contudo, é importante registrar que os dados pessoais dos participantes podem ser compartilhados em algumas situações específicas. Essas situações estão previstas na política de privacidade, que pode ser acessada no link: <https://explore.zoom.us/pt/privacy/>. Por essa razão, os participantes serão alertados sobre esse risco e o link da política de privacidade será disponibilizado no TCLE. Identifica-se como risco adicional a possibilidade de mobilização por parte dos participantes causada pelas reflexões acerca de tópicos intimamente relacionadas à sua prática profissional. Para aqueles participantes que afirmarem ter sentido algum tipo de desconforto psicológico durante ou após a participação nos grupos focais, será oferecido um acolhimento (formato remoto) e, caso necessário, será garantido o direito a acompanhamento psicológico, que será realizado pela pesquisadora principal, psicóloga com inscrição ativa no Conselho Regional de Psicologia (CRP 03/9668). Outro risco é relacionado aos entraves que os participantes podem ter ao utilizarem os meios de comunicação on-line, seja por in experiências no uso de tecnologias, seja por desconhecimento do aplicativo. Para minimizar esse risco, os participantes receberão, via e-mail, instruções para realização do download da plataforma Zoom Meeting e para a entrada na reunião. Além disso, o contato da pesquisadora principal será disponibilizado para que dúvidas adicionais sejam sanadas.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: S.548.526

Benefícios:

Espera-se com esse estudo conhecer possíveis barreiras que médicos pediatras dos serviços de emergência de Salvador possuem ao adotar atitudes custo-consciência. É possível, ainda, fazer a categorização dessas barreiras, a identificação de possíveis diferenças entre a rede pública e privada, além de poder servir como base para intervenções educativas e profissionais nos locais de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa sobre atitudes custo-consciência no trabalho médico. Trata-se de um estudo observacional e qualitativo. Trata-se de uma amostra por conveniência. O acesso aos participantes se dará, inicialmente, pela rede de relacionamentos dos pesquisadores. Serão realizados três grupos focais, cada um composto por até 12 pediatras dos serviços de emergência de Salvador (Bahia). Haverá um grupo apenas com pediatras da rede pública, um grupo apenas com pediatras da rede privada e um outro grupo agregando pediatras tanto da rede pública, quanto da rede privada. Os participantes serão distribuídos pelos grupos de forma aleatória (sorteio simples), respeitando-se o critério de inclusão estabelecido para cada um deles (ser profissional da rede privada ou pública).

As reuniões serão realizadas de forma on-line através da plataforma "Zoom" em horário e dia a serem combinados com os participantes. Os médicos aptos a participarem da pesquisa serão convidados pelos pesquisadores através de e-mail, telefone pessoal (WhatsApp) ou presencialmente. Após a confirmação da participação, será enviado por e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a assinatura dos participantes. Os encontros dos grupos focais serão conduzidos pelos pesquisadores, havendo sempre um moderador para facilitar a dinâmica. No início do encontro, o moderador apresenta os objetivos e torna claro o que são atitudes custo-consciência em saúde. Além disso, o moderador será responsável por sensibilizar os participantes sobre a importância de se manter o sigilo em relação aos conteúdos que forem abordados no grupo. Após todos se apresentarem, o moderador abre para a escuta individual de cada participante sobre as barreiras encontradas para a adoção destas atitudes na emergência. O moderador também será responsável por abordar as questões que instiguem a reflexão dos participantes e coordenará os momentos de falas de cada um visando maior uniformidade de participação. Além disso, sempre haverá um observador responsável por registrar as falas dos participantes e realizar a gravação da reunião, após anuência de todos, com o objetivo

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

CEP: 40.285-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.548.526

de obter um conteúdo completo, preservando a identidade. Durante a realização dos grupos, o moderador e o observador permanecerão sozinhos, em salas fechadas, de modo a preservar a identidade do participante e garantir a confidencialidade dos conteúdos elaborados. Ademais, será instruído que os participantes também estejam sozinhos e em ambientes calmos e acolhedores durante as reuniões para minimizar as perdas relacionadas a distrações externas. Por se tratar de uma pesquisa realizada através de uma plataforma on-line, as instruções serão enviadas para os participantes como forma de ajudar aqueles que tiverem problemas com a utilização desses meios.

Critério de Inclusão: Médicos pediatras que trabalham em emergência da rede pública e privada de Salvador (Bahia).

Critério de Exclusão: Médicos pediatras da emergência da rede pública e privada aptos a participar da pesquisa e que fazem parte da campanha de custo-consciência, visto que esses encontram-se hipersensibilizados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta folha de rosto preenchida e assinada.

-Cronograma de Execução: Apresentado com previsão da coleta de dados de outubro a novembro de 2022.

Orçamento: Apresentado no valor de R\$ 400,00

-TCLE: Apresentado com correções.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética embasada na Res. 466/12 e documentos afins, as pendências assinaladas no Parecer Consubstanciado de nº 5.472.951 relativas a Metodologia, riscos e TCLE foram devidamente sanadas garantindo a execução deste projeto dentro da metodologia e objetivos propostos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições

definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274

Bairro: BROTAS

UF: BA Município: SALVADOR

Telefone: (71)2101-1921

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.548.526

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1942307.pdf	30/06/2022 16:00:53		Aceito
Outros	Respostas_CEP.docx	30/06/2022 16:00:39	Carolina Villa Nova Aguiar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/06/2022 16:00:23	Carolina Villa Nova Aguiar	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	30/06/2022 16:00:12	Carolina Villa Nova Aguiar	Aceito
Outros	GrupoFocal.docx	07/05/2022 09:32:07	Carolina Villa Nova Aguiar	Aceito
Folha de Rosto	folha_assinada.pdf	07/05/2022 09:19:05	Carolina Villa Nova Aguiar	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 27 de Julho de 2022

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274
Bairro: BROTAS
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921

CEP: 40.285-001

E-mail: cep@bahiana.edu.br