



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

PEDRO GUERRA JÚNIOR

**PERCEPÇÃO DE PEDIATRAS SOBRE AS
ESPECIFICIDADES DA ASSISTÊNCIA NO CONTEXTO
DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**SALVADOR/BA
2022**

PEDRO GUERRA JÚNIOR

**PERCEPÇÃO DE PEDIATRAS SOBRE AS ESPECIFICIDADES DA
ASSISTÊNCIA NO CONTEXTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para o título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Mônica Ramos Daltro.

**SALVADOR/BA
2022**

PEDRO GUERRA JÚNIOR

**PERCEPÇÃO DE PEDIATRAS SOBRE AS ESPECIFICIDADES DA
ASSISTÊNCIA NO CONTEXTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para o título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Mônica Ramos Daltro.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Suely Grosseman
Primeiro examinador

Prof.^a Dr.^a Iêda Maria Barbosa Aleluia
Segundo examinador

Prof. Dr. Manoel Luiz de Cerqueira Neto
Terceiro examinador

**SALVADOR/BA
2022**

Este trabalho de pesquisa é inteiramente dedicado aos meus pais, minha esposa e meu filho. São os maiores incentivadores das realizações dos meus sonhos. Muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de mestrado é uma longa viagem, que inclui uma trajetória permeada por inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos percalços pelo caminho, mas apesar do processo solitário a que qualquer pesquisador está destinado, reúne contributos de várias pessoas, indispensáveis para encontrar o melhor rumo em cada momento da caminhada.

Especialmente à minha orientadora, Professora Doutora Mônica Daltro, agradeço a orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e fecundo, uma visão crítica e oportuna, um empenho inexcedível e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com grande dedicação, passo por passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado.

Aos meus pais, Hilma e Pedro Guerra, que nunca mediram esforços para me ensinar o caminho do bem, e sempre me apoiaram em todas as etapas da minha vida. Sem vocês, eu não chegaria até aqui. Muito obrigado por tudo! O amor que sinto por vocês é incondicional.

À minha esposa, Izabela Hora Guerra, pelo amor, partilha, companheirismo e apoio, agradeço a enorme compreensão, generosidade e alegria com que me brindou constantemente, contribuindo para chegar ao fim deste percurso.

Ao meu querido filho, Lucca, que amo incondicionalmente e que foi o meu grande estímulo nesta caminhada.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública pela oportunidade da realização do curso de pós-graduação.

Ao Hospital Universitário de Lagarto, aos colegas pediatras, a toda gestão, a todos os colaboradores e pacientes, sem vocês, não seria possível concluir esse percurso.

Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste sonho.

"Cada sonho que você deixa para trás é um pedaço do seu futuro que deixa de existir"

Steve Jobs

RESUMO

A busca pelo serviço de saúde é uma experiência marcante que pode ser ameaçadora para a criança. O vínculo estabelecido pelo profissional é um importante recurso para uma melhor adaptação da criança e sua família. O uso das habilidades comunicacionais representa um componente relevante para a obtenção dos resultados esperados em saúde e satisfação do usuário. A forma como os médicos se relacionam na pediatria implica numa melhor compreensão do diagnóstico e adesão ao tratamento, além de diminuir os retornos ao serviço pelas mesmas queixas, contribuindo também para o sistema de saúde. Este estudo objetivou analisar a percepção dos pediatras sobre as especificidades da assistência à saúde da criança na unidade de urgência em um hospital universitário. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado com pediatras do serviço de urgência e emergência pediátrica do Hospital Universitário de Lagarto (HUL). Utilizou-se um roteiro para a entrevista semiestruturada com 14 pediatras, dividido em três partes (identificação, prática profissional e relação médico-paciente) entre fevereiro e abril de 2021, através da plataforma zoom. O processo de análise dos dados foi baseado no método de Análise de Conteúdo. A análise identificou as seguintes categorias temáticas: (1) Motivação para escolha da pediatria e percepção sobre suas especificidades, (2) Percepção sobre o serviço e satisfação profissional, (3) Desafios vivenciados no atendimento pediátrico e estratégias para superá-los, (4) Percepção sobre aspectos necessários à comunicação na pediatria, e (5) Práticas de comunicação no atendimento no serviço de urgência em pediatria. Na escolha da pediatria, fatores internos e externos contribuíram para decisão dos profissionais. As especificidades da pediatria foram referentes à relação médico-criança-família e às habilidades necessárias para um adequado desempenho na área pediátrica. Os pediatras consideraram o serviço em questão de alta qualidade e manifestaram os fatores que promovem e que limitam a satisfação profissional. Os pediatras expressaram os desafios na comunicação pediátrica e as estratégias para superá-los com vistas a favorecer um melhor vínculo entre os sujeitos na consulta. A consulta pediátrica foi descrita com base nas fases de atendimento: recepção da criança e família, anamnese e exame físico. Os profissionais demonstraram habilidades essenciais para o estabelecimento do vínculo com a criança e sua família. A percepção dos pediatras sobre a relação médico-paciente no contexto de atenção à saúde da criança na urgência possibilitou uma reflexão acerca dos elementos singulares envolvidos no processo de assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Pediatria. Relações Médico-Paciente. Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

The search for the health service is a remarkable experience that can be threatening for the child. The bond established by the professional is an important resource for a better adaptation of the child and his family. The use of communication skills represents a relevant component to obtain the expected results in health and user satisfaction. The way physicians interact in pediatrics implies a better understanding of the diagnosis and adherence to treatment, in addition to reducing returns to the service for the same complaints, also contributing to the health system. This study aimed to analyze the perception of pediatricians about the specifics of child health care in the emergency unit of a university hospital. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. The study was carried out with pediatricians from the pediatric urgency and emergency service of Hospital Universitário de Lagarto (HUL). A script was used for the semi-structured interview with 14 pediatricians, divided into three parts (identification, professional practice and doctor-patient relationship) between February and April 2021, through the zoom platform. The data analysis process was based on the Content Analysis method. The analysis identified the following thematic categories: (1) Motivation for choosing pediatrics and perception of its specificities, (2) Perception about the service and professional satisfaction, (3) Challenges experienced in pediatric care and strategies to overcome them, (4) Perception of aspects necessary for communication in pediatrics, and (5) Communication practices in pediatric emergency service. In choosing pediatrics, internal and external factors contributed to the professionals' decision. The specifics of pediatrics were related to the doctor-child-family relationship and the skills necessary for an adequate performance in the pediatric area. Pediatricians considered the service in question to be of high quality and expressed the factors that promote and limit professional satisfaction. Pediatricians expressed challenges in pediatric communication and strategies to overcome them in order to promote a better bond between subjects in the consultation. The pediatric consultation was described based on the phases of care: reception of the child and family, anamnesis and physical examination. The professionals demonstrated essential skills for establishing a bond with the child and his/her family. The pediatricians' perception of the doctor-patient relationship in the context of child health care in the emergency room made it possible to reflect on the unique elements involved in the care process.

KEYWORDS: Pediatrics. Physician-Patient Relations. Health Communication.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	10
2 INTRODUÇÃO	11
3 OBJETIVOS	13
3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	13
3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	13
4 REVISÃO DA LITERATURA	14
5 METODOLOGIA	22
5.1 DESENHO DO ESTUDO	22
5.2 LOCAL DO ESTUDO	22
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	23
5.4 SISTEMÁTICA DA COLETA DE DADOS	23
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	24
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
6 RESULTADOS	28
6.1 MOTIVAÇÃO PARA ESCOLHA DA PEDIATRIA E PERCEPÇÃO SOBRE SUAS ESPECIFICIDADES	31
6.1.1 Fatores que motivaram a escolha da pediatria	31
6.1.2 Percepção sobre as especificidades da pediatria	34
6.2 PERCEPÇÃO SOBRE O SERVIÇO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	36
6.2.1 Percepção sobre o serviço	36
6.2.2 Satisfação profissional	38
6.3 DESAFIOS VIVENCIADOS NO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS	42
6.3.1 Desafios vivenciados	42
6.3.2 Estratégias para superar desafios	49
6.4 PERCEPÇÃO SOBRE ASPECTOS NECESSÁRIOS À COMUNICAÇÃO NA PEDIATRIA	52
6.4.1 Comunicação com a família	52
6.4.2 Comunicação com a criança	54
6.5 PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PEDIATRIA	63
6.5.1 Recepção	63

6.5.2 Anamnese	64
6.5.3 Exame físico.....	66
7 DISCUSSÃO	69
8 CONCLUSÃO.....	87
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE A – ARTIGO 1	107
APÊNDICE B – ARTIGO 2	121
APÊNDICE C – ARTIGO 3	131
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	145
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	147
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	150

1 APRESENTAÇÃO

A dissertação intitulada “Percepção de Pediatras sobre as Especificidades da Assistência no Contexto de Urgência Pediátrica de um Hospital Universitário” apresenta o resultado de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa realizada por um pediatra que há 15 anos atua na assistência à saúde da criança no Estado de Sergipe na região nordeste do Brasil.

A dissertação buscou analisar especificidades envolvidas no fazer cotidiano da pediatria que ultrapassam a dimensão técnica instrumental dessa especialidade. Para dar conta da complexidade envolvida no fenômeno em estudo, esta dissertação está apresentada em duas modalidades:

- A modalidade dissertativa clássica, dando conta do objetivo primário de analisar a percepção dos pediatras sobre as especificidades da assistência na unidade de urgência pediátrica em um hospital universitário;
- E anexo uma coletânea de três artigos que apresentam temas que tangenciaram a construção da dissertação e se colocaram como objetivos secundários, a saber: um relato de experiência sobre a vivência do pediatra pesquisador durante a pandemia de COVID-19; um artigo sobre a escolha pela pediatria, temática que se apresentou durante as entrevistas; e um artigo sobre as questões de gênero presente no contexto da pediatria, que também emergiu de forma espontânea nas entrevistas realizadas.

O resultado deste trabalho é, na opinião do autor e da orientadora, um retrato analítico dos desafios presentes no cotidiano de um pediatra que pode contribuir sobremaneira com a literatura, especialmente para a formação de novos profissionais da área.

2 INTRODUÇÃO

Na saúde pública, a atenção à criança deve ser prioritária, tendo em vista a suscetibilidade ao adoecimento em função da própria idade. Para uma efetiva atenção, é necessária a estruturação e integração dos diferentes serviços com o objetivo de promover a saúde da criança visando a redução dos índices de morbimortalidade infantil¹.

O adoecimento é uma das primeiras crises que as crianças enfrentam². Dentro desse contexto, a urgência pediátrica merece atenção por ser um local de grande procura das crianças por assistência à saúde, mesmo diante de causas sensíveis à atenção primária^{3,4}. A alta demanda na urgência pediátrica justifica-se, segundo os acompanhantes, por razões como a qualidade do atendimento, acessibilidade e ausência do médico na atenção primária⁴.

A busca pelo serviço de saúde é uma experiência marcante que pode ser ameaçadora para a criança^{5,6}. As consequências negativas dependem de diversos fatores e podem se apresentar na forma de choro, tristeza, agressão, perda do interesse, isolamento e regressão de comportamentos². Dessa forma, o vínculo estabelecido pelo profissional é um importante recurso para uma melhor adaptação da criança e sua família⁵.

O modelo biomédico tem como foco a doença e a valorização dos fatores biológicos do paciente, configurando uma abordagem insuficiente no processo saúde-doença. O modelo biopsicossocial, por outro lado, favorecesse uma visão centrada no paciente ao considerar suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, tornando a relação entre médico e paciente um dos eixos fundamentais no atendimento⁷.

Esse modelo biopsicossocial propõe a atenção e o cuidado à saúde, compreendida como bem-estar físico, psicológico e social, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS⁸. A prática clínica fundamentada nessa racionalidade tem por base a escuta, sobre a vivência pessoal da saúde e da doença, colocando a relação médico-paciente no centro do cotidiano profissional⁷.

Para o estabelecimento da relação médico-paciente, a comunicação é fundamental e exige habilidades e conhecimento por parte do profissional⁹. O uso das habilidades

comunicacionais representa um componente relevante para a obtenção dos resultados esperados em saúde e satisfação do usuário^{10,11}.

Na pediatria, a comunicação possui características peculiares comparadas aos pacientes adultos^{12,13}. A relação interpessoal é marcada por uma vinculação tríade, na qual há o envolvimento do médico, da criança e da família. A forma como os médicos se relacionam com a criança e sua família implica numa melhor compreensão do diagnóstico e adesão ao tratamento, além de diminuir os retornos ao serviço pelas mesmas queixas, contribuindo também para o sistema de saúde^{14,15}.

Observa-se que os estudos que tratam sobre a relação médico-paciente na pediatria trazem a percepção das crianças e dos pais^{14,15}. Considerando os altos índices de procura por atendimento pediátrico nas urgências, e a escassez de estudos referentes a relação interpessoal na pediatria na visão dos médicos, surgiu o seguinte questionamento: Qual a percepção dos pediatras sobre as especificidades da pediatria no contexto da assistência à saúde da criança na unidade de urgência?

A análise das percepções dos pediatras é fundamental para o aprimoramento da qualidade de atenção à saúde da criança e dos serviços de saúde. Ademais, a compreensão dos fatores que influenciam essa relação pode contribuir com o ensino nas escolas médicas e, portanto, refletir em uma formação humanizada dos futuros profissionais.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar a percepção dos pediatras sobre as especificidade da assistência na unidade de urgência pediátrica em um hospital universitário.

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Compreender a motivação para escolha da pediatria e a percepção sobre suas especificidades (APÊNDICE A);
- Descrever a experiência de um médico pediatra na assistência à saúde da criança durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19 (APÊNDICE B);
- Analisar como os pediatras percebem as vivências de gênero no cotidiano do trabalho discutindo os efeitos desse na prática profissional (APÊNDICE C).

4 REVISÃO DA LITERATURA

A Pediatria, como especialidade médica, surgiu no final do século XVIII, a partir de movimentos sociais que resultaram em um maior cuidado às crianças¹⁶. A criança, atualmente, representa um sujeito histórico, social e cultural, que faz parte da primeira fase da vida, de geração e amadurecimento, a chamada infância^{17,18}. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, considera-se criança, a pessoa até doze anos de idade incompletos¹⁹.

A construção da representação da infância e da figura da criança foi assumindo diferentes contextos ao longo do tempo, a partir das condições históricas, políticas e culturais^{20,21}. A busca por essa interpretação é um objeto de estudo relativamente novo²². Os conhecimentos médicos e o cuidado com a criança têm por base a reflexão sobre a infância, pois, o interesse social pelas crianças tem por consequência um interesse médico^{16,21}.

Na antiguidade, a mortalidade infantil era bastante elevada, em função das condições precárias de sobrevivência ou por opção de decidir quando o recém-nascido poderia nascer e continuar sobrevivendo. Na Idade Média, as crianças sobreviventes não tinham uma percepção de transição para a fase adulta, pois a sociedade percebia as crianças como adultos em menor escala. Já na Idade Moderna, a infância se constituiu como uma categoria social, compreendida como um indivíduo que tem um importante papel para a sociedade^{21,23}.

A partir da mudança do significado da criança como um sujeito, com especificidades próprias, emergiu a necessidade da elaboração de políticas sociais e educacionais próprias para esse grupo²¹. Conseqüentemente, a pediatria surgiu com a exigência de uma área específica de assistência à criança. No entanto, há de se refletir sobre a relação médico-paciente na pediatria no que tange a práxis em saúde devido à crença, em diversas situações, que a criança não se configura como um sujeito competente para participar ativamente do seu processo saúde-doença¹⁷.

A relação médico-paciente é uma premissa central na medicina, caracterizada pelos compromissos de todos os envolvidos. O sucesso dessa interação associa-se a melhores resultados terapêuticos, assim como contribui para a satisfação do paciente e

realização profissional do médico¹⁴. Em pediatria, a relação entre o médico e paciente torna-se particular por envolver a criança e o acompanhante, devendo-se equilibrar a interação entre esses sujeitos²⁴.

Historicamente, a relação médico-paciente sofreu alterações ao longo do tempo. No Antigo Egito, essa relação era marcada por atitudes autoritárias do médico através de práticas mágicas e religiosas. Na Grécia Antiga, a medicina baseava-se na igualdade entre o médico e o paciente, quando surgiu o Juramento de Hipócrates, que serviu para estabelecer um código de ética médica e fornecer direitos ao paciente²⁵.

Na Europa medieval, houve uma retomada das crenças religiosas com consequente regressão da relação médico-paciente. Com o Renascimento, houve uma mudança nessa relação para atitudes cooperativas entre ambos. No século XVIII, o modelo de doença era baseado na interpretação dos sintomas do paciente e, com o avanço da medicina, um novo modelo foi desenvolvido tornando o paciente dependente do conhecimento técnico-científico. Finalmente, nas últimas décadas, houve uma mudança a favor do lado humanista da medicina, com o surgimento das teorias na área da psicologia, favorecendo o desenvolvimento da comunicação e levando à criação de uma medicina centrada no paciente²⁵.

Em 1972, o professor Robert Veatch propôs quatro modelos de relação entre o médico e o paciente: sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista. O modelo sacerdotal, baseado na tradição hipocrática, afirma que o médico assume uma atitude paternalista em relação ao paciente, caracterizada pela autoridade do médico e submissão do paciente. No modelo engenheiro, o médico assume uma atitude de acomodação de forma que o poder se concentra nas decisões do paciente. O modelo colegial é definido por um poder compartilhado entre o médico e o paciente, ao passo que o modelo contratualista estabelece que o médico é detentor dos conhecimentos e o paciente participa em conjunto das decisões com o profissional²⁶.

À medida em que o conhecimento científico evoluiu e novas características da relação médico-paciente surgiram, foram criados modelos de saúde e doença para explicar tais fenômenos, com destaque ao modelo biomédico e biopsicossocial²⁷. O modelo biomédico tem como abordagem a patogenia e a terapêutica, e se caracteriza como individual, curativo, centrado na figura do médico, fragmentado, especialista e

hospitalocêntrico²⁷. Apesar de importante na abordagem específica do tratamento da criança, esse modelo possui limitações diante dos problemas sociais. Neste sentido, os profissionais da pediatria devem promover uma assistência que tem por base a interdisciplinaridade com vistas a superar esse modelo limitante²⁸.

Atualmente, observa-se que as intervenções em saúde buscam substituir o modelo biomédico por um modelo que permite resolutividade e atenda as necessidades do paciente de forma integral. O modelo biopsicossocial considera que a saúde e doença são condições multifatoriais, determinadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, em constante interação²⁹.

Na abordagem biopsicossocial, o vínculo entre o profissional e o usuário é baseado na escuta compartilhada, possibilitando uma coparticipação mais ativa no processo saúde-doença, como também uma maior consideração em relação aos aspectos pessoais e psicossociais²⁹. Essa maior complexidade exige uma nova atitude diante dos enfrentamentos no campo da saúde infantil²⁸.

Diante dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como da universalidade, integralidade, equidade, hierarquização e participação social, tornou fundamental a adoção de medidas focadas na formação e capacitação dos profissionais médicos para efetivação de um novo paradigma em saúde²⁹. Dessa forma, as escolas médicas repensaram sua forma de ensino, alterando as estruturas curriculares e incorporando modernas técnicas de comunicação, a fim de desenvolver nos futuros profissionais habilidades de comunicação efetivas³⁰.

Um foco de recente interesse para investigação na pediatria refere-se aos processos de comunicação estabelecidos entre médicos, familiares e pacientes, considerando que o modo como os médicos se comunicam com os usuários tem um impacto crucial na recepção do diagnóstico e vivência do tratamento pelos pacientes e seus cuidadores³¹. Ademais, a forma de comunicação pode repercutir em diminuição dos retornos ao serviço pelas mesmas queixas beneficiando o sistema de saúde^{14,15}.

A consulta médica é o momento oportuno para estabelecer o vínculo entre o médico e o paciente e exige, para tal, habilidades comunicacionais para atingir os objetivos necessários³². O atendimento pediátrico envolve a interação mínima em tríades (médico-paciente-acompanhante), situação que abrange uma dinâmica interativa que

difere das consultas em outras faixas etárias em que apenas uma díade participa dos processos comunicativos^{31,33}.

Verifica-se nos estudos sobre comunicação triádica na pediatria a não participação da criança durante a consulta médica, de forma que uma maior vinculação ocorre entre o profissional e os pais, enquanto a criança é excluída. Alguns médicos consideram que é importante omitir as informações para a criança na tentativa de protegê-la, como também acreditam que a criança pode não querer colaborar com o tratamento. Além dessas questões, a exclusão da criança na consulta pode se dar devido ao fato de o médico não possuir habilidades para se comunicar com a criança^{34,35}.

No entanto, a omissão da criança durante o processo comunicacional é prejudicial na terapêutica da mesma. Para as crianças, os profissionais que se comunicam, especialmente através de meios lúdicos, são mais avaliados positivamente, além de contribuírem para uma melhor experiência durante a internação hospitalar³⁶.

Um componente fundamental do processo de comunicação, que deve ser amplamente explorada, é a linguagem não-verbal, demonstrada por gestos, expressões faciais e movimentos corporais, configurando a chamada paralinguagem³². Entre os aspectos relevantes da paralinguagem, encontram-se o uso do espaço, o movimento nesse espaço e a utilização do toque, denominados de linguagem proxêmica, cinésica e taxêmica, respectivamente³⁷.

Durante o processo de comunicação, deve-se considerar os elementos influenciadores. Os ruídos, por exemplo, são elementos físicos externos aos participantes da comunicação, como uma grande quantidade de pessoas e interrupções à consulta. Outro elemento que influencia na comunicação são as interferências internas aos comunicadores, como as interferências cognitivas, emocionais e socioculturais³².

Estratégias tornam-se necessárias para contornar as dificuldades durante o processo de comunicação. Um dos atributos importantes é o fortalecimento do sentimento de empatia entre profissional e usuário, caracterizada pela capacidade do ser humano de se colocar no lugar do outro. Atitudes empáticas são comumente retratadas na pediatria como forma de validar os sentimentos e as angústias dos pais e adquirir sua confiança^{38,39}.

A empatia pode ser estimulada desde o período da formação médica por intervenções educacionais diversas, desde a exposição a modelos de comportamentos até a aprendizagem com pacientes reais⁴⁰⁻⁴². Considerando que a empatia é primordial na prática e que a pediatria é uma das especialidades entre as mais escolhidas, a comunicação empática deve ser incorporada no contexto médico e educacional^{40,43,44}.

Estudos avaliaram os níveis de empatia entre os estudantes de medicina. Aguiar⁴⁵ demonstrou que a personalidade, como extroversão e amabilidade, contribui com uma maior empatia. Nascimento *et al.*⁴⁶ verificaram que os concluintes tendiam a ser mais empáticos que os ingressantes. Além disso, o gênero feminino, ausência de doença pessoal, morar em residência própria e a menor idade foram identificados como preditores de uma maior empatia com os pacientes.

A questão do gênero é um ponto relevante ao considerar a relação médico-paciente na pediatria. A empatia, o reconhecimento dos fatores psicossociais e a assistência centrada no paciente são práticas humanizadas frequentemente descritas como predominantes em mulheres⁴⁶⁻⁴⁸. Compreender o paciente de forma integral e a relação médico-paciente foram fatores considerados por acadêmicas de medicina ao escolher sua especialidade⁴⁷.

Além da empatia, outros aspectos estão intrinsicamente associados com o estabelecimento da relação médico-criança-família. Nesse processo, práticas humanizadas são necessárias e podem receber influência de características próprias do profissional, a respeito da sua personalidade⁴⁹⁻⁵¹.

Na pediatria, observa-se que os profissionais médicos apresentam características comuns demonstrando serem confiáveis, perseverantes, controladores, cooperativos, encorajadores e extrovertidos^{49,52}. Esses traços de personalidade dos profissionais pode refletir na sua prática profissional tendo em vista que a pediatria demanda um perfil emocional particular para lidar com a criança e com a família⁴⁹.

A personalidade, ademais, pode contribuir para as escolhas profissionais e tendenciar a preferência por determinadas áreas da medicina. A pediatria, por ser uma área essencialmente clínica, recebe profissionais com algumas características, como a predileção por uma melhor comunicação e contato com o paciente^{53,54}. Além disso, o fortalecimento da relação médico-paciente, incluindo a possibilidade de desenvolver

relações mais prolongadas e assistir os pacientes e sua família, foram fundamentais entre estudantes que preferem trabalhar na pediatria⁵⁵.

A análise da motivação das escolhas profissionais dos pediatras adquire importância ímpar para uma melhor compreensão da relação médico-paciente. Segundo Robbins⁵⁶, a motivação refere-se ao processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de um indivíduo para alcançar uma determinada meta. Esse processo é resultado de uma influência mútua entre fatores internos e externos ao indivíduo.

Os fatores internos, também chamados de intrínsecos, compreendem os estímulos do próprio indivíduo, como as necessidades, objetivos e habilidades. Por outro lado, os fatores externos, ou extrínsecos, relacionam-se aos estímulos da situação ou do ambiente que podem despertar interesse ou representar recompensas nos indivíduos⁵⁷.

Ao analisar os estudos que tratam sobre as especialidades médicas, verifica-se que as mais escolhidas são as grandes áreas da medicina: clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia^{43,44,58,59}. Apesar de a pediatria ser uma das especialidades de maior preferência, as pesquisas sobre os fatores motivacionais para sua escolha são ainda escassas^{44,57}.

A escolha da especialidade médica é uma importante decisão que determina a trajetória do profissional mediada por fatores internos e/ou externos⁴⁷. Estudos apontam diversos fatores contribuintes, como o mercado de trabalho, preferências, renda desejada, afinidade, personalidade, características sociodemográficas, atributos pessoais, prestígio social, tempo de especialização, circunstâncias familiares, flexibilidade, ambiente da prática e qualidade de vida^{47,57,60-63}.

Além das questões que envolvem os próprios profissionais, salienta-se também a influência das crianças e dos pais ou responsáveis no estabelecimento da relação médico-paciente-família, visto que, segundo Suchman⁶⁴, essa relação é regulada entre estes sujeitos.

Como a comunicação está envolvida no processo de formação do vínculo interpessoal, a baixa instrução e o baixo recurso financeiro do acompanhante são interferências cognitivas e socioculturais que, caso não sejam contornadas ou

amenizadas, podem gerar prejuízos no processo comunicacional e, conseqüentemente, na relação médico-criança-família^{65,66}.

As interferências emocionais merecem atenção na pediatria por se tratar de pacientes que, além de serem vistos como dependentes e frágeis, despertam sentimentos de medo e ansiedade nos familiares quanto à situação de saúde. Esse clima de tensão pode prejudicar a relação entre os sujeitos, assim como evoluir para atitudes agressivas contra os profissionais^{32,67}.

Com o processo de comunicação, se inicia também o processo de formação da imagem do outro, através da criação de estereótipos, seja pelo profissional ou pelo paciente/acompanhante. Apesar de ser natural a busca de conhecimento sobre o outro, as pressuposições podem prejudicar a relação médico-paciente³².

O profissional pode ser disfuncional e realizar uma excessiva projeção sobre o paciente ao realizar julgamentos ou generalizações. Assim, este deve ter atenção quanto às suas tendências a fim de melhorar a vinculação estabelecida com os mesmos³². Quanto aos pacientes, a relação médico-paciente na pediatria pode ser influenciada por estereótipos dos pais em relação aos profissionais. A escolha do médico para assistir a criança pode ser reflexo de estereótipos, principalmente de gênero e idade^{68,69}.

Sobre o gênero, a preferência por pediatras mulheres pode estar relacionada à crença dos pais que estas possuem maior potencial em demonstrar atitudes humanizadas com as crianças⁶⁸. No que se refere à idade, os médicos jovens recebem estereótipos de insegurança, de tal forma que pacientes podem julgar maior satisfação quando atendidos por médicos mais velhos⁶⁹.

Além das interferências advindas dos profissionais e dos pacientes/acompanhantes, a gestão organizacional pode repercutir na qualidade do atendimento e, conseqüentemente, na relação estabelecida entre os sujeitos. A organização tem por base aspectos relacionados à infraestrutura e recursos humanos e, quando em condições adequadas, a assistência médica de qualidade é assegurada⁷⁰.

O trabalho dos profissionais na área de urgência e emergência, principalmente na pediatria devido às suas particularidades, necessita de atenção quanto à saúde física e mental dos mesmos, tendo em vista o enfrentamento de problemas relacionados à

sobrecarga, limitações dos recursos, tensão, situações de agressividade e várias atribuições^{71,72}. Os profissionais podem evoluir com quadros de esgotamento e repercutir também na qualidade da comunicação e vínculo com a criança e acompanhante⁶⁵.

Diante dessas questões, a análise de como os médicos estabelecem a comunicação e a relação com a criança e família, assim como dos fatores envolvidos nesse processo, é fundamental para o aprimoramento da consulta médica e conseqüente melhoria do atendimento do indivíduo e da otimização dos recursos do sistema de saúde⁷³.

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Este tipo de pesquisa proporciona a compreensão do cotidiano e das experiências vivenciadas pelos próprios sujeitos, permitindo a descrição e interpretação dos fenômenos observados^{74,75}.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no serviço de urgência e emergência pediátrica do Hospital Universitário de Lagarto (HUL), localizado na cidade de Lagarto/SE, região Centro-Sul do Estado. O HUL é vinculado à Universidade Federal de Sergipe (UFS), conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e faz parte da Rede Hospitalar Ebserh.

Considerado uma referência para a rede de Urgência e Emergência do Estado de Sergipe, o hospital atende a população de seis municípios circunvizinhos e também a região Norte do Estado da Bahia. Por se tratar de um hospital de ensino, o HUL contribui também com a formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento de pesquisas.

Em relação aos atendimentos pediátricos, o hospital dispõe de serviços de urgência e emergência com porta aberta, internamento clínico e ambulatório com diversas especialidades para o público infantil de zero a 12 anos, 11 meses e 29 dias de idade.

O serviço pediátrico hospitalar possui quatro ambientes, adaptados à situação da pandemia da COVID-19: uma enfermaria com cinco leitos para casos suspeitos; uma enfermaria com cinco leitos para casos não suspeitos; uma ala amarela com cinco leitos para estabilização de casos suspeitos; e uma área para casos não suspeitos com dois leitos de estabilização e poltronas para observação. A urgência dispõe de dois pediatras por plantão de 24 horas e recebe acadêmicos de medicina do quinto e sexto ano.

Sobre a dinâmica do serviço de urgência, a unidade dispõe de um serviço de classificação de risco das crianças que requerem diferentes condutas e ambiente de atendimento. Os pacientes que são classificadas como azuis ou verdes são encaminhadas para o consultório e as fichas de atendimento são colocadas em uma caixa em frente ao

mesmo. As crianças classificadas em amarelo ou vermelho vão, respectivamente, para a ala amarela ou vermelha da pediatria.

A escolha da unidade de urgência para o presente estudo justificou-se por esta possuir um contexto específico em relação à atuação profissional e relação médico-paciente, que difere dos demais setores, como o internamento e ambulatório pediátrico.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi composto por 14 médicos pediatras do HUL. Os critérios de inclusão foram médicos com título de especialista em pediatria, admitidos por concurso público no referido hospital e com atuação profissional no serviço de urgência e emergência pediátrico. Os critérios de exclusão foram médicos licenciados há mais de seis meses do trabalho ou que não puderam participar por motivos de saúde ou falta de disponibilidade.

Todos os pediatras do serviço de urgência do HUL foram convidados a participar da pesquisa. Do total de 17 pediatras, dois não puderam participar por motivos de problemas de saúde e um alegou falta de tempo para participar das entrevistas.

5.4 SISTEMÁTICA DA COLETA DE DADOS

Utilizou-se um roteiro para a entrevista semiestruturada, elaborado pelos pesquisadores responsáveis, a partir da vivência profissional. O roteiro foi dividido em três partes: I - identificação; II - prática profissional; e III - relação médico-paciente (APÊNDICE A).

A primeira parte teve como objetivo a identificação do participante da pesquisa em relação aos seguintes dados: nome completo, idade, gênero, cor/raça, estado civil, naturalidade e número de filhos.

A segunda parte teve como objetivo obter informações sobre a trajetória e prática profissional com relação às seguintes informações: ano e local de formação médica, ano e local de formação em pediatria, tempo de prática em pediatria, motivos da escolha da especialidade, influências na escolha da especialidade, avaliação do serviço pediátrico do hospital, interferência da gestão organizacional na prática profissional, tempo de admissão no hospital, carga horária semanal e percepção de atuação no serviço público.

A terceira parte do roteiro teve como objetivo buscar as percepções dos profissionais sobre a relação médico-paciente, através das seguintes informações: especificidades da relação médico-paciente na pediatria, desafios e facilitadores da comunicação com o paciente e familiares, estratégias de comunicação, inclusão do depoimento da criança na consulta, rotina no atendimento, influência do poder de fala na relação médico-paciente, influência da maternidade/paternidade na relação médico-paciente e relato de um caso na prática profissional.

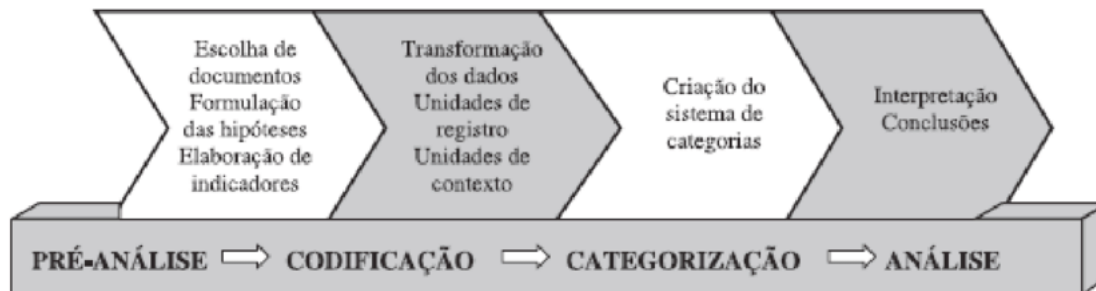
A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e abril de 2021, através de entrevistas individuais com os médicos pediatras, os quais foram convidados pessoalmente no HUL pelo pesquisador responsável. Após o convite, foram explicados os objetivos da pesquisa aos participantes elegíveis. Foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado por documento online (APÊNDICE B).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas na modalidade remota através da plataforma Zoom, com um encontro para cada participante e duração entre uma e duas horas. Realizou-se a gravação de áudios e vídeos dos entrevistados, após o consentimento, para posterior transcrição e análise dos dados. Considerando o vínculo profissional existente entre pesquisador e participantes, duas estudantes de Iniciação Científica, acadêmicas do último ano dos cursos de Psicologia e de Medicina, vinculadas ao grupo de pesquisa, já com experiência na realização de entrevistas em contexto de pesquisa, foram cuidadosamente treinadas para realização das entrevistas, garantindo maior conforto aos entrevistados.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise dos dados foi baseado no método de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin⁷⁶, que compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações aplicadas a discursos diversificados, através de procedimentos sistemáticos. O método tem por objetivo analisar o que foi dito em meio a uma investigação, construindo e apresentando concepções em torno de um objeto de estudo. A análise dos dados coletados seguiu as etapas definidas de pré-análise, exploração do material (codificação e categorização) e interpretação dos resultados (FIGURA 1).

Figura 1. Etapas do processo de Análise de Conteúdo.



Fonte: Bardin⁷⁷.

A pré-análise consiste na primeira etapa que tem como finalidade “tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise”⁷⁶ (p.125). A primeira atividade da pré-análise é a chamada leitura flutuante, que corresponde ao contato inicial com os documentos que contém os dados a serem analisados⁷⁶.

A escolha dos documentos sucede a leitura flutuante e representa o momento de reunir os materiais relevantes à análise, constituindo o *corpus*. Este configura-se em um “conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”⁷⁶ (p.126).

Para constituição do *corpus*, Bardin⁷⁶ orienta que o pesquisador deve seguir as regras da exaustividade (não retirar documentos sem justificativa rigorosa), representatividade (possibilidade de generalizar a amostra escolhida), homogeneidade (seleção dos documentos com base em critérios) e pertinência (adequação aos objetivos da pesquisa).

Ainda na etapa de pré-análise, o pesquisador pode formular hipóteses e objetivos para posterior confirmação na análise dos dados, como também identificar os índices que serão utilizados na elaboração dos indicadores. O índice pode ser um trecho mencionado que possui relação com um tema e serve para indicar alguma resposta⁷⁶.

Em seguida, a exploração do material é realizada para a categorização ou codificação dos dados, isto é, o agrupamento em unidades de registro e de contexto que pode ser facilitado por meio de estratégias como a repetição de palavras e/ou termos.

O processo de construção de categorias foi todo elaborado a partir da perspectiva desenhada por Bardin⁷⁶. A análise das categorias, entretanto, foi construída a partir da proposição de Gomes e Minayo⁷⁸ que constroem uma interpretação hermenêutico-

dialética da leitura dos dados, na qual considera-se a dimensão quantitativa que registra as repetições de conteúdo para construção de categorias, mas prioriza um segundo nível de interpretação que considera os aspectos subjetivos (aspectos sociais, históricos, políticos, etc) implícitos ou explícitos nas narrativas.

O material foi organizado para reunir as informações da percepção dos pediatras sobre a relação médico-paciente, de forma que todas as entrevistas foram incluídas para constituir o *corpus*, conforme as regras para seleção (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência). Os indicadores foram as perguntas norteadoras e os índices utilizados foram os trechos das falas dos pediatras a respeito de um tema em resposta aos indicadores. Com base nos índices, os dados foram organizados e analisados de acordo com as afinidades temáticas.

Na sequência, foram selecionadas as unidades de registro e, posteriormente, foram elencadas as categorias, a partir do agrupamento semântico, ou seja, de acordo com o significado e sentido das unidades linguísticas. Para a interpretação dos resultados categorizados, utilizou-se a estratégia de emparelhamento que consiste na comparação dos dados dentro de uma mesma categoria. Para ilustração dos resultados, foram criados mapas mentais para cada categoria com suas respectivas subcategorias e unidades de registro.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS), com o registro do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 39859120.3.0000.5546 e sob parecer número 4.530.759 (ANEXO A). A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do CEP/UFS e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) pelos participantes, sendo garantidos o direito à privacidade, sigilo, confidencialidade e anonimidade de dados pessoais, de voz e de imagem. Os dados coletados serão mantidos em local restrito de acesso apenas aos pesquisadores.

Para a descrição dos resultados, utilizou-se nomes dos personagens das obras do escritor Jorge Amado com a finalidade de preservar a identidade dos participantes da pesquisa e, simultaneamente, trazer para o texto uma identificação afetiva com a população brasileira e com a clínica pediátrica que se realiza no Nordeste do país.

6 RESULTADOS

A população do estudo foi constituída por 14 pediatras, sendo três do gênero masculino e 11 do gênero feminino, com idade variando entre 29 e 53 anos. A maior parte declarou-se como raça negra (pretos e pardos) e estado civil casado.

Com relação à ter filhos, metade dos entrevistados afirmaram não possuir filhos. Sobre a naturalidade, sete informaram ser natural do estado de Sergipe, cinco da Bahia, um do Rio de Janeiro e um de Minas Gerais. A tabela 1 reúne as características demográficas dos entrevistados.

Tabela 1. Descrição das características demográficas dos entrevistados. Lagarto/SE, 2021.

Participante	Idade (anos)	Gênero	Cor/raça	Estado civil	Filhos
Tieta	34	Feminino	Parda	Casada	Não possui
Gabriela	50	Feminino	Branca	União estável	2 filhos
Pedro	40	Masculino	Pardo	Casado	3 filhos
Don'Ana	29	Feminino	Branca	Solteira	Não possui
Tereza	32	Feminino	Parda	Casada	Não possui
Antônio	36	Masculino	Parda	Solteiro	Não possui
Dona Flor	37	Feminino	Parda	União estável	Não possui
Dora	38	Feminino	Branca	União estável	1 filho
Lívia	35	Feminino	Branca	Casada	2 filhos
Guma	53	Masculino	Parda	Casado	2 filhos
Maria Clara	30	Feminino	Branca	Solteira	Não possui
Eugênia	37	Feminino	Branca	Casada	1 filho
Maria de Lourdes	31	Feminino	Negra	Casada	1 filho
Mara	33	Feminino	Parda	Solteira	Não possui

Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

Durante a entrevista, questionou-se o tempo de formação em medicina e em pediatria. No que diz respeito à formação médica, o tempo de formado variou entre seis e 26 anos, ao passo que o tempo de formação em pediatria variou entre quatro e 23 anos (TABELA 2).

Tabela 2. Tempo de formação em medicina e em pediatria dos entrevistados. Lagarto/SE, 2021.

Médico	Tempo de formação em medicina (anos)	Tempo de formação em pediatria (anos)
Tieta	7	5
Gabriela	26	23
Pedro	17	4
Don'Ana	6	4
Tereza	8	4
Antônio	10	7
Dona Flor	12	5
Dora	15	12
Lívia	11	9
Guma	25	22
Maria Clara	6	4
Eugênia	13	8
Maria de Lourdes	8	6
Mara	7	5

Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

Todos os participantes possuem especialização em pediatria através da modalidade residência médica. Sobre a atuação na área pediátrica, para a maioria dos participantes, esta iniciou-se a partir do ingresso na residência médica, enquanto outros relataram ter iniciado enquanto médico generalista na atenção primária, nos ambulatórios ou serviços de urgência.

Em relação ao serviço prestado no local do presente estudo, os pediatras informaram possuir uma carga horária de 24 horas semanais distribuída em um dia, com

responsabilidade em atender crianças no pronto-socorro, acompanhar as que ficam em observação e/ou estabilização no setor e também prestar assistência às crianças que tiverem intercorrência na enfermaria, na ausência do médico diarista.

Nas entrevistas, os participantes narraram sobre a atuação profissional e a percepção da relação médico-paciente na pediatria. Nesse contexto, surgiram diferentes categorias em paralelo aos objetivos específicos deste estudo: (1) Motivação para escolha da pediatria e percepção sobre suas especificidades, (2) Percepção sobre o serviço e satisfação profissional, (3) Desafios vivenciados no atendimento pediátrico e estratégias para superá-los, (4) Percepção sobre aspectos necessários à comunicação na pediatria, e (5) Práticas de comunicação no atendimento no serviço de urgência em pediatria. O quadro 1 apresenta as categorias e subcategorias do estudo.

Quadro 1. Categorias e subcategorias das percepções de médicos pediatras sobre o percurso formativo e profissional. Lagarto/SE, 2021.

Motivação para escolha da pediatria e percepção sobre suas especificidades

- Fatores que motivaram a escolha da pediatria
- Percepção sobre as especificidades da pediatria

Percepção sobre o serviço e satisfação profissional

- Percepção sobre o serviço
- Satisfação profissional

Desafios vivenciados no atendimento pediátrico e estratégias para superá-los

- Desafios vivenciados
- Estratégias para superar desafios

Percepção sobre aspectos necessários à comunicação na pediatria

- Comunicação com a família
- Comunicação com a criança

Práticas de comunicação no atendimento no serviço de urgência em pediatria

- Recepção
- Anamnese
- Exame físico

Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

A análise dos dados referentes a cada categoria e subcategoria será apresentada ao longo das próximas seções.

6.1 MOTIVAÇÃO PARA ESCOLHA DA PEDIATRIA E PERCEPÇÃO SOBRE SUAS ESPECIFICIDADES

6.1.1 Fatores que motivaram a escolha da pediatria

Com base nos depoimentos, constatou-se que os motivos da escolha da pediatria possuíram influência de fatores internos e externos ao indivíduo. Foram destacados como fatores internos:

- **A identificação desde antes do curso com crianças e o desejo de ser mãe**

[...] sempre quis ser mãe, sempre gostei muito de criança, eu acho que facilitou muito a minha escolha [...] sempre gostei muito de criança [...] (Lívia).

[...] sempre gostei de estar mais com os pequenos (Dona Flor).

[...] sempre gostei de criança. Antes eu achava que ia ser professora, então sempre foi relacionado com criança (Gabriela).

[...] gosto muito de lidar com criança [...] (Tieta).

[...] gosto muito de trabalhar com criança, conversar com criança [...] (Eugênia).

- **A procura pela pediatria ao longo de toda a formação**

Eu costumo dizer para os alunos que não é você que escolhe a especialidade, é a especialidade que escolhe você, que você já tem um jeito de ser, e o seu jeito de ser ele vai se adequar melhor a uma determinada especialidade [...]o seu jeito de ser demonstra para quais você teria mais sucesso (Eugênia).

Eu já tinha a intuição de fazer Pediatria e na faculdade, eu fui direcionando, direcionando para Pediatria, costumava mesmo antes, assim, antes mesmo do estágio, eu já procurava acompanhar médicos pediatras, quando estava de férias. Então, assim, já tinha aquela tendência à pediatria (Guma).

Vocação mesmo, gostava mesmo de atender as crianças (Pedro).

- **A confirmação ou descoberta na forma de satisfação, facilidade e prazer em atender/trabalhar com crianças**

[...] a pediatria é uma coisa que a gente não tem muita escolha, assim, a gente se identifica (Dora).

É um público que eu me relaciono mais fácil, e que eu gosto, tenho um prazer de fazer (Tieta).

Eu percebi que eu tinha um desenvolvimento melhor também no lidar com as crianças, enquanto médica no atendimento (Tereza).

Eu me interessei por várias coisas, mais clínicas do que cirúrgicas. Aí depois de passar pelo de pediatria, enfermaria principalmente, [...] foi a parte que eu mais gostei pelo contato mesmo. Eu achei mais... não sei, eu consegui ter mais... não é empatia, mas ter aquela facilidade mais com criança sabe? [...] A interação com a criança para mim é melhor, eu gosto mais dessa interação, de lidar com criança (Dona Flor).

Eu sempre quis fazer clínica médica, pensava em clínica médica, geriatria. Cheguei a fazer parte da liga de endocrinologia, gostava muito de endocrinologia e algumas coisas da clínica médica me chamavam mais atenção, e eu fiz minha monografia de conclusão em geriatria, o que também era uma área que me interessava, geriatria. Quando eu fiz um internato de pediatria, que foi dos meus últimos, já não sei se, no final do quinto ano, entrando no sexto, foram os meus últimos, aí dali eu não conseguia mais pensar em outra coisa, só queria pediatria [...] a gente gosta mais de alguma coisa, se identifica, e ali em diante, eu acho que no final do quinto ano, eu já não tinha dúvida que eu queria Pediatria (Lívia).

Eu pensava em ser médica de criança, mas depois eu fui por algumas eliminações. Eu eliminei as especialidades cirúrgicas e depois, entre a clínica médica e a pediatra, eu achei que eu me dava melhor na pediatria, tive mais afinidade (Maria de Lourdes).

Em relação aos fatores externos, os pediatras enfatizaram como importante:

- **A disciplina de pediatria e seus professores/preceptores**

[...] eu acabei tendo incentivos, tanto docente, quanto da prática mesmo da disciplina, então eu creio que influenciou bastante sim [...] como eu tinha nenhuma referência médica na família, então eu entrei no curso de Medicina bem aberto, [...] sem saber o que queria fazer, porque tem gente que já entra muito decidida: - “Eu vou fazer tal coisa, porque meu pai é isso, porque Fulano é isso”. E eu não tinha nenhuma referência médica. Então [...] entrei na Medicina pela Medicina. E aí, eu creio que as disciplinas que eu mais gostei, que eu mais me adaptei, que os professores eram bons e incentivavam a gente, aí eu acabei pendendo para esse lado. Então, por isso que [...] no estágio de Pediatria, gostei de Pediatria (Antônio).

[...] e eu tinha bons professores de Pediatria, eu acho que isso me ajudou (Eugênia).

Na faculdade eu tive ótimos professores de Pediatria, o que me fez desejar aprender mais da especialidade (Tereza).

Na minha faculdade, [...] não fechei os olhos para as outras especialidades, fiz muitos estágios em outras áreas, obstetrícia, reumato... porque eu pensava se eu quisesse pediatria também seria minha última oportunidade de conhecer essas outras especialidades. Mas eu tive uma equipe de professores de pediatria que me

incentivaram, que acabaram se tornando referências para mim e aí ficou mais fácil de definir mesmo (Tieta).

Eu tive alguns professores que influenciaram, professores que eu tive mais afinidade na faculdade eram pediatras, e inclusive, o TCC da faculdade também foi em pediatria (Maria de Lourdes).

[...] a parte teórica também da pediatria em si ajudou, entendeu? [...] A partir do Internato (Dona Flor).

- **Os preceptores e a relação com os pacientes**

[...] experiências na faculdade foram determinantes para escolher a Pediatria. Questão de professor, relação com o paciente (Mara).

[...] me sentir melhor, me adaptei melhor nessa parte da Pediatria, bem mais, tanto com os preceptores, quanto com os pacientes também, que contam muito, mas também com os preceptores em si, os staffs em si, quem já era residente também, eles ajudaram muito também nessa escolha, as crianças ajudaram, os preceptores ajudaram, a parte teórica também da pediatria em si ajudou, entendeu? [...] A partir do Internato (Dona Flor).

O meu ponto um, sempre rodava mais no Hospital [...], e lá tive eu tive ótimos preceptores, não vou lembrar o nome, mas eu tive muitos bons preceptores (Lívia).

Realmente, foi mais o Internato mesmo. Quando, logo na primeira vez que eu rodei pela pediatria, eu já mudei completamente a minha escolha (Maria Clara).

[...] bons profissionais que me orientaram né? [...] Era um hospital ainda que estava... ainda um pouco sem recurso e tal, naquele sofrimento do SUS de ter recurso, mas que funcionava tudo muito bem e que tinha excelentes profissionais, tanto da Enfermagem, quanto na Medicina (Lívia).

[...] o que me fez ir para Pediatria foi a maneira que eu vejo os pediatras lidando com os pacientes que é realmente, mais atencioso. A pediatria a gente tem uma atenção maior, a gente consegue dar uma assistência maior (Don'Ana).

- **A vida profissional**

Foi na vida profissional mesmo. [...] pelo dia a dia profissional, acabei gostando (Pedro).

[...] meu contato com a pediatria na faculdade não foi muito bom, a minha experiência na faculdade foi péssima, na verdade, com pediatria. Se eu tivesse ido pela faculdade eu nem teria feito, porque no meu estágio eu não tive boas experiências, meus professores eu não gostei muito, e não era tão rico o estágio como eu tive contato na residência, por exemplo (Don'Ana).

- **A organização do serviço**

[...] tinha um serviço aqui bem organizado [...] (Maria Clara).

- **A boa interação da equipe de pediatria**

[...] eu acho que também tive um grande diferencial, que foi a equipe de pediatria, era uma equipe muito unida [...] (Maria Clara).

- **O ambiente mais "leve/tranquilo" da pediatria**

E aí eu achei que seria muito... um local muito mais tranquilo de se trabalhar do que com o adulto, por isso que eu escolhi a pediatria (Don'Ana).

[...] e essa coisa mais da calma, sem tanto trauma, claro que tem traumas às vezes, mas na pediatria basicamente patologias clínicas mesmo (Lívia).

Vivência, o ambiente [...] (Dona Flor).

Eu acho que uma enfermagem de pediatria, um consultório de pediatria, por mais que a gente esteja tratando muitas vezes em alguns casos de doenças, são ambientes mais leves (Tieta).

- **A resposta terapêutica mais rápida da criança**

[...] a criança responde muito mais rápido ao tratamento do que o adulto, nosso índice de mortalidade é muito menor em criança (Don'Ana).

6.1.2 Percepção sobre as especificidades da pediatria

Esta categoria tratou a respeito das características peculiares da relação médico-paciente na pediatria. Dentre as especificidades, os profissionais mencionaram:

- **A criança que “não é um adulto em miniatura”**

[...] o que a gente sempre fala, o que os clínicos sempre dizem, conduta em pediatria é diferente, idoso é diferente, medicamentos apesar de ser o mesmo, às vezes, a administração é outra, não é um adulto em miniatura, um adulto menor que a gente está tratando, é diferente, algumas patologias funcionam diferente, a gente vai ver de uma forma diferente (Dona Flor).

[...] você está lidando com uma pessoa que é muito ímpar por ser uma pessoa que não é um mini adulto, é uma pessoa que tem uma personalidade em crescimento, em informação, é uma pessoa que tem habilidades em formação, que tem coordenação em formação, coordenação motora. [...] você precisa ter uma relação médico-paciente diferente, a construção da relação é diferente da construção que você faz com um adulto, que é uma construção quase que imediata,

no adulto. Você precisa ser pelo menos educado e manter um diálogo [...] (Dora).

- **A forma de obter informações a partir de terceiros**

O adulto chega “estou com dor de cabeça, estou com falta de ar, estou com dor de garganta”. A criança vai começar a informar, assim, melhorzinho, depois dos cinco, que alguns são espertinhos, mas normalmente é assim. Acho que a maior especificidade é isso, é que você não lida direto com o paciente, é com uma pessoa, o cuidador que é a mãe, que fala do outro, e o outro não tem, não tem as condições de falar o que está realmente sentindo (Gabriela).

[...] nós temos intermediários na relação médico-paciente, não é somente um médico e a criança, né? Nós temos os familiares, os cuidadores que intermediam essa relação e isso torna um pouco mais trabalhoso, porque a gente tem que extrair as informações relacionadas ao paciente através de uma terceira pessoa, que não é a que está sentindo, não é a que está tendo as queixas (Tereza).

[...] o paciente, muitas vezes, não se expressa e a gente tem que lançar mão da companhia [...] (Antônio).

[...] você tem a relação médico-paciente e médico, no caso, o acompanhante do paciente, né? Seja o pai, mãe, tia, avó, avô, o parente que leva a criança para ser atendida. Não é como na clínica médica [...] na pediatria [...] 100% tem um acompanhante [...] tem essa diferença em relação às outras especialidades (Guma).

[...] a relação médico-paciente nossa é mais complicada, pelo fato de ter uma relação para mãe e tem que ter uma relação com a criança. [...] Eu acho até um pouco mais complicado para o pediatra, do que para as outras especialidades nesse aspecto (Lívia).

[...] a gente vai precisar sempre de um mediador que são os pais ou os responsáveis para poder passar aquela queixa para gente. Poucas vezes vai ser a criança que vai descrever e vai saber contar o que aconteceu e o que ela realmente está sentindo (Tieta).

[...] acho que é uma das principais, a criança não vai chegar para tu “tia, estou com dor na barriga, uma dor que queima, que vai para cima, vai para...”, não fala, entendeu? Você tem que chegar e tentar a partir da conversa com a mãe, comportamento da criança, depois o exame físico para você decidir que exames, ou de laboratório ou de imagem, você vai pedir ou então o que você vai suspeitar. [...] a gente vai aprendendo aos poucos, a interpretar algumas coisas assim das crianças em si. Aí eu acho que é a parte da interpretação, de tentar entender o que a criança realmente tem, entendeu? Acho que é o mais, acho que é específico da pediatria (Dona Flor).

- **O exame físico minucioso**

[...] A gente tem que [...] tentar traduzir do exame físico aquilo que a criança está sentindo, já que muitas vezes a gente não tem oportunidade de que ela expresse, isso torna também o exame físico

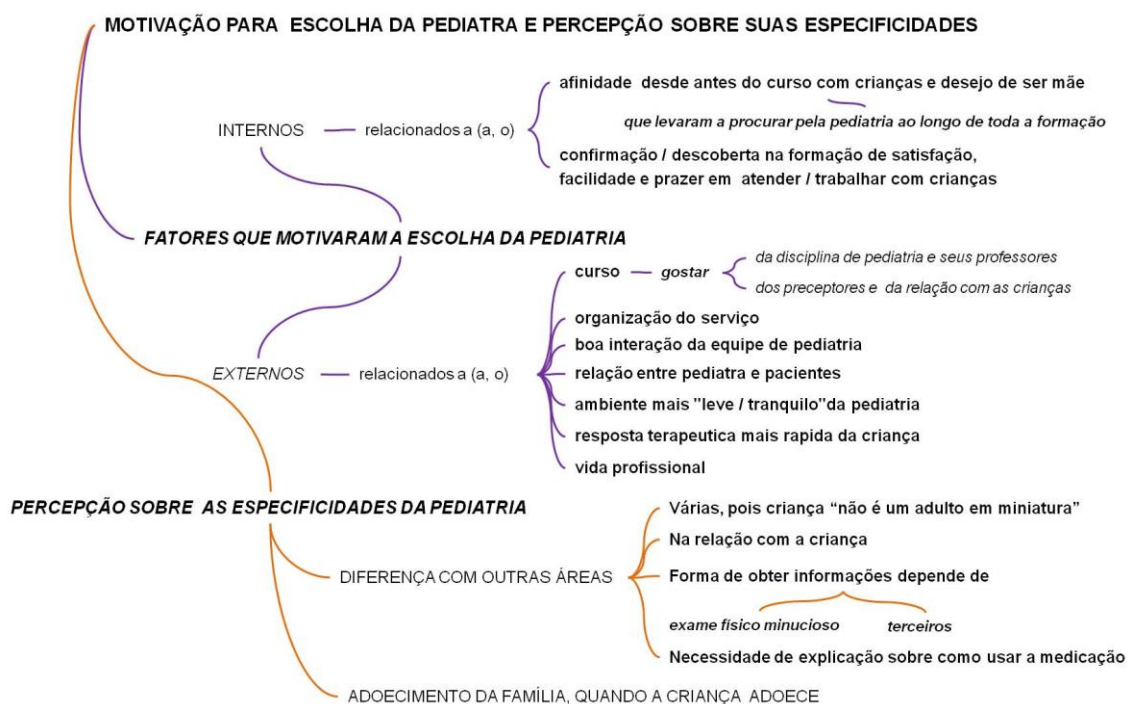
essencial na pediatria. O que eu vejo também é que na nossa especialidade é muito valorizado, nós não abrimos mão de examinar, porque é daí que extraímos muita informação. Muitas outras especialidades perderam essa habilidade de realizar o exame físico completo, de forma minuciosa. Na pediatria isso ainda sobreviveu porque precisamos dessa complementação para o diagnóstico (Tereza).

- **O adoecimento da família, quando a criança adocece**

Na pediatria não é só a criança, é a família inteira que acaba ficando doente (Don'Ana).

A figura 2 representa o mapa mental da categoria relacionada à motivação para a escolha da pediatria e à percepção sobre suas especificidades.

Figura 2. Representação da categoria “Motivação para escolha da pediatria e percepção sobre suas especificidades”. Lagarto/SE, 2021.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

6.2 PERCEPÇÃO SOBRE O SERVIÇO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

6.2.1 Percepção sobre o serviço

No que se refere à percepção sobre o serviço, os entrevistados enfatizaram sobre a qualidade do serviço, por questões como:

- **Qualificação, interesse, organização e interação da equipe de pediatras**

[...] nossa equipe é muito boa, a gente conseguiu organizar um serviço (Don'Ana).

[...] nossa turma, nosso grupo é só de pediatra, isso é uma evolução. [...]eu acho que ele evoluiu muito, principalmente, a pediatria evoluiu muito do que era antes (Dona Flor).

[...]os pediatras se organizam entre si, então facilita para você não ficar sozinho, ficar assumindo plantões, não ficar sobrecarregado. Isso facilita (Pedro).

[...] tem uma equipe boa, muito interessada (Gabriela).

[...] eu acredito que o recurso humano da equipe de pediatria é fundamental para o bom andamento do serviço, sabe? O que a gente tem estrutura física, está aquém do que a estrutura de pessoal, de equipe. É uma equipe muito bem preparada (Dora).

[...] eu vejo interesse assim no grupo em melhorar, em estudar, em melhorar e em querer levantar o serviço. Então, a maioria dos colegas tem esse pensamento e esse sentimento (Lívia).

A gente tem uma equipe maravilhosa, falo pela pediatria e por algumas outras especialidades (Maria Clara).

- **Infraestrutura e consolidação do serviço de pediatria**

[...] da época que começou para agora, já deu um grande passo, um grande avanço (Antônio).

[...] cresceu muito desde que eu entrei [...] não existia um serviço de Pediatria consolidado. E aí desde que esse serviço se formou, ele cresceu muito. [...] em termos de infraestrutura ainda tem algumas coisas a melhorar, mas não acredito que de estrutura em si deva muita coisa para hospitais particulares que eu trabalho (Tieta).

Em relação a infraestrutura, para o Sistema Público, para o padrão do Sistema Público, temos uma infraestrutura boa. Eles mantêm uma higienização perfeita, eles mantêm o distanciamento de leitos, eles mantêm as regras de higiene do trabalho, entendeu? [...] em termos de assistência ao paciente do momento que eu entrei, há dois anos atrás, para agora, já melhorou bastante, porque antes era um local mais apertado, era um local que estava muito próximo dos adultos, as crianças conseguiam ver algumas coisas dos adultos. Agora elas estão no ambiente da pediatria, tudo mudou para elas, com distanciamento, com enfermagem pronta para pediatria, então, tudo isso ajuda o serviço andar melhor (Eugênia).

[...] hoje, a nossa infraestrutura é muito boa para a região, a gente tem muito recurso [...] então, eu considero hoje ele como excelente, em termos de infraestrutura (Don'Ana).

[...] é um hospital que tem um potencial de crescimento incrível (Maria Clara).

Os pediatras também enfatizaram a importância do serviço pediátrico para a saúde da região:

E o que eu acho importante do serviço, [...] a importância em si para o SUS nessa região [...] eu vejo uma carência enorme, uma necessidade muito grande de pediatria [...] eu acho que é uma região que tem muita necessidade de bons profissionais e de profissionais da pediatria. Ter um serviço de pediatria no local como esse, que a gente tem cidades da Bahia que estão desassistidas por serem muito longe da capital de Salvador, a gente tem uma região assim em Tobias Barreto, muito populosa e com muito pouco médico mesmo e a grande maioria dos médicos das UPAs só tem clínico, então a gente não tem pediatra, nas grandes cidades daqui não tem pediatra, no SUS, no serviço público com pediatra aqui é raríssimo, então, assim, a grande importância do hospital, ao meu ver, é prestar um serviço para uma população que está precisando muito, pela localização mesmo, pelo fato de ser um pouco afastado (Lívia).

[...] acho que é um serviço que, para a região, [...] tem uma importância, não só pelo número de atendimentos, mas pela especialidade mesmo da pediatria, né? Como a gente tem muito pouco pediatra na região e o hospital especializado que atende ao tipo de... o nível de assistência que a gente tem, que tem criança grave, criança crítica, que a gente consegue sustentar no hospital enquanto não é transferido, né? Então, é o serviço de fundamental existência ali naquela região, acredito que tem potencial para crescimento por conta da equipe, né? E a gente está em luta aí com a gestão para ver se consegue melhorar cada vez mais, mas assim, acho que é fundamental e é um serviço que tem tudo para ser um serviço de ponta (Dora).

6.2.2 Satisfação profissional

Alguns fatores que promovem a satisfação profissional dos pediatras foram elencados, como:

- **Amar a pediatria**

Eu amo a prática de pediatria [...] (Antônio).

- **Gostar de trabalhar no serviço**

[...] eu sempre gosto de trabalhar com vários tipos de público, uns que você pode ter que pensar no melhor tratamento dentro das possibilidades que o paciente tem e, às vezes, é bom também trabalhar podendo dar o melhor porque o seu paciente tem [...] (Maria Clara).

Eu sempre falo que é um dos lugares que mais gosto de trabalhar [...] (Don'Ana).

- **Orgulho por pertencer a uma equipe unida, jovem, com vontade de fazer a diferença na região**

[...] me sinto muito bem lá, eu vejo que é um serviço que está crescendo, um serviço que tem potencial e a nossa equipe de médico, é uma equipe muito unida, é uma equipe que está crescendo junto, é uma equipe jovem, uma equipe com muita vontade de fazer a diferença na região. (Don'Ana).

[...] me sinto orgulhosa de fazer parte da equipe e de fazer parte daquele serviço (Tieta).

Eu sinto orgulho da equipe, assim, que a gente tem construído um serviço cada vez melhor, e que eu acho que está gerando impacto, assim, na região. Então, eu tenho muito orgulho de fazer parte da equipe da Pediatria (Mara).

- **Gratificação por trabalhar em serviço público de qualidade**

[...] não nasci para ser médica de serviço privado, sabe? Eu trabalhei em vários serviços privados, mas não me identifiquei muito não. Me identifiquei muito com serviço público, acho que me sinto necessária, me sinto útil, me sinto cidadã. Então, acho que o papel que a gente tem nesse tipo de serviço é de uma prestação de serviço de qualidade, voltada ao papel de cidadão, de humano, sabe? A gente está construindo o nosso país atuando nesse tipo de serviço [...] é onde eu me sinto bem para trabalhar, é onde eu me sinto útil, onde eu me sinto construindo alguma coisa. Não que, claro que as crianças que frequentam, as famílias que frequentam o hospital privado não sejam, a gente não esteja construindo também uma assistência à saúde, mas esse papel de estar sendo uma servidora pública no sentido literal da palavra, de estar servindo à população do meu país, do meu estado, do meu município, isso para mim é gratificante, é um trabalho que me preenche mais do que o trabalho em hospitais privados, nas instituições privadas (Dora).

[...] Então, eu acho que, me faz bem poder contribuir com a população que é bem carente lá, realmente [...], bem necessitada. Então, eu me sinto bem, sinto que estou, realmente, ajudando, contribuindo para a saúde daquela população (Maria Clara).

Eu me sinto bem, o hospital me ensina muito, e ele traz muitos benefícios para a população pediátrica, a gente percebe que [...] o serviço está muito melhor e oferece muito mais cuidado, sim, tipo a questão de organização, a questão da gente perceber que os pacientes, se não tivessem ali, não têm para onde ir, [...] muitas crianças não morreram por ter ido para lá, então, me sinto bem, é um hospital importante (Maria de Lourdes).

E eu vejo que a gente realmente faz a diferença, uma região muito pobre, em que a medicina não era muito boa, que muita coisa deixava, muita coisa passava, então, eu me sinto muito feliz (Don'Ana).

- **Menos burocratização e processos de autorização do que no sistema privado**

Por ser público [...] qualquer exame que a gente peça, uma tomografia, eles não têm processo de protocolo para ver se a nossa indicação da tomografia está realmente correta, se a gente solicitou, eles subentendem que aquilo é necessário e é liberado automaticamente, entendeu? Em determinados hospitais particulares, se você solicita um procedimento de maior custo, isso tem que ir para auditoria, para ver se precisa mesmo, tem um prazo, entendeu? Liberação de medicações é a mesma coisa, se tem uma criança com suspeita de sepse, imediatamente, eu já entro com antibiótico. Em alguns hospitais particulares precisa de autorização para liberar o antibiótico (Eugênia).

- **Menor pressão dos responsáveis pela criança do que no sistema privado**

[...] a pressão é menor do que no hospital particular, porque você não se sente tão avaliado, os pais geralmente não são tão exigentes. No SUS, os pais têm a[...] até um respeito maior pelo profissional e eles querem o bem da criança, como você também quer (Lívia).

- **Hospital de ensino**

A gente também está com o dia a dia no ensino [...] também uma coisa muito bacana, né? Você conseguir instigar um pouco os futuros médicos, e as futuras médicas a ter um olhar clínico, e um olhar crítico, sobre a vida das outras pessoas. Ver que a gente não está se formando apenas para ter o título de doutor, né? A gente está se formando para cuidar de vidas, de pessoas, de famílias, ainda mais agora que está todo mundo sofrendo, cada dia é um sofrimento que a gente vê e acho que a gente tem que ter um pouco mais de sensibilidade, um pouco mais de empatia nesse aspecto (Dora).

Os fatores que limitam a satisfação profissional citados foram:

- **Condições de extrema pobreza e falta de instrução dos pacientes, com desfecho negativo**

[...] às vezes a criança já chega num estado muito ruim, e talvez, num serviço particular, pela orientação da mãe, a criança não chegaria (Don'Ana).

- **Alta demanda de pacientes, gerando pouco tempo para atendimento mais rápido**

Porque como no serviço público que eu faço é urgência, então, claro que demanda uma certa pressa no atendimento, eu preciso tentar o máximo possível ser breve [...] a gente tenta fazer tudo do modo mais rápido possível para não estar acumulando paciente (Pedro).

- **Cobrança dos gestores**

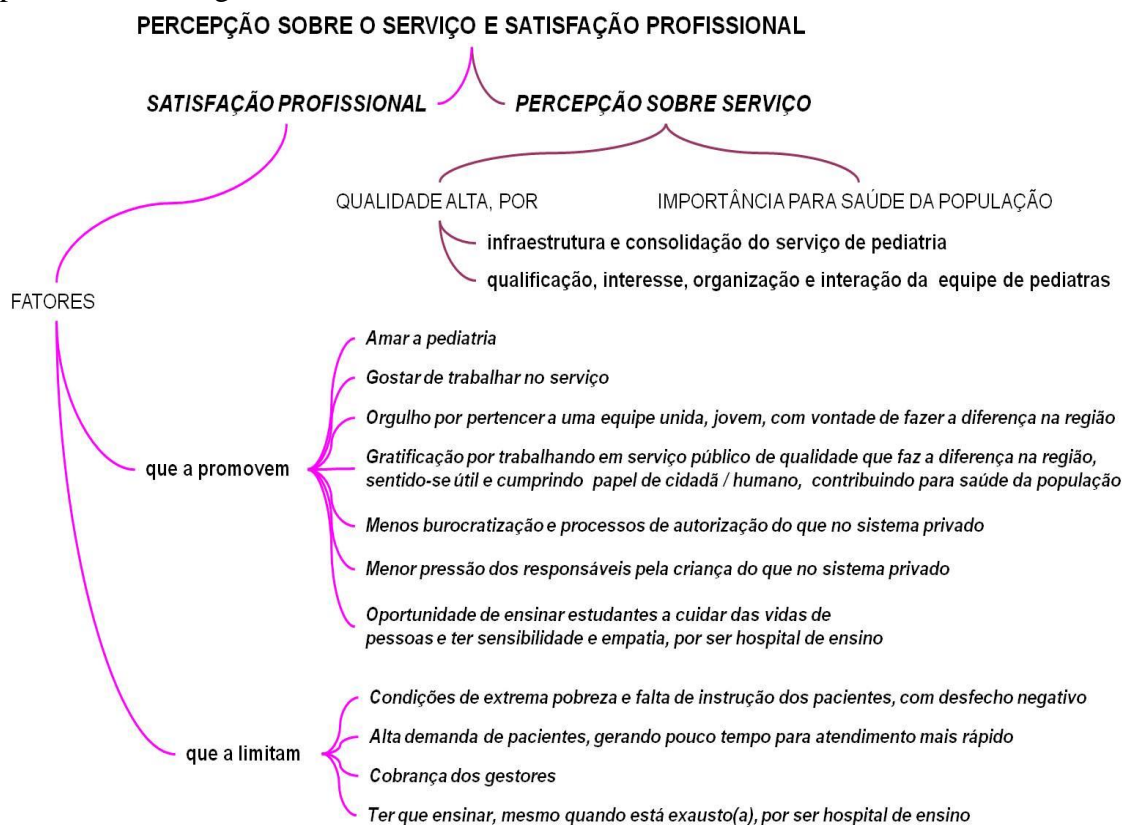
Então, ao mesmo tempo que tem uma coisa de muita cobrança, assim, no sentido de, é um hospital que cobra muito da gente no sentido de: - “Ah, porque a ouvidoria...”; - “Ah, porque os pais vão reclamar...”, “Ah, porque tem uma coisa de ser um pouco populista...” (Dora).

- **Ter que ensinar, mesmo quando está exausto(a), por ser hospital de ensino**

A gente também está com o dia a dia no ensino, que também é uma outra coisa que, às vezes, é chato, né? Porque você tem que estar com paciência mesmo, tem plantões que você está exausta e que você tem que tirar força de não sei aonde para poder ter paciência para se dedicar ao ensino [...] (Dora).

A figura 3 representa o mapa mental da categoria sobre a percepção dos profissionais em relação ao serviço e a satisfação profissional.

Figura 3. Representação da categoria “Percepção sobre o serviço e satisfação profissional”. Lagarto/SE, 2021.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

6.3 DESAFIOS VIVENCIADOS NO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO E ESTRATÉGIAS PARA SUPERÁ-LOS

6.3.1 Desafios vivenciados

Os pediatras relataram alguns desafios vivenciados durante o atendimento pediátrico relacionados a fatores como:

- **Fala do pediatra**

Os desafios maiores na comunicação é se fazer entender sem assustar muito os pais, você conseguir ser firme na sua posição e convincente, ao mesmo tempo, que você não assustar eles de que aquilo, não supervalorizar algumas coisas. Por exemplo, dizer que é importante fazer, por exemplo, um antibiótico naquele horário certo, porque a criança depende dos pais para tomar no horário certo, ao mesmo tempo que não deixar a pessoa desesperada achando que vai morrer se não der, se não fizer. Então, acho que é um desafio da pediatria (Maria de Lourdes).

- **Sobrecarga de trabalho que gera exaustão e limita tempo para compreender a angústia do responsável**

Um fator complicador da comunicação com a família, eu acho que é a carga de trabalho, é quando a gente está exausto, eu acho que é quando a gente está sobrecarregada e a gente não consegue ter tempo para compreender a angústia daquela pessoa que está ali na nossa frente, sabe? Eu acho que isso é um fator complicador, não acho que diferença sociocultural é fator complicador não. Eu acho que isso a gente tem que lidar é nossa obrigação enquanto cidadão, enquanto trabalhador de entender a situação das outras pessoas e tentar daquela forma ali fazer o melhor, né? Mas para comunicação eu acho que, para mim, na minha opinião, ficar exausta dificulta a minha comunicação com qualquer pessoa, na verdade (Dora).

O desafio é [...] você faz tudo tecnicamente correto, mas [...]você está num dia muito corrido, não consegue dar todos os sorrisos que aquela pessoa esperava, todos os amparos emocionais que aquela pessoa esperava, e a pessoa acaba lhe julgando porque ela achou que você fez uma coisa rápida demais [...] . É porque nem todos os dias a gente consegue fazer todo o acolhimento de conversar com o pai durante o atendimento [...] não depende só da forma que a gente age, depende de muitos fatores (Eugênia).

- **Idade jovem que gera insegurança/desconfiança em mães**

[...] tem mãe que [...] fala que é muito novinha. Teve mãe que, mesmo eu me apresentando, no final perguntou se o médico vem. Mas isso é a exceção, não é muito a regra [...] de uma forma geral a gente fica com aquela coisa de que homem é mais respeitado, essas coisas, mas pensar

numa situação recente, meu lugar de fala [...] não sei se é porque eu não tenho essa percepção, esse radar ligado, me coloco ali como uma pessoa capaz, ou se estou, tipo, completamente alienada, ou se realmente não tem. Não consigo lembrar nesse momento uma situação recente. Talvez no início mais, que a Pediatra era muito nova, era ainda muito bagunçada, às vezes a gente atendia, que não tinha outros plantonistas, então, eles estavam na dúvida se tinha médico ou não, não sei, mas não tenho tido muito essa percepção não (Mara).

Eu já tive um fato específico logo quando acabei a residência, eu estava trabalhando num hospital particular, e aí eu percebia que muita gente pelo fato de eu ser nova, ficava “ah a senhora já é médica, tem filho?”. Ficava questionando, não pela raça, pela naturalidade, mas pela aparência de nova. Tem, infelizmente, um preconceito na Medicina, às vezes, de achar que os melhores médicos são os mais experientes. [...] hoje eu vejo que... também, eu não estou mais trabalhando num hospital particular, mas eu vejo que isso já melhorou bastante (Don’Ana).

Quando eu me formei, eu tinha aquela cara de guria, e não tinha coisa. Aí começava que eles perguntavam, eles precisam ter confiança, tipo, a idade, eu acho que influencia, eu tinha 25 mais tinha cara de 20. Aí perguntavam “você é formada?”. Eu andava com minha carteirinha no bolso. Outra pergunta “você é mãe?”. Elas mesmo perguntavam, cansei de dizer que eu era mãe sem ser, para dar um maior crédito, e entender. Logo quando eu tinha formado era duro, então, eu acho assim, a pessoa um pouco mais velha, que tem filho, acho que influencia sim. Acho que elas se sentem mais seguras, pelo menos assim, quando eu... Eu sempre tive isso, quando eu estava recém-formada, adoravam perguntar se eu já era formada, depois, se eu tinha filhos (Gabriela).

[...] eu não diria minha idade, mas em muitas situações já questionaram pela minha aparência física, de achar que eu aparento ter menos idade do que eu tenho, e por eu aparentar ter menos idade julgam que eu não sou capacitada o suficiente para cuidar daquela criança. Então, acho que sempre vai existir isso, a questão do gênero e a questão da aparência, do que você aparenta ter de idade. Quanto mais novo você aparentar, mais inseguro aqueles pais acabam ficando com a sua conduta, muitas vezes isso foi revertido no decorrer da consulta, no decorrer das orientações, da conversa. Muitos pais já disseram: “ – Ah, quando eu vi que era uma pessoa nova, eu já sabia que não ia seguir, mas no decorrer da consulta, as informações que me passou, me deixou mais confiante”. Então assim, isso acaba que existe porque é do ser humano mesmo, julgar pela primeira imagem que se tem (Tieta).

- **Gênero feminino (vantagens)**
 - Maior identificação de algumas mães com pediatras mulheres

Eu acho que ser mulher na Pediatria, às vezes, se sente menos excluídas. Essa é a impressão que eu tenho, porque, elas vêm com a pergunta: “- Você também tem filho?”. Então, elas querem saber se você se sente como elas, entendeu? Então, como essa pergunta é

frequente, não acho que o fato de só ser, mas acho que o de ser mãe, para algumas mães conta, no sentido de: “- Não, ela entende o que eu estou falando” (Eugênia).

- Maior identificação das pediatras mulheres com as mães

[...] a maioria dos cuidadores que leva a criança no hospital é mulher, [...] e a gente consegue ter essa empatia como eu te falei, de se colocar no lugar, de colocar no lugar não, mas de entender o lugar da mãe, consegue ter uma sensibilidade do feminino de compreender a rotina de uma mulher numa família (Dora).

- Maior procura dos pais por pediatras mulheres

Então, eu creio que sim. Existe, querendo ou não um preconceito que está meio que enquadrado ali na sociedade, de que a maioria também das pediatras acabam sendo mulheres. Então, a gente percebe no nosso dia a dia que, infelizmente, não acho que seja uma reação correta e adequada, não acho que haja diferença no tratamento, mas muitas vezes os pais acabam procurando pediatras do sexo feminino, isso influencia (Tieta).

[...] no meio da Pediatria tem muita mulher, é muito mais mulher do que homem, muitos acompanhantes preferem mulheres (Antônio).

- **Gênero feminino (desvantagens)**

- Opressão e violência por parte do pai

Agora, algumas vezes, isso já foi um problema para mim, ser mulher e estar atendendo uma criança, quando um pai esteve presente e um pai tentou me oprimir por ser mulher, sabe? Já me senti, algumas vezes, violentada nesse sentido assim, de ter uma ameaça porque ele era homem e eu era mulher. Então, tem alguns caminhos mesmo no ser mulher, nessa profissão e nessa, apesar de ser, por exemplo, eu acho que sendo médica mulher, acho que ser uma ortopedista, por exemplo, deve ser muito mais difícil do que ser pediatra. Justamente por isso que eu te falei que a maioria dos acompanhantes das crianças é mulher, então, é mais fácil manter esse diálogo e não ter essa possibilidade de ser violentada dessa forma que eu lhe relatei (Dora).

- Compreensão da sociedade de que médico dever ser homem

Como mulher, sim. Existe ainda uma compreensão na sociedade que o médico é homem. [...] (Tereza).

- Maior falta de confiança, se associada à aparência jovem

[...] pelo meu tamanho e minha cara de criança mesmo, é por isso que eu me autoafirmo como médica, porque quem me olha não acha que eu tenho idade para ser médica. [...] . Então, hoje ainda mais, há essa necessidade de eu me apresentar, porque não tem nenhuma identificação de que eu sou a médica, mas mesmo quando eu tinha identificação eu me apresentava também por causa da fisionomia que não indicada para médica. Lá no Hospital Universitário a gente atende com os internos, e inúmeras vezes os pacientes direcionado aos

internos, principalmente homens, como médico e eu era reconhecida como a estudante (Tereza).

- **Gênero masculino (desvantagens)**

- Preferência dos pais por pediatra mulher

[...] eu já tive no serviço público, pessoas que dizem, eu não quero ser atendida por ele, porque ele é homem, entendeu? E isso me deixa extremamente triste, inclusive, porque não quer nem ver a confiança ainda, não quer nem tentar a confiança, meio que já bloqueia, eu acho muito ruim, mas, então, por isso o fato do gênero talvez tenha um pouco de dificuldade. Não é muito não, mas existe. [...] Eu acho que mais em relação ao gênero, porque a Pediatria tem muita mulher e eu acho que acabam preferindo mulher, não sei se por pensar que a mulher seja mais doce ou tente conduzir de uma forma mais agradável. Enfim, a única coisa que eu percebi foi isso (Antônio).

- Reação negativa de mães e de crianças com pediatra é homem

É diferente, a criança, quando ela vê, ela é atendida por um homem, ela tem... ela tem uma... algumas crianças, nem todas, algumas crianças... elas quando são atendidas por alguém do gênero masculino, elas reagem de uma forma e quando... quando são atendidas pelo gênero feminino agem de outra forma, mas isso é muito individual. Tenho resposta de criança para criança, tem criança que fica praticamente só aos cuidados femininos e que quando chega alguém do sexo masculino estranha um pouco, mas acontece o contrário também, em menor quantidade (Pedro).

- Resistência de mães e inibição de crianças do sexo feminino e suas mães no exame de genitália

Muitas vezes, assim, o exame físico, se a gente vai para examinar uma menina, ou vai examinar a genitália, a menina pode ficar um pouco receosa, mas, assim, eu deixo muito bem à vontade, se ela, se a criança não sentir bem, eu pergunto 'sua mãe vai tirar a calcinha, que eu preciso examinar, para ver como é que está, se está tudo bem'. Mas aqui, se a criança não quer, eu não insisto, e falo 'mãe é melhor a senhora procurar depois uma médica, mulher, para que veja isso'. Mas, assim, é bem raro isso acontecer, é muito raro isso acontecer, geralmente, quando ela chega lá no exame físico já está mais segura, e menino ou menina não tenho maiores problemas em examinar não (Guma).

- **Ter filhos**

- Maior confiança de pais em pediatra que têm filhos

[...] muita gente pergunta se a gente é mãe ou não durante a consulta. E eu não costumo mentir, eu falo, que eu não sou mãe, aí a pessoa volta com algum conselho, assim: " - Quando você for mãe você vai perceber". Então eu acho que as pessoas tendem a não considerar algumas coisas que eu falo durante uma consulta por não ser mãe. Mas eu também não costumo mentir por conta disso não. [...] não são todos que perguntam, mas, geralmente, o pessoal mais humilde, e mais, é

acho que o pessoal mais carente é quem mais pergunta, porque eu acho que a gente fala tanta novidade para eles, que eles tendem a desconfiar, se é mãe ou não (Maria de Lourdes).

[...] algumas pacientes perguntam [...]. A partir do momento que eu [...] tive filhos [...]por mais que a gente tente desligar o emocional do profissional, muitas vezes vem, essas coisas se confundem. E aí, um caso mais delicado, onde a gente vê uma criança mais grave, a gente começa a se colocar como pai: “ - Se fosse meu filho, se fosse minha filha que estivesse ali”, e por mais que a gente tente se distanciar disso, colocar apenas o lado profissional, mas o emocional também nesse momento influencia. E eu diria que influencia para melhor, porque aí a gente até se dedica mais se colocando no lugar daquele pai (Guma).

[...] as mães se identificam, elas perguntam muito, a maioria das mães, as avós, perguntam: “ - Você tem filho?”[...] você já passou por isso? [...] Você conseguiu amamentar doutora?”. Tudo isso elas perguntam, então faz parte do interesse das pessoas saberem se eu já vivi aquilo, como se, assim: “ - Não, ela entende o que eu estou passando, porque ela já passou por isso”. Então, tem essa facilidade que eu acho que é empatia, você se vê no outro. É tipo, quando a mãe fala que está doendo, quando o bebê pega errado no peito, eu sei exatamente a dor que ela está sentindo que já aconteceu comigo. Então, eu digo para ela: “- Dói muito, eu sei que dói muito, mas vamos tentar porque é importante” (Lívia).

*[...] eu acho [...] ter filho mudou muito mais a relação com a família do que com o paciente. Porque a experiência da pediatria, a gente vem ganhando com o tempo, né? A gente vai entendendo como é que a gente pode tocar na criança sem provocar um estranhamento dela, a gente vai aprendendo a se comunicar de outras formas, a gente vai aprendendo como a gente ganha a confiança de uma criança, mas essa experiência de ser a pessoa que está ali por trás da angústia de trazer um filho doente, sabe? A gente só sabe como é quando a gente vive mesmo. Claro que cada pessoa é uma pessoa e cada experiência é uma experiência. Cada pessoa passa por experiências de formas diferentes, mas você consegue entender. É o *ipsis literis* da palavra empatia mesmo (Dora).*

Muitas mães perguntam : “ - Você tem filhos?”. Aí eu: “ - Não”. “ - Então, você não sabe o que eu estou sentindo”, ou então: “ - Você não sabe que eu estou com pressa, que eu estou agoniada”. Aí eu falo: “ - Não, pelo contrário, não é o fato de eu não ter filhos que vai fazer com que eu não entenda o seu ponto de vista, eu sei me colocar na sua posição. Eu sei que você está preocupada e meu papel é que é tentar lhe acalmar, tentar trazer para você uma segurança, uma tranquilidade”. Então assim, eu consigo fazer isso, mas eu não vou exigir que a mãe faça isso comigo, entendeu? (Dona Flor).

Eu acho que você consegue entender mais a doidice das mães, essa coisa, porque filho doente mexe muito com a gente. Então [...] eu acho que [...] a paciência, realmente, da gente eu acho que, pelo menos comigo. Eu que digo, eu sempre tenho paciência, mas assim, minha

paciência aumentou muito mais, porque eu entendo muito mais o que é estar com filho doente, entendeu? (Gabriela).

[...] você acaba entendendo algumas coisas que os pais falam, mas assim, não seria uma coisa fundamental lá nessa parte do profissionalismo não. Mas facilita só, realmente, para você entender algumas atitudes dos pais e das mães que você não entende tão facilmente quando você não tem filho também em casa. Então, realmente, para a gente da Pediatria, quando a gente não tem filho, a gente não entende muito a parte do escape da dieta, de uma dieta saudável tudo, como as mães fazem, da dificuldade que é ficar no aleitamento exclusivo. E quando você tem os seus em casa, você ver que, assim, não é tão simples você manter uma dieta tão saudável, manter o aleitamento exclusivo, você ver que é um negócio que, realmente, é um pouco complicado. Então, aí você acaba perdendo um pouco de preconceito com a mãe que acabou usando fórmula, tudo, porque você sabe que, realmente, não é um negócio tão simples como aparentemente é no livro (Pedro).

[...] antes quando eu trabalhava em hospital particular, ou trabalhava só em emergência, eles perguntavam muito: “- A senhora tem filho? - Ah não entende”. Hoje, eu lido muito com pacientes muito mais graves, porque eu trabalho em UTI e trabalho na emergência de Lagarto. As famílias nem perguntam mais, eu percebo (Don’Ana).

- Não faz diferença

[...] nunca sofri nenhum tipo de preconceito, ou ninguém nunca falou: “Você já que não tem filho não vai entender”. Não, porque a gente sempre tenta se colocar no local daqueles pais, no lugar, compreender, falar palavras de apoio: “ - Eu entendo, eu compreendo o que está passando”. E isso, realmente, eles acabam aceitando o que a gente está falando, já que eles percebem que a gente está ali do lado deles, eu costumo não julgar nenhum tipo de pai, nem de mãe na minha consulta (Maria Clara).

[...] na maioria das vezes, eles não sabem se eu tenho ou não tenho filhos. [...] Então, acho que não, eu nunca percebi nada que pudesse diferenciar quem tem filho ou que não tem filho [...] ninguém deixou transparecer para mim, porque eu confesso que eu não vejo diferença (Antônio).

[...] nunca tive problema com isso, mas já ouvi muitos relatos de colegas que já foram julgados por isso. “ - Se você não tem filho, você não entende então o que eu estou passando, o que eu estou me queixando”. Mas, que eu conseguisse perceber, nunca houve problemas nesse sentido. Mas já fui questionada em alguns momentos se eu tinha filho ou não, mas não acho que isso chegou em algum momento a atrapalhar a relação de confiança, a relação de adesão ao tratamento em continuar sendo meu paciente ou não. Pelo menos é o que eu acho, né? Pode ser que alguém não tenha retornado por conta disso (Tieta).

- **Baixo grau de instrução por baixa condição socioeconômica**

- **Baixa compreensão do paciente sobre o que o pediatra fala**

Muitas vezes, o que atrapalha, realmente, é o nível instrucional, realmente. Porque tem que ter realmente, pois às vezes você senta, tenta explicar alguma coisa, e aí você vê que a pessoa não está entendendo, por mais que você se esforce, mas você vê que é uma coisa que, que é um nível já de educação mesmo, é uma pessoa que não tem aquela educação para entender o que assim, para entender aquilo que você está tentando explicar, é um problema mais básico mesmo, da educação, do analfabetismo, tudo, dessa parte todinha aí, que ainda é muito grande aqui no Nordeste (Pedro).

Eu acho que o maior fator limitante é o grau de instrução que a gente percebe que é muito mais fácil chegar a um diagnóstico nos pacientes que têm um grau de instrução melhor, e os familiares também. Temos uma grande dificuldade na população de baixa renda pelo grau de instrução de oferecer as informações que são importantes, por mais que a gente insista e direcione a anamnese, às vezes é difícil mesmo conseguir informações mais precisas, eu acho que essa maior limitação. [...] Porque na pediatria acontece muita comunicação, tanto da parte de tentar entender a queixa, já que a gente não tem, às vezes, a fonte principal que é a criança. Então, a gente questiona muito, tenta detalhar bastante a queixa com os familiares e ampliar as suspeitas perguntando de outras coisas que muitas vezes não vem à tona na fala do paciente ou do familiar. Acho que a comunicação não é uma dificuldade na pediatria não, a gente exercita bastante, mas a instrução limita mais (Tereza).

[...] ainda existe assim, uma certa dificuldade, aquele paciente que vem lá de um local mais distante, de um povoado, com um nível de entendimento um pouco menor, e às vezes, por exemplo, você vai prescrever uma medicação, ou fazer alguma coisa, assim, mais complexo, que você precisa fazer, uma receita com maior número de medicação e dosagem, horários. Às vezes, eu tenho receio que será que vai, que entendeu direito, será que vai usar aquilo, naqueles horários, durante aquele tempo que está ali na receita (Guma).

- **Baixa compreensão do pediatra sobre o que a criança e/ou família fala**

[...] a condição socioeconômica, a classe tem uma limitação muito grande de comunicação. A gente pega pessoas que [...] a gente, às vezes, não consegue compreender o que é que está falando, pois, as pessoas têm dificuldade de se comunicar por questões de falta de conhecimento mesmo. Então, acho que isso é uma grande dificuldade que eu encontro (Don'Ana).

[...] em específico, eu tenho uma grande dificuldade na comunicação também o nível socioeconômico, assim, de realmente, às vezes a gente tem dificuldade até de colher uma história clínica, porque a mãe não tem aquelas, algumas vezes, capacidade cognitiva, algumas vezes até de ficar bem perto do paciente. Então, eu acho que [...] é a anamnese que eu tenho mais, de toda minha história profissional, é a que eu tenho

mais dificuldades de colher, por conta dessa questão social mesmo (Mara).

- **Mais de um acompanhante fornecendo informações**

- Dificuldade em identificar que informações são “verdadeiras”

[...] o principal desafio, pelo menos a meu ver na pediatria, é que você recebe esse grande volume de informações, que você não consegue identificar, qual delas realmente é a verdadeira (Maria Clara)

- **Crianças**

- Medo de médicos

Os desafios é que muitas crianças, muitas crianças têm medo de médico porque existe uma cultura de não, de que médico dá vacina, e que dá injeção, vai doer, e muitas vezes a criança já chega com medo (Maria de Lourdes).

- Suas condições de saúde

[...] a condição da criança você não pode se demorar conversando com os pais, então, isso da relação com os pais, não depende só da forma que a gente age, depende de muitos fatores (Eugênia).

6.3.2 Estratégias para superar desafios

Para lidar com a baixa compreensão, os pediatras relataram como estratégias:

- **Aprender linguajar dos pacientes e acompanhantes**

[...] procurando entender o linguajar da paciente ou do acompanhante, alguns termos que muitas vezes eles usam e a gente precisa entender, assim, eu diria até procurar entrar um pouco lá na convivência, na convivência lá deles, alguns termos que às vezes eles trazem, a gente, às vezes, com passar do tempo vai aprendendo até com eles com paciente, com esses termos que é trazido, ou, às vezes, aparece algum novo que você não conhece e faz parte lá do vocabulário deles, e às vezes, você tem que perguntar o que é aquilo. Então, assim, teria o entrave de entender, mas que não é um problema não, que você pedindo para, se você não, entendeu, você pedindo para ele traduzir, explicar o que é isso que você está me dizendo, a gente vai e descobre (Guma).

- **Usar linguagem adaptada para as pessoas atendidas, usando termos usados pela população, “acessíveis” e “não técnicos”**

[...] mesmo a pessoa tendo uma limitação, eu tento explicar da maneira mais fácil possível, na linguagem deles (Don'Ana).

Muitas vezes é tentar usar termos que sejam mais acessíveis, muitas vezes a forma mesmo que a população se refere aos sintomas das doenças (Tereza).

A minha comunicação é extremamente fácil. Primeiro porque, se eu perceber que o paciente, que a família não tem às vezes um nível de conhecimento muito alto, eu não uso termos técnicos, tento ser o mais claro e objetivo possível. [...] se for uma pessoa já mais instruída, com o nível de escolaridade até maior e tal, aí eu também tento já usar termos mais técnicos, se for da área, que, por exemplo, eu faço consultório, e tenho filhos de pacientes médicos, aí eu tenho que usar termos técnicos, tem que explicar fisiopatologias, diferente de, por exemplo, no hospital público, onde eu atenda uma pessoa analfabeta, que não estudou, e aí eu tento o máximo possível chegar a uma comunicação facilitadora. Então assim, é diferente. É meio que o princípio da equidade: tratar diferentes os diferentes. Eu uso muito isso (Antônio).

Eu tento trazer uma linguagem simples e objetiva, né? Quando eu estou tendo dificuldade de entendimento, muitas vezes, eu vejo que há uma limitação, talvez não só da comunicação, mas da possibilidade de conteúdo mesmo. Então, às vezes não é nem a comunicação em si, mas o conteúdo que eu não vou conseguir atingir que, geralmente, em outras condições eu conseguiria obter, sabe? [...] eu acho que também isso aí acaba contornando melhor essas dificuldades (Mara).

[...] acho que facilita tentar conversar na mesma linguagem do paciente, dos pais, uma linguagem que eles entendam, eles entendam, uma linguagem que não seja muito rebuscada, tentar melhorar a comunicação (Maria de Lourdes).

[...] você tenta explicar de um jeito que a pessoa possa entender, na maioria das vezes, você consegue (Pedro).

[...] a gente começa a falar a linguagem deles. Então, tem algumas expressões que são daqui, que eu acho que eles se sentem mais familiarizados (Maria Clara).

- **Imitar sons e faces para responsável identificar**

[...] Eu costumo, inclusive, imitar, fazer imitação de som, de faces para que o paciente identifique, se é daquela forma e peça também para que eles façam aquilo que eles viram. Então, por exemplo, o paciente vai me dizer que a criança estava convulsionando, eu peço que faça como era convulsão, como é que se comportava a criança, porque isso me ajuda a entender melhor muito mais do que eles falando (Tereza).

- **Internar criança quando há risco de tratamento não ser realizado**

[...] vai ter vezes que você vai acabar internando a pessoa porque você sabe que a outra pessoa não vai saber fazer aquilo que você está mandando. Então, aí a sua estratégia tem que ser, internar para ela ver como é que tem que ser feito, para depois ela ir para casa para poder fazer, você sabe que se você não fizer isso a chance de dar errado é grande; então, muitas vezes você acaba até internando para pessoa aprender como é que faz um soro, como é que hidrata uma criança. Como é que tem que dar aquelas medicações nos horários, para depois a pessoa poder ir para casa (Pedro).

Outras estratégias referidas dizem respeito à validação das emoções dos pais das crianças para que estes sintam-se seguros, como:

- **Atender com paciência, demonstrando apoio e empatia**

Acho que é muita paciência, [...] você, tem que escutar todos os lados que chegam para você, e depois você tentar perguntar [...] quem é que vai ficar mais tempo com essa criança para você ver em qual você vai tentar valorizar, claro que juntamente com o exame físico, com observação do comportamento da criança para ver qual é a que mais se encaixa com aquele perfil do paciente (Maria Clara).

[...] tratar a criança com carinho e sempre reportando para a família, porque o atendimento na pediatria, não é só a criança, é a família inteira, então, eu acho que a grande chave é essa, a gente atender a criança de maneira bem e sempre dar um retorno para a mãe, falando que entende, que compreende, que se coloca no lugar dela, que a gente está ali para ajudar, para fazer o melhor para a criança e para família [...] me colocar muito no lugar da pessoa, tentar me colocar, e ver que ali está uma situação vulnerável da família e da criança. [...] a gente tem que ter empatia, em primeiro lugar com a mãe, porque uma criança doente a mãe fica muito abalada, então a gente tem que se colocar no lugar dessa mãe, e tentar entender como ela está sentindo, colocar como se a gente tivesse, realmente, entendendo o que ela está (Don'Ana).

[...] você tem que ter uma simpatia, tem que ter um cuidado maior para examinar a criança, tentar brincar, tentar levar ali no lúdico, mas também tem que ter uma boa relação de confiança com a mãe, senão o seu tratamento não funciona. [...]Então, eu acho que o que mais ajuda é você não ter pressa, não ficar querendo que a pessoa fale rápido, entendeu? (Lívia).

[a empatia] faz com que eles se sintam à vontade, que relatem as queixas e os sintomas de maneira mais adequadas (Tieta).

[...] se você atender a pessoa como você gostaria de ser atendido, acho que pelo menos 90% dos problemas já estão resolvidos. É só assim 'como é que eu gostaria de ser recebida numa urgência?', 'Como é que eu gostaria que falassem comigo', entendeu? Tem um computador, o computador está ali, mas olhar nos olhos é importante. A pessoa se sentir amparada, você vai estar ali, vai estar ajudando, são essas coisas (Gabriela).

- **Dizer que tem filhos, quando eles perguntam**

Elas mesmo perguntavam, cansei de dizer que eu era mãe sem ser, para dar um maior crédito, e entender. Logo quando eu tinha formado era duro, então, eu acho assim, a pessoa um pouco mais velha, que tem filho [...] influencia sim [...] (Gabriela).

Então, eu já menti falando que tinha filhos em alguns momentos, para validar a minha emoção. [...] Eu acho que até para questões de

orientação de rotinas, talvez quem é mãe consiga fazer uma orientação mais detalhada [...]. Mas para comunicação, coisa de trazer a mãe na questão de confiança [...], já usei essa estratégia de falar 'eu sei como é, eu também tenho', alguma coisa do tipo (Mara).

A figura 4 representa o mapa mental da categoria sobre os desafios vivenciados no atendimento pediátrico e estratégias para superá-los.

Figura 4. Representação da categoria “Desafios vivenciados no atendimento pediátrico e estratégias para superá-los”. Lagarto/SE, 2021.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

6.4 PERCEPÇÃO SOBRE ASPECTOS NECESSÁRIOS À COMUNICAÇÃO NA PEDIATRIA

6.4.1 Comunicação com a família

A interação com a família foi um componente destacado quando questionada a percepção dos pediatras em relação à comunicação na pediatria. Para o estabelecimento da confiança e do vínculo com os pais e criança, os pediatras utilizam de ferramentas, como:

- **Olhar e dar atenção para todos**

[...] olhando não só para o paciente como para sua família. A gente tem que criar um vínculo importante com a família (Mara).

Você tem que ter uma atenção maior, não só para os pais, quanto para as crianças, e tem que ser bem dividida essa atenção, porque se você explica à criança, mas não explica ao pai, e o pai não entende que você está fazendo o melhor pela criança. E, às vezes, é o contrário, você explica tudo, mas deixa de sorrir para a criança, o pai não vai lhe considerar atendendo bem o filho dele. Então é uma especialidade que você tem dois, sempre dois para agradar, sempre dois para dar atenção, nunca um só (Eugênia).

- **Conversar primeiro com os pais**

[...] depois que eu converso com a mãe aí sim que eu me dirijo a criança, entendeu? Geralmente é assim (Lívia).

- **Escutar/ouvir os pais/deixar a mãe falar o tempo que quiser**

[...] Você tem que deixar falar, você tem que dar o tempo deles explicarem o que está acontecendo e muitos colegas, às vezes, por questão de, tipo: - “Ah, eu tenho que fazer a consulta em 10 minutos, em 15 minutos”, acaba não ouvindo tudo que a pessoa tem a dizer, e cada detalhe que a mãe fala, a mãe, principalmente, porque é mãe que, geralmente, conhece detalhes da criança e tudo que é importante, eu acho, tudo que fala é importante, nem que seja o jeito que ela fala, nem que seja o humor dela falando, tudo que fala é importante, eu acho que ouvir mais, sem ter tanta pressa de acabar a consulta, eu acho que isso é o fundamental (Lívia).

[...] eu sou daquelas pessoas que eu ouço muito, entendeu? Acho que isso daí eu consigo, eu vou conseguindo aos pouquinhos cortar, tipo encurtar uma conversa, mas geralmente a maioria das vezes eu deixo a mãe, realmente, falar o que ela quer. (Dona Flor).

Ouvir os pais (Tieta).

- **Não chamar de “mãezinha”**

[...] Eu não costumo chamar de mãezinha (Dora).

- **Fazer perguntas para incentivar a fala, quando mãe não fala muito**

[...] quando eu vejo que está muito presa [a mãe], muito limitado, ou então quer falar alguma coisa e não consegue, aí eu começo a perguntar (Dona Flor).

- **Questionar de maneira direta**

[...] saber questionar de maneira direta. Então quanto mais direto seus questionamentos, mais específicos, o que você precisa saber e ter como informação mais fácil, porque está coletando informação de uma pessoa que vai falar sobre um terceiro e não sobre ele mesmo (Tieta).

- **Fornecer explicações “da melhor maneira possível”**

[...] eu tento explicar da melhor maneira possível, eu acho que a minha comunicação é muito boa [...] (Don'Ana).

6.4.2 Comunicação com a criança

Todos os pediatras afirmaram ser de fundamental importância a comunicação com a criança durante a consulta. O momento de incluir o depoimento da criança divergiu entre alguns profissionais:

- **Sempre**

Depende da faixa etária, né? Então, a depender da faixa etária, a gente não vai ter o depoimento, a comunicação verbal. Mas se tiver uma faixa etária que não tem comunicação, mas eu tenho um dado não-verbal relevante, eu coloco um exame físico. Eu coloco assim, criança interagindo, sorrindo, alguma coisa assim (Mara).

- **A partir de dois a três anos**

[...] os pequenos, não tem como. Até dois anos, é um pouco complicado [...], eu dou brinquedo, tento de alguma forma distrair a criança com algum objeto, mas chora, não tem jeito, as que choram, choram. Mas, a partir de dois, eu sempre converso, pergunto coisas simples, sobre o personagem de desenho, pergunto a cor que mais gosta, pergunto quantos aninhos tem, geralmente, eles já respondem isso, né? Pergunto se está tudo bem e se tem alguma dorzinha quando eu estou examinando, pergunto se está dodói, coisas que a partir de dois anos eles, geralmente, respondem ou fazer algum gesto para comunicar, mas eu costumo dar atenção, geralmente. No meu consultório, tem uma parte só de brinquedo, e aí, geralmente quando entra na consulta, eu cumprimento e eles vão brincar, eu converso com a mãe, depois que eu converso com a mãe aí sim que eu me dirijo a criança, entendeu? Geralmente é assim (Lívia).

Quando a criança ela está não-verbal, de uma forma geral, eu tento perguntar para ela, então, por exemplo, se é dor, eu incluo ela na minha anamnese, então, se eu consigo essa interação, geralmente, eu trago também algumas perguntas da anamnese para ela, assim, localização de dor, tentar descrever características da queixa, essas coisas. E aí quando eu consigo obter, eu coloco sim. Até, às vezes, quando é divergente, aí eu coloco mãe falou tananã, mas criança falou tananã. [...] eu tento trazer essa interação, em outras circunstâncias não só numa anamnese direcionada, o entendimento de uma criança de dois, três anos não vai conseguir me escrever muito uma dor, mas ela pode apontar com o dedinho, por exemplo, a localização (Mara).

[...] é importante saber a opinião da criança. Às vezes, eu pergunto para criança, quando ela já tem como responder, quando tem mais de três anos eu já começo [...] (Maria de Lourdes).

[...] com as crianças, a partir de mais ou menos, dois ou três anos, você já precisa se comunicar diretamente com ela, você precisa escutar o que ela quer te dizer, é claro, que sempre confirmando com algum

familiar se aquela informação é verídica, se é daquele jeito, mas eu acho que a criança precisa ser ouvida sempre (Maria Clara).

Aquelas crianças que a gente já vê que tem a partir de três anos, eu já costumo pedir para falar, não necessariamente no momento da anamnese, muitas vezes na hora do exame físico, a oportunidade que eu dou para criança de participar ali, as menorzinhas da consulta. Então, eu vou examinando e vou perguntando se está sentindo alguma coisa, em cada parte do corpo que eu vou passando, se tem algum incômodo, se está alterado, se está doendo (Tereza).

- **A partir de quatro anos**

[...] dificilmente antes dos 4 anos de idade a criança vai conseguir lhe falar alguma coisa (Pedro).

- **A partir de cinco a seis anos**

[...] se a criança soubesse falar [...] Se for uma criança de seis, sete anos, oito anos, às vezes, já chega falando o que quer, e eu levo muito em consideração, e olhando para ela, eu sempre gosto de olhar para ela, para ela ver que eu estou ali interagindo com ela [...]. Eu sempre depois vou dizer, você quer completar mais alguma coisa, você quer ressaltar mais alguma coisa? E aí eu consigo fazer a minha anamnese diante disso. Mas eu, isso assim, é um fato muito importante para mim, quando a criança fala e quer falar, eu olho para ela. Às vezes, inclusive, até a mãe, o pai ou acompanhante falando eu já estou olhando para criança, principalmente se for maiorzinha, então assim, para mim isso é extremamente importante (Antônio).

[...] uma criança maior que já tem um certo entendimento, que sabe expressar aquilo que está sentindo, sim, eu escuto, eu pergunto a própria criança também. Além de escutar o acompanhante, escutar também a criança (Guma).

[...] consigo ter mais alguns dados, quando a criança é maior. A partir dos cinco, seis anos, eu já incluo no momento da entrevista mesmo, tento direcionar as perguntas para criança e, quando eu vejo que não obtenho tanta resposta, eu direciono para os pais ou os cuidadores. Mas a gente costuma sim incluir, porque são dados a mais e a gente precisa de qualquer fonte a mais para ajudar no raciocínio (Tereza).

A comunicação também foi pontuada como reflexo de atitudes humanizadas dos profissionais com a criança, como:

- **Respeito**

Eu acho que a criança é uma pessoa, né? É um ser, é uma pessoa que tem opinião e que deve ser respeitada até para a gente conduzir o caso, né? Então, muitas vezes a gente não consegue fazer o que a gente gostaria, nem de exame físico, nem de conduta, né? Porque a criança não consegue aderir, então, tudo isso tem muita importância, a gente precisa levar em conta sim a criança como uma pessoa que está sendo, ela é levada pelos pais, ela é traduzida pelos pais, mas ela é uma pessoa, a gente tem que respeitar ela enquanto uma pessoa (Dora).

- **Valorização, levá-la a sério**

[...] é para que a criança também se sinta valorizada, ali naquela consulta, que não esteja ali apenas como um objeto que foi levado ali para aquele consultório, que seja ouvida também, seja tratada como uma pessoa (Guma).

Eu acho que fatores que contribuem muito para minha prática diária para pediatria é não ficar achando que a criança não tem entendimento das coisas, sabe? [...] (Dora).

- **Dar autonomia**

Primeiro porque eu acho que a gente tem que dar autonomia. Eu acho a criança, ela merece ter sempre autonomia, autonomia para conversar, autonomia para comer, claro que dentro das suas limitações possíveis (Maria Clara).

- **Ser verdadeiro(a), sincero(a), honesto(a)**

Ser verdadeiro, porque eu particularmente acho que é importante a criança só vai em você, se você falar a verdade, se no momento eu preciso fazer um exame, coletar um exame vai doer, eu deixar claro que pode ser que incomode um pouquinho, que doa, que se doer ele me avise, que eu vou parar, eu não vou continuar. Então assim, ser sincero, falar a linguagem dele e criar um ambiente que seja um ambiente infantil, que ele se identifique com aquilo no momento da consulta (Tieta).

- **Demonstrar empatia**

[...] se disser que está com medo, porque que está com medo, você entender qual é o medo e a ansiedade dela naquele momento (Tieta).

[...] precisa ser empático, acima de tudo porque você necessita de entendimento do que aquela criança é capaz de lhe mostrar ou não, para ir além ou recuar, para tirar seus dados de semiologia mesmo e conseguir construir um pensamento clínico sobre aquela situação (Dora).

Os pediatras também levaram consideração as condições necessárias para promover a comunicação com a criança durante a consulta:

- **Vestimenta, evitando jalecos brancos tradicionais**

[...] muitas vezes a criança já chega com medo, e acho que é uma coisa que facilita, facilita um pouco usar jaleco diferentes (Maria de Lourdes).

- **Recursos lúdicos**

- Em geral

[...] tudo o que você imaginar [...] Tem muita coisa que eu faço, muita coisa (Lívia).

[...] hospital é uma coisa que assusta, não é? Então, você tem que... eu sempre andei assim, agora, com essa época, piorou, você anda com máscara, face shield, [...] a gente brinca, vai brincando, vai brincando, para tornar menos, assim, traumático para criança, a consulta, o ambiente hospitalar, ainda mais agora. [...] você vai brincando, vai conquistando, tentando conquistar a criança, aí daqui a pouco ela deixa, muitas vezes a criança no braço, sabe? (Gabriela).

[...] precisa ser de forma lúdica, sempre, né? Porque é através da ludicidade que a criança consegue se expressar [...] acho que com a criança, principalmente, é lançar mão da parte lúdica, né? No hospital a gente não tem como ter brinquedo, nem nada assim, que tenha como a gente distrair muito a criança [...] tentar estabelecer alguma forma de brincadeira com ela é uma das maneiras que eu uso [...] a brincadeira é o meio mesmo de tentar fazer essa comunicação e facilitar a consulta, o atendimento (Dora).

[...] se tiver algum brinquedo que a criança trouxe, eu coloco o brinquedo na maca também, começa a examinar aquele brinquedo, e aí se vai tentando (Maria Clara).

[...] você tem que colocar mais o lúdico [...] (Eugênia).

- Específicos (usados isoladamente ou associados)

[...] se chamou a atenção da caneta você coloca a caneta [...] eu uso sempre algumas lanternas, umas luzinhas que fazem barulho para chamar atenção e tentar conversar com as crianças também, para ela entender que a gente é inimigo, que a gente está ali para ajudar. Algumas não entendem, mas a gente tenta deixar, assim, comprar elas com algumas coisinhas, lanterna, tentar ver o que é que ela chama mais atenção no consultório, se chamou a atenção da caneta você coloca a caneta (Maria de Lourdes).

[...] hospital é uma coisa que assusta, não é? Então, você tem que... eu sempre andei assim, agora, com essa época, piorou, você anda com máscara, face shield, [...] eu tinha por hábito, canetinha de bichinhos, brincando para criança, mas ainda assim, a gente brinca, vai brincando, vai brincando, para tornar menos, assim, traumático para criança, a consulta, o ambiente hospitalar, ainda mais agora. [...] Aí às vezes você vai auscultando, eu pego a lanterninha fico assim, apagando e acendendo, apagando e acendendo, a criança vai prestando atenção naquilo e esquecendo que você está examinando (Gabriela).

[...] se tiver algum brinquedo que a criança trouxe, eu coloco o brinquedo na maca também, começa a examinar aquele brinquedo, e aí se vai tentando (Maria Clara).

No meu consultório, tem uma parte só de brinquedo, e aí, geralmente quando entra na consulta, eu comprimento e eles vão brincar [...] perguntar de algum desenho que, geralmente, dos meninos é um super-herói, e das meninas tem os personagens que as meninas gostam, que cor você gosta? Vamos desenhar? E eu dou lápis e coisas para eles

desenharem, e papel para eles desenharem, né? [...] se a criança estiver chorando muito, usar o celular para acalmar [...] cantar música (Lívia).

em ambiente de consultório, na verdade, eu costumava usar muito a estratégia de um boneco, de examinar o boneco e pedi para criança examinar junto e perguntar onde é que o boneco estava sentindo alguma coisa. E aí, dessa forma, a criança me mostrar também onde é que era o problema dela, no consultório era mais fácil porque a gente tinha acesso a brinquedo. Na emergência, fica um pouco mais difícil, mas é um outro recurso que eu já usava muito também (Tereza).

[...] antes do exame físico, [...] fazendo algum teatrinho, alguma fala [...] para criança que tem algum interesse, tenho usado muito vídeo de musiquinha, Palavra Cantada, esses vídeos que tem música e animação, que elas se interessam e elas se acalmam, e a gente consegue fazer um exame físico melhor, mas antes do exame físico, normalmente eu uso esses videozinhos para o exame físico, para a criança acalmar, fixar atenção naquilo ali, esquecer um pouco o que eu estou examinando. Mas antes do exame físico, mais a brincadeira mesmo, tentar distrair de alguma forma, mesmo que seja brincando com o corpo, ou fazendo algum teatrinho, alguma fala, a brincadeira é o meio mesmo de tentar fazer essa comunicação e facilitar a consulta, o atendimento (Dora).

- **Ambiente para crianças**

Então, eu acho que primeiro o que conta, o ambiente em que você trabalha, de ser um ambiente que tenha algumas características de um ambiente infantil. Então, não é todo lugar que você consegue trabalhar dessa maneira, mas se uma criança entra num consultório, que é o padrão da gente atender adulto, ela vai se comportar de um modo, se ela entra num consultório que ela se identifica como um ambiente infantil, que tenham coisas de criança, que tenham brinquedos, que tenha uma parede com uma pintura, ela já se sente mais à vontade, não vai ter tanto medo, e se ela não tem medo de você, isso já lhe ajuda, tanto no diálogo como no exame físico. Então [...] criar um [...] ambiente infantil, que ele se identifique com aquilo no momento da consulta (Tieta).

Para promover a comunicação com a criança, os pediatras reforçaram o uso da linguagem não verbal:

- **Observar estado em que chega, comunicação não verbal e interação com pais**

[...] acho que na Pediatria a gente leva em consideração a questão da linguagem corporal. Nos bebezinhos que não conseguem se comunicar a gente usa muito esse tipo de linguagem (Maria Clara).

[...] muitas crianças elas não falam, não vão verbalizar a queixa, então o exame físico da criança começa quando a criança entra na sala, você observar a postura da criança, a interação com os pais [...] (Tieta).

[...] se não for com palavras, com ações, tem a parte lúdica, tentar extrair o fato da gente começar a examinar a criança a partir do momento que a gente chama ela no corredor, e ali a gente já está examinando, a gente pode dá ali também já estar conversando com a mãe, fazendo anamnese a partir do momento que a gente chama o nome da criança, dá bom dia, boa tarde, boa noite, dali já começa a nossa avaliação (Dona Flor).

[...] porque a gente tem, muitas vezes, diante de si, também pacientes violentados, pacientes psicologicamente abusados, pacientes, então a gente precisa estar atento a esses sinais [...] não verbais da criança também nesse sentido. Então, uma criança que chega para você, e que você olha, é uma criança que não tem o mínimo de alegria, né? Você não percebe, não é nem a apreensão, porque é normal uma criança chegar apreensiva para uma consulta médica, principalmente, se for no hospital. Mas você consegue perceber quando é o nervosismo daquela consulta, porque ela está num ambiente que é opressor um pouco para ela, de uma criança que tem uma tristeza no âmago, assim, sabe? Uma tristeza internalizada por algum outro motivo, então, todos esses sinais a gente tem que estar muito atento, né? (Dora).

[...] se é uma criança que chega grave, você sempre tem que lembrar dos sinais de abuso, que tem vez que eles fazem o abuso, e quando a criança está quase morrendo, levam para o hospital, tem sempre que... Crianças quando realmente não falam, você tem que examinar, realmente, muito minucioso, porque, pode ser tudo na realidade (Pedro).

- **Olhar nos olhos, prestar atenção enquanto ela fala**

Eu olho nos olhos, eu encaro mesmo, enquanto ela está falando eu tento o máximo possível prestar atenção nela [...] e eu levo muito em consideração, e olhando para ela, eu sempre gosto de olhar para ela, para ela ver que eu estou ali interagindo com ela [...] é um fato muito importante para mim [...], quando a criança [...] quer falar, eu olho para ela. Às vezes, inclusive, até a mãe, o pai ou acompanhante falando, eu já estou olhando para criança, principalmente se for maiorzinha [...] (Antônio).

[...] Eu acho que se dá, principalmente pelo olhar (Dora).

- **Acolher, escutar, deixando-a expressar-se em suas palavras e falar o que quiser**

[...] deixar ela (criança) se expressar e falar o que ela está sentindo (Tieta).

[...] deixo ela (a criança) falar, deixo ela expor o que quiser [...]. Eu sempre depois vou dizer, você quer completar mais alguma coisa, você quer ressaltar mais alguma coisa? E aí eu consigo fazer a minha anamnese diante disso.[...] eu acho que faz parte, inclusive, do acolhimento da criança [...]. A criança precisa ser ouvida, precisa saber que tem ali alguém que presta atenção nela, que está ali, disposto a ouvir o que ela sente, tudo bem que ela não vai saber, às vezes, dizer o tempo de tais sintomas, a cronologia dos fatos [...], então eu me sinto

nessa parceria mesmo com a criança. Eu acho que a chave da questão é o acolhimento, assim, a criança precisa ser acolhida. [...] Quando às vezes é maiorzinha, o acompanhante está falando e ela quer falar alguma coisa, aí o acompanhante, às vezes, corta assim 'não calma, deixa eu falar, depois você'. Eu falo 'não mas vamos ouvir também'. Aí eu falo e peço para ele falar, enfim. Acho que isso é bem importante, dar espaço para criança (Antônio).

[...] Além de escutar o acompanhante, escutar também a criança (Guma).

Em relação à comunicação verbal, é fundamental que o pediatra utilize uma linguagem:

- **Não infantilizada**

[...] conversar com a criança antes de forma lúdica, não infantilizada (Dora).

- **Acessível, adaptada para idade**

Então, eu tento adaptar para a faixa etária, um adolescente eu já vou conseguir ter mais detalhamento, então, eu tento trazer para ali, para o que é esperado, e como eu observo a interação dela com a mãe, até onde que eu vou pedir auxílio da mãe, às vezes, para trazer isso, é muito intuitivo também (Mara).

[...] falar a linguagem dela (da criança) (Tieta).

[...] a comunicação com a criança é diferente da comunicação com o adulto [...] você tem que colocar as coisas com palavras que ela possa entender, e que ela possa se sentir segura (Eugênia).

Por fim, os pediatras ressaltaram a importância de valorizar as informações da criança, conversando e fazendo perguntas direcionadas à criança e escutando suas respostas, com a finalidade de:

- **Para criar vínculo e confiança e ela sentir-se segura e à vontade**

[...] quando entra no consultório ela (a criança) fica tensa, muitas delas ficam olhando para o lado e para o outro, olhando para o pé, o medo de injeção. A gente vai começando a conversar para que [...] aquela tensão inicial vá diminuindo, a ponto de que ela se sinta, com essa conversa que você tem com ela, começa a se sentir segura, ter uma certa segurança que possa me responder e até para quando chegar no exame físico ela já estar mais relaxada e conseqüentemente já estará mais colaborativa no momento do exame físico. [...] eu escuto, eu pergunto à própria criança também (Guma).

[...] Você precisa primeiro construir uma confiança com ela para depois você estabelecer um diálogo, seja como for esse diálogo. [...] não basta você gostar de criança [...]. Você tem que entender como é que uma criança reage das milhares de formas que ela pode reagir, para poder estabelecer essa confiança e conseguir fazer o seu papel de médico naquele momento (Dora).

[...] conversar com a criança para ver o que ela responde, e se ela não souber responder eu continuo a conversa com a mãe (Maria de Lourdes).

[...] pergunto coisas simples, sobre o personagem de desenho, pergunto a cor que mais gosta, pergunto quantos aninhos tem, geralmente, eles já respondem isso, né? Pergunto se está tudo bem e se tem alguma dorzinha quando eu estou examinando, pergunto se está dodói, coisas que a partir de dois anos eles, geralmente, respondem ou fazer algum gesto para comunicar, mas eu costumo dar atenção, geralmente. No meu consultório, tem uma parte só de brinquedo, e aí, geralmente quando entra na consulta, eu cumprimento e eles vão brincar, eu converso com a mãe, depois que eu converso com a mãe aí sim que eu me dirijo a criança, entendeu? Geralmente é assim (Lívia).

[...]e quanto mais próximo de você e ela lhe ver como uma pessoa amiga, que está ali para ajudar, se identificar com você, você falar a linguagem dela, ela vai se sentir mais à vontade para poder expressar [...] (Tieta).

- **Para obter informações fundamentais**

- De forma geral:

Então, quando ela consegue verbalizar, tem grande importância. A criança na maior parte das vezes é sincera, a postura dela lhe mostra quando é algo que ela está aumentando ou fantasiando por alguma razão, lhe ajuda nisso [...] Eu acho que só o depoimento de uma criança não vai lhe ajudar a fazer uma consulta, mas o que ela lhe traz como informação, sempre vai ser bastante importante, o pouco que ela consegue verbalizar e trazer para você ou se expressar, contando ou falando, são informações fundamentais (Tieta).

[...] a história inicial, a depender da idade criança, da comunicação que a gente tem criança, a criança entra na anamnese, às vezes, direciono algumas perguntas para ela também que acho importante, mas sempre começa com a mãe, a mãe é que vai a base da anamnese toda, para depois da anamnese [...] (Dona Flor).

- Mais precisas sobre suas queixas ou sintomas

Sempre pergunto o que o que a criança está sentindo, onde é que dói, o que é que aconteceu. Porque eu acho importante a gente ouvir a versão da criança. [...] A criança, normalmente, sempre fala a verdade, e às vezes a gente consegue extrair (Don'Ana).

Primeiro porque, às vezes, o pai e a mãe vêm com a queixa e, na verdade, a queixa da criança é outra. [...] no diálogo e no exame físico, a gente consegue perceber melhor qual é aquela queixa realmente, né? [...] muitas vezes, a ansiedade da mãe e do pai faz um viés na condução da consulta, né? Então, a criança é muito verdadeira, né? (Dora).

Porque, às vezes, o pai tem uma impressão e a criança, às vezes, consegue ser mais clara do que o pai, diz está doendo tudo e ela

consegue apontar onde é que dói, dependendo da idade a criança ajuda a gente (Eugênia).

- Para conhecer a sua versão sobre a história que está sendo contada pelos pais e suas possíveis contradições

[...] às vezes, a mãe chega e diz que ela está com dor de barriga, aí as criancinhas maiores chegam e dizem: - “Estou não”. Aí eu vou pergunto para mãe de novo, depois pergunto para a criança. Aí eu tenho que explicar para ela o que é uma dor na barriga, tem aquela criança que não sabe onde fica, mas assim, dizer se tem ou não, a criança vai saber, vai saber explicar pelo menos a maioria delas, muita criança entrega a mãe, acho isso tão legal, ele está com, sei lá, está com dor, está com febre, a criança diz: - “Estou não, estou tão bem, eu comi”. Isso aí, tem essa parte que é engraçada (Dona Flor).

[...] às vezes a criança pode relatar alguma coisa e, às vezes, relata diferente da mãe. Tem mães que chegam dizendo que estava morrendo de dor, mas a criança disse que não. Aí eu coloco ‘a mãe refere dor, mas a criança não sei o que’, às vezes eu boto. Porque, às vezes, você vai ver no seu exame físico, principalmente quando seu exame físico tem a ver mais com o que a criança relatou, entendeu? [...] É que, às vezes, também tem mulheres que por algumas questões com marido, para chamar um pouco de atenção, diz que o filho, às vezes, está doente, leva na urgência, são várias coisinhas, entendeu? Eu coloco a história da mãe, na anamnese tirada da mãe, coloco que a criança também fala alguma coisa assim, também coloco ‘a criança refere-se a...’, mas, normalmente, é mais o relato da mãe mesmo. Tipo, aconteceu uma criança que [...] foi suspeita de ser vítima de abuso. E ela disse assim, chegou sangrando, e ela falou assim, foi meu pai, a mãe dizia que caiu da escada. Então, são coisas assim, você tem que anotar que a mãe fala que foi escada, a criança fala que foi o pai, você tem que colocar. Até porque, tem que acionar Serviço Social, essas coisas (Gabriela).

Muitas vezes as mães simulam doenças em crianças, tipo, meio a gente tem problema social muito grande, então, tem vez que a mãe briga com pai, o pai é separado e acompanha, muitas vezes, elas levam as crianças para emergência inventando que as crianças tão doentes, meio que para fazer raiva ao pai, para dizer: “- Oh, você está na rua seu irresponsável, eu estou no hospital com seu filho”. Então, quando é que a maior, tem vezes que você consegue até pegar, já conseguiu a gente pegar essa parte, da mãe está dizendo uma coisa e o menino está negando (Pedro).

A mãe, às vezes, eu percebo muito na emergência pediátrica que a mãe leva a criança para às vezes chamar a atenção do pai, isso acontece muito. E exagera, aumenta os sintomas da criança, quando a gente vai conversar e a gente examina, a gente distrai a criança no exame físico perguntando outras coisas, a gente acaba percebendo que a situação da criança não é aquilo tudo que a mãe floreu, que não está tão grave ou a criança não está sentindo aquela dor exacerbada que a mãe falou, a ponto da criança conseguir brincar. Então, eu acho importante a gente fazer o depoimento da criança e perguntar para a gente

conseguir entender a real situação que a criança está passando (Don'Ana).

A figura 5 representa o mapa mental da categoria referente à comunicação na pediatria percebida pelos pediatras.

Figura 5. Representação da categoria “Percepção sobre aspectos necessários à comunicação na pediatria”. Lagarto/SE, 2021.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

6.5 PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PEDIATRIA

6.5.1 Recepção

No que diz respeito ao atendimento no serviço pediátrico de urgência, a recepção da criança e da família é a primeira fase de encontro e deve ser baseada em atitudes que promovam uma primeira impressão adequada:

- **Chamar a família pelo nome na ficha**
 - Na recepção / sala de espera e acompanhá-la até o consultório
 - [...] chamo essas crianças na recepção, em geral, sou eu que vou chamar, acompanho até o consultório (Tieta).
 - [...] vou lá na sala de espera, chamo pelo nome da criança (Antônio).

- Na porta do consultório

[...] eu vou lá, chamo na porta, mando entrar [...] (Gabriela).

Eu chamo o paciente para entrar no consultório [...] (Tereza).

- **Cumprimentar (antes ou depois de trazer para o consultório)**

[...] falo bom dia, trago para o consultório (Mara).

[...] eles chegam no consultório, bom dia, boa tarde, boa noite. (Dora).

[...] faço o cumprimento, boa tarde, boa noite, bom dia [...] (Tereza).

[...] dou boa noite [...] (Gabriela).

- **Pedir para sentar**

[...] peço para sentar [...] (Mara).

- **Apresentar-se como pediatra e/ou dizendo seu próprio nome e/ou quando há estudante, explicar**

[...] quando eles entram, a gente se identifica como pediatra, informo o meu nome [...] (Tieta).

[...] me apresento [...] (Mara e Gabriela).

[...] , quando entra no consultório eu me apresento, falo que sou [...], pediatra, se tiver algum estudante eu explico (Don'Ana).

[...] me apresento, que sou a pediatra, até porque quase ninguém acha que eu sou a médica, então é importante eu afirmar que eu sou a médica. [...] (Tereza).

6.5.2 Anamnese

Após a apresentação e entrada no consultório, o pediatra dá início a consulta com a anamnese, através da identificação da criança e do acompanhante:

- **Nome do acompanhante**

[...] pergunto, em geral, o nome de quem está acompanhando o paciente para que a gente possa tratar eles pelo nome (Tieta).

[...] pergunto o nome da mãe, registro (Mara).

Pergunto o nome do acompanhante [...] (Tereza)

- **Grau de parentesco do acompanhante**

[...] Então: “- Você é a mãe de Fulana de Tal. Qual é seu nome? Ah, não sou mãe, o que é que você é dele? É a vó, é madrinha? Qual é o grau de parentesco?” (Tieta).

[...] se é mãe, se é pai, tento identificar quem é que está acompanhando a criança (Tereza)

- **Se é o responsável pelos cuidados da criança**

[...] Se ela quer a responsável pelos cuidados no dia a dia da criança e qual é o nome dela (Tieta).

- **Informações da criança**

[...] nome, a idade, o peso, que é o que eu coloco no cabeçalho da anamnese. [...] (Tereza).

[...] sempre faço um cabeçalho, nome, idade, às vezes eu coloco a hora, mas já está no computador e já sai na hora [...] (Dona Flor).

Em seguida, os pediatras conduzem a consulta questionando:

- **Queixa principal**

[...] a gente questiona qual é a queixa, qual foi a razão de ter levado ela procurar o pronto socorro, ela informa se durante a queixa e história clínica que ela contar houver algumas dúvidas, a gente tira essas dúvidas, em geral, eu gosto de organizar o relato da mãe uma linha do tempo. Ah ele está com vômito e diarreia. Ele começou a ficar doente quando? Quando foi que essas queixas surgiram? Começou a ficar doente na sexta-feira, então na sexta-feira ele apresentou o quê? Depois apareceram outros sintomas, quais foram? Organizar meio que em cronologia essas queixas, a intensidade, a frequência, se foram vômitos, quantas vezes, se foi diarreia, quantas vezes, se houve febre, se essa febre foi mensurada ou não, qual foi o valor [...] (Tieta).

Quando eu estou sozinha [...] eu escrevo, pergunto a queixa, colete os dados [...] (Don'Ana).

[...] depois, aí vou direto para mãe, perguntando a história inicial, sempre é a mãe que vai referir a história inicial, a depender da idade [...] a criança entra na anamnese [...] mas sempre começa com a mãe, a mãe é que vai a base da anamnese toda, para depois da anamnese, aí sim, eu faço exame (Dona Flor).

[...] converso com a mãe, o que [a criança] está sentindo, desde quando começou os sintomas, a anamnese normal [...] (Lívia).

- **Antecedentes familiares**

[...] geralmente, se tem alguma doença na família também eu costumo perguntar e depois eu parto para o exame físico (Lívia).

- **Antecedentes pessoais**

[...] e quando eu termino de colher essa história, essas informações de se tem alergia, [...] se tem algum problema de saúde se usa alguma medicação que precisa fazer o uso contínuo todos os dias [...] (Tieta).

[...] se tem alergia, [...] se o cartão vacina está atualizado ou não [...] se tem alguma história de problema de saúde [...] e depois que eu colete essa historinha eu vou para o exame físico (Don'Ana).

[...] alergia, [...]comorbidade [...] (Dona Flor).

[...] pergunto também, de alergia. [...] Aí pergunto de histórico, de alergia, [...] pergunto de vacinação [...] pergunto também sobre o histórico de doenças. [...] se você já ficou internado, se teve algum problema quando nasceu, coisas do histórico mesmo da criança (Lívia).

[...] na conversa com os pais eu sempre tenho que abordar tudo, antecedências gestacionais, pessoais, familiares [...]Juso de medicamento [...]eu sempre tenho que [...] fazer um inquérito alimentar [...] (Maria Clara).

6.5.3 Exame físico

Sobre o exame físico, os pediatras salientaram a importância de escolher o local adequado para avaliação da criança:

- **Maca, quando criança se sente à vontade, ou no colo dos pais quando muito chorosa**

[...] vai ser muito de criança para criança, de idade para idade, tem criança que chega e fica bem à vontade, já quer logo subir na marca, então a gente faz esse exame físico na maca. Não ter crianças que estão bem chorosas e a gente vai precisar iniciar o exame físico no colo dos pais (Tieta).

- **Colo dos pais, se abaixo de dois anos ou muito chorosa, passando para maca, após “ganhar sua confiança”, quando tira sua roupa para fazer resto do exame**

Se for uma criança de um, dois anos que é uma fase que ainda não está entendendo muita coisa, eu prefiro que a mãe deixe no colo, inicialmente, para começar a examinar, e aí a medida que vai passando, que eu vou ganhando uma confiança, preciso examinar a barriga, eu agora bote na maca, e aí vou tendo esses artifícios (Antônio).

Dependendo da criança eu começo exame físico, às vezes, no colo da mãe ou do pai, de quem estiver levando a criança, né? Se eu percebo que a criança está assustada, se a criança está, ou se é um bebezinho, às vezes, que eu sei que vai chorar se deitar, então eu prefiro começar no colo da mãe e do pai, pela ausculta respiratória que eu acho mais

complicado para a gente fazer com uma criança agitada e chorando, e depois eu peço para deitar e tirar a roupinha, para poder examinar, e fazer o resto do exame físico (Dora).

- **Colo dos pais, passando após para a maca**

[...] no exame físico eu tento examinar primeiro a criança no colo da mãe, faço o máximo que der para fazer no colo e depois passo para ela para maca. Na maca, eu examino o abdômen, genitália, geralmente, o ouvido eu não consigo examinar no colo e a boca também, a pele, tiro a roupinha e pronto (Maria de Lourdes).

- **Colo dos pais ou do cuidador, sempre que possível**

Eu deixo muito ela no colo da mãe, ou do cuidador, então, eu sinto que elas percebem que estão mais protegidas quando estão no colo, no braço e aí eu começo o exame desse jeito [...] (Maria Clara).

Quanto à organização do exame físico, este deve ser realizado de acordo com as oportunidades que a criança oferece:

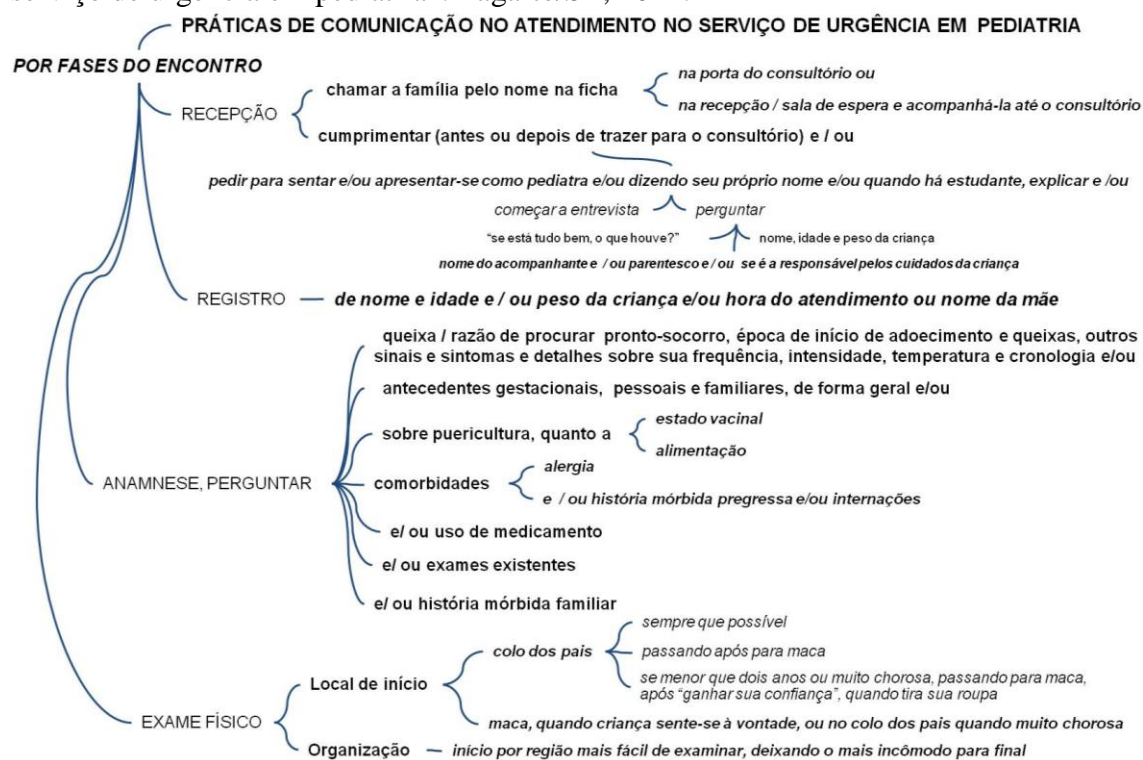
- **Início por região mais fácil de examinar, deixando o mais incômodo para final**

[...] nunca meu exame físico é igual para toda criança, por exemplo, vou começar da cabeça, vou começar auscultando isso, eu vou começar... não, cada uma tem um jeito. Porque é o jeito que eu vou tentando ver como eu consigo chegar na criança, então, às vezes, eu começo com ausculta pulmonar e cardíaca, outras eu começo pelo ouvido e aí vai (Antônio).

O exame físico em criança, a gente não tem uma coisa fixa de segmento, como se tem no adulto, de começar da cabeça aos pés. Então, a gente vai começar pelo [...] que for mais fácil, se iniciar no colo e foi mais fácil iniciar com ausculta, a gente vai iniciar com a escuta. Em geral, eu deixo para cavidade oral, que é o que mais incomoda ele, ser a última coisa do exame físico porque senão eles já ficam irritados e isso dificulta o restante do exame físico, para medir uma frequência cardíaca, uma frequência respiratória. Então, o que eu acho que vai incomodar mais a criança, vai sempre ficar por último. Então, se a queixa é um machucado no pé que está doendo, que está inflamado, isso vai ser a última coisa que eu vou ver porque pode causar dor e atrapalhar no meu exame físico. Muitas vezes a criança já vai estar chorando naquele momento, chorando muito e o que vai facilitar meu exame da cavidade oral, então nessa criança eu vou começar olhando logo a cavidade oral, porque está chorando muito e vai me facilitar, vai ser mais rápido. Então, não tem tanto uma cronologia (Tieta).

A figura 6 representa o mapa mental sobre as práticas de comunicação no atendimento à criança no serviço de urgência.

Figura 6. Representação da categoria “Práticas de comunicação no atendimento no serviço de urgência em pediatria”. Lagarto/SE, 2021.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

7 DISCUSSÃO

A análise da percepção dos pediatras sobre o percurso profissional implica em compreender os fatores motivacionais da escolha da especialidade, assim como as especificidades na área de atuação. A pediatria é uma das especialidades mais escolhidas entre os médicos, porém as pesquisas sobre os fatores motivacionais para sua escolha são escassas^{43,44,57-59}.

No que se refere às escolhas profissionais, a identificação é um processo fundamental da experiência do sujeito⁷⁹. Dentre os fatores internos encontrados no presente estudo, a identificação com as crianças, desde antes do curso, e o desejo de ser mãe entre algumas pediatras, foram relevantes para a escolha da pediatria. Para Araújo¹⁷, essa razão ao definir a especialidade denota um caráter humanístico por parte dos médicos.

Na trajetória profissional, deve-se levar em consideração a individualidade e personalidade do sujeito em relação a sua possível escolha. A primeira refere-se a características naturais que constituem o indivíduo e que servem de base para desenvolver a singularidade e o psiquismo. A personalidade, por sua vez, é um processo resultante de relações entre as condições do indivíduo, que, ao se inserir na sociedade, torna-se um ser único⁸⁰. Assim, o indivíduo possui a sua individualidade, que inserido no contexto social, desenvolve a sua personalidade, traduzida como “jeito de ser” em um dos relatos, que vai se adequar e ter mais sucesso em determinada área da medicina.

As características de personalidade podem tendenciar escolhas profissionais⁴⁹⁻⁵¹. Mullola *et al.*⁵² observaram no grupo de médicos que escolheram a pediatria uma característica de maior extroversão. Além do mais, Sievert *et al.*⁴⁹ demonstraram que, entre os residentes em pediatria, o perfil mais identificado foi de profissionais confiáveis, perseverantes, controladores, cooperativos e encorajadores. Os autores ressaltaram que os pediatras possuem um papel fundamental em lidar com a criança e com os pais, assim como se deparam com situações emocionalmente difíceis e, por isso, esses traços de personalidade refletiram na escolha da pediatria.

As diferenças entre as personalidades dos sujeitos também estão relacionadas aos distintos interesses vocacionais⁸¹. Para Azevedo *et al.*⁸², a vocação é um conjunto de

caracteres distribuídos de forma particular no indivíduo, tornando-o mais habilitado para realizar determinado papel. Neste estudo, a identificação com a pediatria foi reflexo de crenças como “vocação”, “tendência” e “intuição” entre alguns pediatras, o que proporcionou a procura da especialidade ao longo de toda a formação.

Nota-se, entretanto, que os termos mencionados podem evocar uma ideia de predestinação para a escolha profissional ligada a uma convicção que favorece os aspectos inatos do sujeito. Igualmente, Castellanos⁸³ (p.77), em seu estudo de análise do discurso médico-pediátrico, discorreu: “A solução apontada por alguns dos entrevistados para a tensão presente no momento da opção pela carreira profissional passa pela constatação de um acaso providencial em que encontram uma vocação predestinada”. Vale ressaltar que essa crença sobre a vocação circula fortemente nos corredores das escolas médicas e dos hospitais e sua existência termina por desvalorizar a escolha como uma construção que envolve vários elementos subjetivos e objetivos como visto nos resultados dessa dissertação.

A satisfação e habilidades em atender e trabalhar com crianças também foi um fator interno citado que favoreceu a identificação com a especialidade. Considerando que cada área da medicina tem características próprias e necessita de habilidades e aptidões diferentes⁸⁴, possuir essas qualificações pode condicionar a escolha da carreira⁸⁵.

Tendo em vista que a pediatria é uma área essencialmente clínica, alguns pediatras relataram a escolha desta devido a maior preferência por uma atuação clínica na medicina. Compreender essa tendência de escolher especialidades clínicas ou cirúrgicas tem sido objeto de alguns estudos. Bellodi⁵³ relacionou a escolha entre a especialidade clínica ou cirúrgica com as preferências do indivíduo e demonstrou que os motivos para os médicos optarem pela clínica foram o maior contato com o paciente, preferência pelas atividades intelectuais e abrangência da área. Os cirurgiões, por sua vez, tinham preferência por atividades manuais e resultados mais rápidos.

Um estudo multicêntrico realizado em escolas médicas no Japão verificou que os alunos que escolheram cirurgia e medicina de emergência deram maior prioridade a dominar procedimentos avançados e aos cuidados agudos em decorrência de cuidados crônicos, enquanto aqueles que escolheram clínica geral e pediatria geralmente deram pontuações mais altas para comunicação frequente com o paciente⁵⁴.

O perfil clínico dos pediatras aqui mencionado segue afirmando uma imagem carregada da figura médica como prática gentil de cuidado, que pressupõe a interação com o paciente. Historicamente, essa perspectiva pode ter atraído mulheres pela associação histórico-cultural do cuidado com a maternidade. Ademais, se verifica que a maternidade pode desenvolver sentimentos ou habilidades propícias para a pediatria, o que pode repercutir em um maior número de mulheres nessa área.

Apesar de os fatores sociodemográficos não serem mencionados diretamente nas motivações internas, alguns estudos mostraram que estes possuem significativa influência na determinação da especialidade. Em relação ao gênero, os homens têm maior preferência pelas áreas da cirurgia geral e ortopedia, enquanto as mulheres preferem pediatria, obstetrícia e ginecologia^{44,86,87}. Ressalta-se que, no presente estudo, a população foi representada em sua maioria por mulheres.

A valorização dos fatores psicossociais e a realização de uma assistência com foco no paciente apresenta maior predomínio em mulheres. Os homens, no entanto, exibem uma prática centrada no profissional e no paradigma biomédico⁴⁸. De forma semelhante, Corsi *et al.*⁴⁷ identificaram que compreender o paciente como um todo e a relação médico-paciente estiveram presentes entre os fatores considerados por estudantes do gênero feminino. É provável que essa questão do gênero não foi mencionada no presente estudo por estar implícita nesses comportamentos predominantes nas mulheres.

Neste estudo, a identificação com crianças juntamente com a personalidade, crenças vocacionais, habilidades e o perfil clínico foram fatores internos fundamentais para a escolha da especialidade pediátrica. Percebe-se, portanto, que a pediatria demanda um perfil profissional particular que sustenta uma ideia de um talento especial para desempenhar a profissão, criando uma identidade de fundamento amoroso e humanista.

Em relação aos fatores externos, apesar de alguns pediatras escolherem a pediatria a partir da prática médica na vida profissional, chama atenção que a exposição às especialidades são fatores que interferem na escolha da carreira, fato demonstrado também por Mendonça⁸⁸. O currículo vivenciado durante a graduação, a influência dos docentes/preceptores e as atividades práticas foram determinantes na escolha da Medicina da Família e Comunidade como especialidade⁸⁹. Já em um grupo de médicos que

escolheram a pediatria, o estágio extracurricular foi a experiência acadêmica mais relevante para decisão⁹⁰.

Observou-se neste estudo que a exposição a campo de práticas, especialmente no internato, favoreceu a decisão a favor da pediatria. Na medicina, os alunos que decidem atuar em uma área clínica tendem a escolher a especialidade a partir do internato, diferentemente dos que optam pela área cirúrgica que, em geral, decidem mais precocemente⁵³. Em pesquisa transversal com estudantes de medicina e médicos no Brasil, a maior parte escolheu a especialidade no internato, enquanto que o período de rejeição predominou entre o terceiro e quarto ano da graduação⁹⁰.

Apesar de se tratar de profissionais que atuam em urgência pediátrica, a qual é marcada por maior agitação, o ambiente da pediatria foi contribuinte na escolha da especialidade, caracterizado como “leve”, “tranquilo” e “calmo”. Esses relatos podem ser reflexos da interação com a criança, cuja representação confere um símbolo de carinho, afeto e espontaneidade, promovendo uma sensação nos profissionais de leveza ao se trabalhar na pediatria. Além disso, essas elucidações podem se referir a outros ambientes pediátricos a exemplo das unidades ambulatoriais.

O interesse pelo tipo de paciente também, como a melhor resposta terapêutica da criança, foi descrito como fator motivacional. De fato, fatores externos relacionados à criança são importantes na escolha da pediatria, visto ser uma especialidade com características particulares⁵⁸.

Não foram encontrados nos depoimentos os fatores externos mais descritos na literatura, como as oportunidades de carreira, renda, status social, tempo de residência e estilo de vida^{47,57,60-63}. Entretanto, os pediatras trazem na sua narrativa ao longo das entrevistas um anseio por estabilidade e qualidade de vida atravessado por afetos positivos e satisfação no cotidiano do trabalho.

Diversos estudos têm investigado o estilo de vida das especialidades médicas, pois este vem se tornando um fator cada vez mais relevante na escolha profissional^{86,91}. Schwartz *et al.*⁹² utilizaram em seu estudo a definição de estilo de vida controlável para aquelas especialidades que permitem ao médico administrar o número de horas dedicadas à sua prática profissional. Neste sentido, um estilo de vida controlável pode interagir com outras variáveis, como renda, horas de trabalho e anos de especialização⁹³.

A pediatria foi uma das especialidades avaliadas com estilo de vida não controlável, em pesquisa de Enoch *et al.*⁹⁴. É de significativa importância o conhecimento desses dados visto que uma especialidade com estilo de vida controlável tem menor chance de exigir horas extras, além de permitir horários mais flexíveis⁹¹. Além disso, a carga horária excessiva dedicada ao trabalho pode ser um preditor significativo de esgotamento, baixa satisfação e pior qualidade de vida⁹⁵.

Em relação às especificidades da pediatria, a relação médico-paciente é peculiar. Essa relação é permeada por uma maior diversidade, pois se trata de pacientes com diferentes características pessoais e socioculturais e em processos de crescimento e desenvolvimento. Essas particularidades representam uma condição dinâmica que influencia desde a abordagem da comunicação até as condutas terapêuticas^{67,96}.

A população pediátrica compreende desde recém-nascidos até adolescentes e essa variação contempla diferentes estágios de desenvolvimento, o que implica em variações quanto aos parâmetros físicos, cognitivos, emocionais e sociais^{96,97}, de tal forma que os profissionais necessitam compreender essas especificidades e desenvolver habilidades para proporcionar uma assistência direcionada. Neste contexto, a imaturidade do paciente pediátrico e o estado de desenvolvimento contínuo influenciam as condições fisiológicas e psíquicas, o que ressalta que a criança deve receber um cuidado diferenciado, não podendo ser considerada um adulto em pequena escala⁹⁸, como bem pontuado por algumas pediatras.

Considerando que toda criança deve estar acompanhada em todas as consultas médicas por um responsável¹⁹, o atendimento pediátrico tem como característica a presença, no mínimo, do médico, da criança e da família. A literatura traz esse vínculo sob denominações diferentes, como relação triádica, relação médico-paciente-cuidador ou relação médico-paciente-acompanhante^{5,39}.

Assim, verifica-se com as entrevistas que a forma de obter informações a partir de terceiros é uma especificidade de grande importância a se considerar na pediatria, inclusive deixando o atendimento mais complexo quando comparado às outras especialidades. Para compensar as situações quando a criança não expressa adequadamente suas queixas, os pediatras utilizam um minucioso exame físico na tentativa de obter mais informações que possam complementar o seu raciocínio clínico.

Em relação à percepção dos pediatras sobre o serviço de urgência, percebe-se a evolução do serviço em termos de infraestrutura. No entanto, ao se deparar com uma infraestrutura limitada para atender a necessidade do paciente, o trabalho em equipe é potencializado, de forma que este assume papel relevante para diminuir os efeitos decorrentes das limitações do serviço⁹⁹. De fato, os pediatras demonstraram uma valorização do trabalho em equipe, o qual é essencial para promover a integralidade do cuidado e enfrentamento das necessidades de saúde^{100,101}.

Observa-se nos relatos que a região era um local desassistido em termos de assistência pediátrica. Nessas circunstâncias, é fundamental o estabelecimento de estratégias que favoreçam o recrutamento de profissionais para esses locais. Os fatores que contribuem para atração, especificamente de médicos, em áreas carentes de serviços de saúde são a remuneração, vínculo trabalhista, condições de trabalho, fatores profissionais, pessoais e locais. Estes últimos possuem relação com os vínculos sociais e reconhecimento do trabalho pela comunidade, o que contribui para a satisfação profissional¹⁰², como visto igualmente no presente estudo.

Sobre a satisfação profissional, além do orgulho em fazer parte de uma equipe motivada e unida, outros fatores foram citados pelos pediatras como gostar da pediatria e do serviço que trabalham. Os pediatras sentem que fazem a diferença na região, sentindo-se útil e cumprindo o papel de cidadã(o) e de humano, ao ajudar e contribuir para a saúde da população.

Apesar da carga emocional inerente ao trabalho na urgência, nota-se que os pediatras desfrutam de uma satisfação profissional pelo serviço prestado à região. Em concordância, Feliciano, Kovacs e Sarinho⁷² também observaram que os pediatras de um pronto-socorro compartilham da mesma sensação ao recuperar a saúde de crianças em estado grave mesmo diante das adversidades do serviço. Esse conhecimento é de suma importância visto que a satisfação com o trabalho também é um fator que pode repercutir na saúde dos médicos, bem como na qualidade dos serviços de saúde¹⁰³.

A menor burocracia também contribui para uma maior satisfação ao trabalhar no serviço público. A auditoria de contas hospitalares é uma ferramenta utilizada com a finalidade de controlar os custos advindos da utilização dos serviços de saúde. Na saúde privada, geralmente a auditoria procede através da contagem dos itens da conta hospitalar

com sua respectiva justificativa¹⁰⁴. Entretanto, problemas podem decorrer como a demora nas autorizações para a realização dos serviços, com conseqüente atraso ou interrupção do tratamento do paciente¹⁰⁵, conforme exposto em um dos relatos.

A menor expectativa dos pais em relação ao médico também foi mencionada no presente estudo como fator contribuinte para satisfação dos profissionais. Kempfer *et al.*⁹⁹ relataram que os usuários do serviço público de saúde tendem a adotar uma postura de gratidão em relação aos profissionais, o que pode ser reflexo da falta de conhecimento dos seus direitos. Além disso, a expectativa dos cuidadores em relação a comunicação do pediatra pode ser determinada por fatores demográficos, como a baixa escolaridade, cuja realidade é frequentemente encontrada no serviço público^{106,107}.

A oportunidade de ensinar estudantes a cuidar das vidas de pessoas e ter sensibilidade e empatia, por ser hospital de ensino, promove a satisfação em alguns profissionais, visto que o hospital se trata de um serviço universitário, o que difere de outros locais de assistência à população. A consideração sobre a atuação do médico em um serviço público universitário traduz a importância da inserção dos futuros profissionais no SUS. Em paralelo, essa vivência está alinhada ao compromisso social que a profissão exige, de forma a contribuir para um olhar centrado nas necessidades do usuário favorecendo uma melhor relação médico-paciente, se relacionando, inclusive, com os exemplos dados pelos pediatras para a escolha da especialidade: bons mestres no percurso universitário.

Fatores que limitam a satisfação profissional também foram elencados. O serviço público possui uma particularidade, compartilhada por alguns pediatras, como o perfil de pacientes com péssimas condições de vida. Em termos de saúde pública, esta informação é bastante relevante pois os fatores socioeconômicos, em associação com a baixa escolaridade dos pais e as condições de moradia, aumentam o risco para o adoecimento das crianças^{108,109}.

No presente estudo, por se tratar de um serviço de urgência, o tempo de atendimento torna-se um fator considerável na prática médica. Essa realidade também foi descrita em outro estudo com pediatras do mesmo nível assistencial, nos quais se sentem angustiados com as filas crescentes nas unidades e com a pressão recebida pelos pais das

crianças⁶⁷. Dessa forma, a atividade dos pediatras no serviço de urgência exige um preparo físico e mental para que possam prestar um atendimento eficaz.

Devido às suas peculiaridades, a área de urgência e emergência, acrescida do público pediátrico, pode causar desgaste emocional nos profissionais. Dentre os fatores contribuintes, a sobrecarga pelo excesso de demanda, as limitações dos recursos, o medo de errar e as várias atribuições superpostas se destacam^{71,72}. Essa realidade pode comprometer a saúde dos profissionais e levar a quadros de esgotamento e exaustão, fato que levanta a necessidade de uma melhor compreensão do trabalho dos pediatras a fim de favorecer medidas de prevenção desses problemas e, conseqüentemente, melhorar a relação médico-paciente e a qualidade da assistência prestada^{110,111}. O suporte psicológico, por exemplo, se configura como uma estratégia para diminuir a sobrecarga emocional, especialmente em locais de trabalho com maior vulnerabilidade¹¹².

Como mencionado, os discursos dos pediatras envolveram o sentimento de fazer a diferença para a população de forma que o serviço reduziu as dificuldades de acesso aos cuidados especializados para o público infantil. Contudo, enfatizaram a necessidade de recursos para atender todos os níveis de gravidade de pacientes que o serviço pode receber. Tais situações que carecem de recursos podem gerar angústia e sensação de impotência nos profissionais, assim como interferir na satisfação profissional. Esses sentimentos também foram compartilhados por outros pediatras atuantes em serviços de urgência^{71,72}.

A qualidade da organização em saúde é reflexo das práticas desempenhadas tanto pelos profissionais da assistência, como também pelos gestores¹¹³. Oliveira¹¹⁴ ressalta que, para uma gestão competente, deve existir uma relação próxima entre os diretores médicos, o corpo clínico e a administração do hospital. Ademais, entender as dificuldades vivenciadas pelos profissionais constitui uma estratégia de gestão para elaboração de políticas que visem garantir a qualidade dos serviços, como pontuado por alguns pediatras ao tratar sobre a gestão organizacional. Na saúde, segundo Fonseca *et al.*¹¹⁵, a cultura organizacional tem sido enfatizada com a finalidade de levantar os aspectos que possam colaborar para o avanço nos resultados de fatores intrínsecos ao processo de trabalho.

Conforme exposto anteriormente, a pediatria apresenta suas especificidades e o médico deve desenvolver habilidades para desenvolver uma relação interpessoal e prover

um atendimento direcionado à sua família. A comunicação é um recurso fundamental para esse atendimento e necessita de habilidades bem desenvolvidas no profissional²⁴.

Uma boa comunicação impacta diretamente na recepção dos pais frente ao problema de saúde da criança e na adesão ao tratamento¹⁴. Na urgência pediátrica, a comunicação torna-se também um elemento que contribui significativamente na maior segurança do paciente¹¹⁶. Na perspectiva das crianças, a preocupação, sensibilidade e comunicação da equipe são fatores preditores de uma boa avaliação da experiência de internação hospitalar³⁶.

A avaliação dos pais em relação à comunicação médica é fundamental e destacada na literatura. Para os pais, a qualidade da interação e da comunicação interpessoal interferem mais que outros fatores envolvidos, inclusive o tempo de espera^{117,118}. Como pontos relevantes, os pais consideram o uso de termos acessíveis e de fácil entendimento, o envolvimento dos pais na tomada de decisão em relação à terapêutica da criança e o diálogo sobre o planejamento dos cuidados da criança após a alta¹¹⁹.

A comunicação médica se torna crucial nas situações de más notícias ao paciente e família. Em pesquisa com pais de crianças com câncer cerebral de difícil tratamento, observou-se que estratégias de comunicação contribuíram para a compreensão e aceitação dos pais quanto ao diagnóstico e prognóstico dos filhos, de forma que os pais valorizavam a honestidade, empatia e clareza na comunicação¹²⁰.

Brouwer *et al.*¹²¹ descreveram as barreiras na comunicação de más notícias aos pais, dentre elas, a falta de comunicação oportuna, falha em pedir informações aos pais, falta de clareza sobre o tratamento futuro, falta de agendamento para conversas de acompanhamento e incompreensão dos pais sobre a terminologia médica. No presente estudo, um desafio da comunicação na pediatria relaciona-se à fala do pediatra, de forma que esta deve ser “convicente” e “sem assustar os pais”.

A sobrecarga do profissional também foi mencionada como dificultador da comunicação. Igualmente, o mal estar físico e emocional do profissional foi avaliado como fatores perturbadores na comunicação em consultas pediátricas a nível hospitalar, diferentemente das consultas em unidades básicas de saúde, cujos fatores prejudiciais foram as barreiras impostas por autoridade e jogos de poder⁶⁵.

A idade também é um fator que pode interferir na comunicação e, conseqüentemente, na relação médico-paciente. Para pacientes, familiares e profissionais, os médicos jovens podem gerar uma imagem de insegurança, o que traz conseqüências no exercício profissional e nas relações interpessoais. Em estudo sobre a relação entre a satisfação do paciente e as características do médico, os autores observaram que a satisfação está associada à idade mais avançada do profissional⁶⁹.

No entanto, a discriminação por idade também é encontrada em médicos mais velhos, os quais sentem a crescente ocupação na medicina por uma categoria mais jovem¹²². Esse juvenescimento da medicina resulta do maior número de vagas na graduação com conseqüente entrada de médicos jovens no mercado de trabalho¹²³.

Apesar dessas crenças e rotulações, ainda não se sabe a relação entre a idade do médico e os desfechos do paciente. Bernardo, Janete e Nobre¹²⁴ (p.63) defendem que “enquanto a prática adquirida é adequada para algumas situações clínicas, o conhecimento e a performance médicos podem declinar com a passagem do tempo”. Portanto, embora a experiência dos médicos mais velhos possa repercutir numa melhora da qualidade da assistência e numa maior segurança na percepção dos pais, as habilidades podem ficar desatualizadas com o avanço da medicina¹²⁵⁻¹²⁷.

Ainda sobre a o vínculo do médico, paciente e família, é importante destacar que este também pode ser influenciado por estereótipos de gênero. Tendo em vista que o processo de socialização difere entre homens e mulheres, a preferência por gênero pode refletir na escolha do pediatra, pelos pais e pela criança, e na relação entre os sujeitos⁶⁸.

Apesar de os homens constituírem o maior quantitativo de médicos no Brasil, a diferença relacionada ao gênero vem diminuindo a cada ano¹²³. A confiança em médicos do gênero feminino pode ser baseada na expectativa dos pais de que profissionais deste gênero possuem maior potencial em demonstrar atitudes mais amorosas com as crianças⁶⁸. A figura da profissional mulher pode ser associada a maior confiança devido às atitudes empáticas, as quais estão mais presentes no gênero feminino^{128,129}. Além disso, as mulheres tendem a valorizar mais os aspectos biopsicossociais e realizar a consulta centrada no paciente^{47,48,55}.

No entanto, mulheres ainda sofrem com as desigualdades de gênero no campo das relações profissionais na medicina¹³⁰. As profissionais pediatras relataram que a sua

profissão carrega, muitas vezes, estigmas em virtude de uma construção social relacionada à desigualdade de gênero, o que influencia nas relações com a equipe de saúde e com usuários dos serviços.

As estratégias de violência de gênero no ambiente de trabalho evidenciam-se no tratamento de forma infantilizada, como se as mulheres fossem incapazes de compreender uma linguagem mais formal ou até mesmo técnica. Além de tudo, não são respeitadas, sendo desqualificadas e questionadas quanto à sua competência profissional.

Em relação ao gênero masculino, os preconceitos permeiam as concepções dos pacientes, gerando desconforto e evitação de forma a reproduzir distanciamento entre os cuidados a serem prestados por uma pessoa de gênero diferente. Essas atitudes acabam repercutindo numa maior valorização e confiança de mulheres em espaços pediátricos^{68,131}.

Observa-se nos depoimentos que o fato de ter filhos tem um maior poder em demonstrar mais segurança, compreender os sentimentos e validar as emoções do outro. Os pediatras reconhecem que, para o acompanhante, somente quem é mãe/pai possui a consciência desse papel. Com efeito, a empatia é essencial na pediatria como forma de adquirir a confiança dos pais³⁹, sendo a maternidade e paternidade experiências contribuintes no desenvolvimento de habilidades empáticas¹³². Entretanto, sabe-se que a empatia pode ser desenvolvida e moldada por intervenções educacionais nos cursos médicos¹³³, independente da experiência de ter filhos.

Com vistas ao melhor desenvolvimento das relações médico-criança-cuidador, os estereótipos relacionados ao gênero, idade e experiências do médico, como maternidade/paternidade, precisam ser levados em consideração e ao mesmo tempo desencorajados dentro do contexto da saúde.

Para os pediatras, a baixa instrução e o baixo recurso financeiro do acompanhante foram comumente retratados como perturbadores da comunicação na pediatria, dados que corroboram com Cristo e Araujo⁶⁵. O nível educacional também foi referido como um fator de influência no entendimento das informações transmitidas por médicos antes de procedimentos na emergência pediátrica, de forma que os pais com formação mínima no ensino médio tinham cinco vezes mais chance de compreender a mensagem⁶⁶.

A queixa de muitas pessoas presentes na consulta também foi referida como um fator dificultador. Semelhantemente, pediatras que atendem em centros de saúde afirmaram ter prejuízo na comunicação devido à falta de privacidade e constantes interrupções devido à presença de mais de um acompanhante⁶⁵.

Fatores dificultadores relacionados diretamente à criança também foram identificados, como o medo de médico, o que pode deixar a criança não colaborativa, semelhante ao observado em outro estudo, no qual os pediatras de atuação hospitalar referiram que a criança nervosa/agitada durante o exame dificulta a comunicação⁶⁵.

A qualidade das informações referidas pelo médico tem relação com um menor número de retornos ao serviço¹⁴. Considerando o alto índice de retorno das crianças ao serviço de urgência pelas mesmas queixas, as habilidades de comunicação tornam-se um elemento imprescindível. Assim, para contornar os desafios implícitos da comunicação na pediatria, estratégias são utilizadas pelos profissionais.

A linguagem médica é um item básico e foi referida como a principal estratégia para facilitar a comunicação. A clareza nas informações e o uso de linguagem acessível são fatores contribuintes para satisfação dos pais^{120,121,134}. Falhas na comunicação podem repercutir negativamente na saúde do paciente, como aumentar o risco de erros médicos, dada a falta de informações¹³⁵.

Diante de dificuldades de compreensão na comunicação, Cristo e Araujo⁶⁵ descreveram que pediatras solicitam que o cuidador repita as informações prestadas, além de realizarem adaptações no vocabulário empregado, inclusive estabelecendo comparações com vivências significativas do cuidador como estratégias de otimizar a compreensão.

A necessidade de internar uma criança por falta de condições socioeconômicas e suporte familiar, considerada como “queixa social”, foi uma realidade encontrada neste estudo, reforçada pelo déficit no acolhimento desses pacientes em outros serviços. O pediatra deve, portanto, ser criterioso e ter bom senso para lidar com as particularidades de cada situação, de tal forma que as condições socioeconômicas, o grau de compreensão e desinteresse do acompanhante devem ser critérios considerados pelo pediatra na internação da criança^{67,136}.

Atitudes empáticas foram comumente retratadas como fundamental para estabelecer uma comunicação com a família, de forma a validar os sentimentos e angústias dos pais e adquirir sua confiança. A empatia compreende a capacidade de identificar e perceber os sentimentos e as experiências pessoais do paciente e família, assim como a capacidade de entender o mundo na perspectiva de outra pessoa³⁹. Considerada como um ponto crítico do processo de comunicação, a empatia também está associada à satisfação e aos resultados dos pacientes¹³⁷.

No contexto do atendimento clínico, a empatia é tanto positiva para os pacientes, como também para os profissionais de saúde⁴¹. Somada à comunicação eficaz e ao cuidado centrado no paciente, as habilidades empáticas resultam em uma diminuição da necessidade de atendimento especializado, redução do uso dos serviços de urgência, menor frequência de internamentos e menos recursos laboratoriais e diagnósticos^{133,138,139}.

Estudos mostram que ser do sexo feminino e estado civil casado é um importante preditor da empatia pelo médico e estudantes de medicina^{128,129}. Em conformidade, no presente estudo, os relatos a respeito da empatia foram colocados apenas por mulheres, em sua maior parte, casada ou em união estável.

Ressalta-se que as habilidades afetivas podem ser traduzidas na prática através da empatia verbal e não verbal. Lecat *et al.*¹⁴⁰, em estudo randomizado com estudantes de medicina, perceberam que os alunos encorajados em relação à empatia não verbal tocaram mais o paciente e demonstraram olhar fixo, impactando positivamente a empatia percebida pelo paciente.

A empatia pode ser moldada por intervenções educacionais incorporadas nas estratégias curriculares e estimuladas desde o período da graduação. O treinamento médico deve fornecer aos alunos oportunidades de aprender e explorar respostas afetivas frente às necessidades dos pacientes e, por consequência, estimular a comunicação empática¹³³.

As escolas de medicina adotam uma variedade de estratégias para aumentar a empatia nos alunos de graduação: treinamento de habilidade de comunicação; exposição à literatura e artes; aprendizagem experiencial com pacientes; desenvolvimento do autocuidado; exposição clínica precoce; papel de paciente; e exposição a modelos de

comportamento⁴⁰⁻⁴². Independentemente do método utilizado, a empatia deve ser estimulada nos cursos⁴⁰.

Ao questionar os aspectos necessários à comunicação na pediatria, a atenção que deve ser dada à família da criança foi destacada como fundamental na obtenção de informações e no estabelecimento do vínculo. Apesar dessa importância, a literatura descreve a problemática da exclusão do paciente pediátrico, em termos de comunicação e autonomia, durante as consultas médicas¹⁴. Estudos com crianças hospitalizadas demonstraram que a comunicação na consulta pediátrica se estabelece, preferencialmente, entre o médico e o acompanhante^{5,9}. Contrapondo-se à essa ideia, todos os pediatras deste estudo consideraram importante a inclusão da criança durante as consultas.

A compreensão que a criança tem de sua doença e tratamento é um dos fatores importantes para a sua adaptação e aceitação dos cuidados hospitalares⁵. A idade para considerar a inclusão da criança na comunicação divergiu entre os pediatras, variando entre dois e seis anos. Kohlsdorf e Costa Junior¹⁴, em revisão sistemática da literatura, observaram que alguns autores consideram que, a partir dos três anos, as crianças buscam explicações para a situação vivenciada em relação ao processo saúde-doença.

A comunicação com a criança foi pontuada como reflexo de atitudes humanizadas dos profissionais com a criança, como respeito, valorização, autonomia, sinceridade e empatia. Percebe-se aqui que as práticas dos pediatras participantes da pesquisa no processo comunicacional exprimem um caráter humanístico com a valorização dos aspectos psicossociais da criança e da família na tentativa de contornar os entraves da comunicação e favorecer o estabelecimento da relação médico-paciente-família.

Uma estratégia elencada para promover condições necessárias à comunicação com a criança referiu-se à busca por técnicas e recursos lúdicos pelos profissionais na tentativa de otimizar a consulta pediátrica. Sabe-se que a procura pelo serviço de saúde e a hospitalização são eventos estressantes e traumáticos para as crianças que podem ser minimizados por recursos lúdicos. O ludismo representa uma estratégia humanizada, podendo facilitar a relação médico-paciente e promover uma comunicação satisfatória^{65,141}.

Budzyn e Oliveira⁵ avaliaram a relação médico-paciente na perspectiva das crianças, de forma que estas percebem os melhores médicos como profissionais que, além de examinar, tratar e cuidar, brincam. Crianças entrevistadas em hospitais ou ambulatórios afirmaram gostar mais de pediatras atenciosos, pacientes e lúdicos, ao passo que criticaram pediatras que se dirigiam mais aos seus pais e menos a elas¹⁴².

Diversas formas interativas são descritas para aplicação no público infantil: materiais hospitalares, brincadeiras, desenhos, conversas, vestimentas diferenciadas e contação de histórias^{143,144}. Neste estudo foram citadas como estratégias as brincadeiras, vídeos com animações, música, materiais médicos, desenhos, teatro e uniformes diferentes. Essas opções estratégicas contribuem de forma a reduzir a sobrecarga psíquica, diminuir as queixas dolorosas e proporcionar conforto emocional à criança^{144,145}. Ademais, as crianças tornam-se mais comunicativas e participativas facilitando a formação do vínculo com o profissional¹⁴⁶.

Para complementar as estratégias lúdicas, deve-se priorizar também a ambiência na pediatria. Esta precisa ser acolhedora para a criança e sua família e deve se beneficiar com o uso da arquitetura para projetar espaços que proporcionem a interação social e facilitem o trabalho dos profissionais de saúde¹⁴⁷.

Além de criar um vínculo com a criança e obter informações gerais, alguns pediatras destacaram a importância de considerar o depoimento da criança na consulta devido às situações de abuso infantil. Este corresponde a um dos problemas sociais mais significantes e representa uma importante causa de morbimortalidade na infância e adolescência. Os maus tratos infantis englobam o abuso físico e/ou emocional, de caráter intencional ou por negligência, como também o abuso sexual². Nunes e Sales¹⁴⁸ observaram, em estudos sobre a temática, que os pais são os maiores responsáveis pelos atos violentos contra crianças, destacando-se a mãe como a maior agressora e o ambiente familiar o local mais propício para o desenvolvimento da violência.

Essa situação alarmante demonstra a necessidade de ações de controle e prevenção por todos os setores responsáveis pelo público infantil¹⁴⁸. Por conseguinte, é de responsabilidade dos profissionais de saúde a identificação de situações abusivas assim que possível². Para tal, habilidades são necessárias para manejar os casos de abuso

infantil, como o conhecimento da legislação específica e sensibilidade para lidar com essas situações⁶⁷.

Neste sentido, para os pediatras, a consulta pediátrica é um momento oportuno para levantar a suspeita de maus tratos contra a criança. Uma história e uma entrevista cuidadosas e detalhadas, incluindo o depoimento da criança, paralelas a um exame físico minucioso, constituem ferramentas imprescindíveis para identificar ou suspeitar situações de maus tratos.

Alguns pediatras relataram situações cujos indícios podem apontar para a Síndrome de Munchausen por Procuração, caracterizada como um tipo de abuso infantil, em que o responsável, geralmente a mãe, simula sinais e sintomas na criança, com a intenção de chamar atenção para si. Situações como estas podem submeter a criança a exames e procedimentos dolorosos e desnecessários com conseqüente traumas físicos e emocionais. Em casos mais graves, o indivíduo pode produzir sintomatologia na criança e causar sequelas ou até a morte^{2,149}. Desta forma, como ressaltado nas entrevistas, os profissionais devem deliberar mais atenção ao contexto biopsicossocial dos pacientes, considerando o ambiente e as relações vivenciadas pela criança.

Em relação à consulta pediátrica, esta é um momento indispensável para o exercício da pediatria, no qual os pais e/ou cuidadores relatam as queixas pertinentes ao paciente e cria-se o vínculo entre os envolvidos¹⁵⁰. Quando centrada na criança e nas preocupações dos pais, a consulta procede com melhores desfechos¹⁵¹.

Sobre os dados da anamnese, a identificação das crianças e dos acompanhantes pelo nome próprio, assim como a apresentação dos profissionais, são fatores considerados como fundamentais durante a consulta pediátrica^{34,134,152}. A anamnese, em pediatria, é o momento durante a consulta médica no qual os pais e/ou cuidadores relatam as queixas pertinentes à criança¹⁵⁰. De forma geral, a anamnese pediátrica aqui descrita pelos profissionais segue o mesmo padrão da semiologia médica.

É importante iniciar a anamnese na consulta pediátrica buscando identificar a queixa principal, de forma a permitir a livre narrativa da família a respeito de um problema referido, se certificando qual das queixas é a mais importante para os pais, sem interrupções e sem direcionamento para as hipóteses diagnósticas conhecidas¹⁵².

Uma consulta eficiente requer a compreensão dos aspectos psicológicos, sociais, educacionais e culturais, tais como hábitos e crenças, na queixa clínica⁷³. Uma entrevista organizada e um bom vínculo pode ser resultado de uma boa identificação das preocupações do paciente desde o início da anamnese¹⁵¹. Segundo Grosseman e Patrício¹⁵³, para aprimorar a qualidade da prática médica, o profissional deve saber lidar com a subjetividade dos sujeitos envolvidos a fim de construir uma relação médico-paciente.

Em geral, os roteiros seguem a seguinte ordem: queixa e duração, história da doença atual, interrogatório sobre os diversos aparelhos, antecedentes pessoais e familiares, rotina de vida, diário alimentar, composição familiar, condições socioeconômicas e de moradia¹⁵¹. Nardes e Pastura¹⁵⁰ propuseram uma ficha de anamnese pediátrica, considerando a identificação, história da doença atual, história gestacional, história de parto, história neonatal, história familiar, história patológica progressiva, história alimentar e saúde oral, história fisiológica e programa diário (história escolar, esportes, lazer, higiene do sono), história do desenvolvimento neuropsicomotor, história vacinal, história de violência e acidentes e história socioeconômica.

O uso de roteiros semiestruturados para a consulta pediátrica pode ser utilizado no intuito de facilitar e direcionar as perguntas, porém deve-se atentar para não ocorrer de forma automática, sem notar aspectos importantes como os dados sociais, psicológicos e emocionais dos pais e da criança, assim como não deixar de enfatizar o uso da linguagem não-verbal¹⁵¹.

Na pediatria, o exame físico deve ser agradável, bem como pedagógico. É necessário levar em conta o envolvimento da criança e dos pais durante a sua realização. Ademais, o local de escolha depende de cada situação particular e o profissional precisa fornecer opções à criança como sentar na mesa ou no colo dos pais².

Os profissionais do presente estudo seguem as orientações da literatura pediátrica, cuja sequência do exame físico é frequentemente alterada conforme o estado da criança, embora seja registrado no sentido cefalocaudal². Essa adaptação justifica-se pela característica comum na pediatria em relação à agitação e choro da criança durante a avaliação médica que faz com que os pediatras aproveitem as oportunidades permitidas para examina-la⁶⁵.

Estudos que avaliaram o perfil de atendimentos em pronto-socorro infantil, observaram um número significativo de crianças abaixo dos dois anos de idade^{3,4,154,155}, faixa etária cuja linguagem não foi desenvolvida⁹⁷, fato referido pelos pediatras para destacar a importância do exame físico, também ressaltado por outros profissionais no contexto de atendimento hospitalar⁶⁵.

As especificidades dentro de cada faixa etária da criança fazem do exame físico um item fundamental na avaliação, exigindo do profissional conhecimentos sobre anatomofisiologia e sobre o crescimento e desenvolvimento infantil¹⁵⁶. No exame físico, em geral, a linguagem não verbal deve constituir um elemento de extrema importância e, na pediatria, adquire maior valor¹⁴.

Diante da importância do exame físico em pediatria, é notório a necessidade de capacitar os médicos para esta habilidade clínica, visto o atendimento em saúde da criança nem sempre ser realizado por pediatras, os quais receberam treinamento especializado. Em pesquisa com graduandos em medicina, observou-se que a maioria achava difícil realizar o exame físico na criança, muitas vezes utilizando de habilidades sociais para compensar a falha na habilidade clínica³⁹. Entre médicos da Estratégia de Saúde da Família, também foi observada dificuldade na avaliação física em consultas pediátricas, devido à falta de habilidade, especialmente no exame dos olhos, ouvidos e neurológico¹⁵⁷.

A atenção dada pelos profissionais, ao realizar o exame, aumenta a confiança da criança e do acompanhante contribuindo, assim, para o estabelecimento da relação médico-paciente. Observa-se que os pediatras demonstraram domínio na realização da consulta pediátrica de forma a considerar os aspectos da criança e família segundo uma abordagem biopsicossocial, baseada no cuidado holístico. Além do mais, os pediatras manifestaram a importância do lado social que a medicina demanda considerando a realidade da saúde da criança local e regional.

8 CONCLUSÃO

As narrativas apresentadas neste estudo pelos pediatras permitiram evidenciar cinco categorias analíticas relacionadas ao cotidiano do trabalho na pediatria: (1) Motivação para escolha da pediatria e percepção sobre suas especificidades, (2) Percepção sobre o serviço e satisfação profissional, (3) Desafios vivenciados no atendimento pediátrico e estratégias para superá-los, (4) Percepção sobre aspectos necessários à comunicação na pediatria, e (5) Práticas de comunicação no atendimento no serviço de urgência em pediatria. As narrativas deram protagonismo especial à comunicação e às relações como um elemento essencial na pediatria.

Constatou-se que os motivos que contribuíram com a escolha da pediatria possuem influência de fatores internos e externos ao indivíduo. Em relação aos fatores internos, destacaram-se a afinidade relacional, desde antes do curso, com as crianças. Sobre os fatores externos, os pediatras afirmaram como motivadores as relações estabelecidas com professores/preceptores e também com os pacientes. Na análise sobre as vivências no serviço, os elementos referentes à interação da equipe, ambiente da pediatria e a resposta terapêutica da criança foram considerados muito importantes.

Nesse estudo são também elencadas especificidades da prática em pediatria, das quais destacaram-se o envolvimento com um cuidado diferenciado com as crianças, a forma de obter e transmitir informações que envolvem o exame físico minucioso e a atenção à família, destacando uma medicina de característica integral, mesmo em contexto de urgência.

Sobre a percepção em relação ao serviço, os pediatras relataram os avanços em termos de infraestrutura, a qualidade da equipe e a importância do serviço para a região. Em relação aos fatores que promovem a satisfação profissional, os mais destacados foram: amar a pediatria, gostar de trabalhar no serviço, orgulho por pertencer à equipe, gratificação por trabalhar em serviço público de qualidade, menos burocratização, menor pressão dos responsáveis pela criança e trabalhar em um hospital de ensino. Entretanto, os fatores que limitam a satisfação profissional foram: condições de extrema pobreza e falta de instrução dos pacientes, alta demanda de pacientes, cobrança dos gestores e ter que ensinar, mesmo quando exausto(a).

Essa prática assina desafios vivenciados no atendimento pediátrico, como a sobrecarga de trabalho, as questões de gênero – discutidas com mais profundidade no Apêndice C –, as desigualdades sociais e suas consequências no cuidado das crianças e nas limitações dos pais. Para contornar esses desafios, os pediatras elencaram também estratégias relacionais e comunicacionais como aprender o linguajar dos pacientes e acompanhantes, usar linguagem adaptada, imitar sons e faces, internamento social, atender com paciência, demonstrando apoio e empatia e alteridade, no sentido de reconhecer que existem diferenças e tentar minimiza-las usando os recursos possíveis.

A comunicação com a família foi apresentada como importante ferramenta de cuidado e algumas estratégias foram destacadas: incluir a criança como sujeito informante, olhar e dar atenção para todos, conversar e escutar os pais, incentivar a fala, questionar de maneira direta e fornecer explicações. Observou-se, no que se refere à comunicação com as crianças, divergências de conduta em relação à idade de inclusão do depoimento das mesmas na consulta. Ademais, consideraram como fundamental para a comunicação o ambiente para crianças, a vestimenta do profissional e o uso de recursos lúdicos, além do uso de uma linguagem acessível, adaptada para a idade e não infantilizada.

No cenário comunicacional da rotina de atendimento, destacaram a importância de chamar a família pelo nome, cumprimentar, pedir para sentar e apresentar-se como pediatra; questionar sobre o nome e grau de parentesco do acompanhante, queixa principal e demais informações da criança. No exame físico, consideraram importante o local para avaliação da criança, assim como a sequência do exame, iniciando por locais mais fácil de examinar e deixando o mais incômodo para final e garantindo cuidados éticos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma pesquisa que utiliza a metodologia qualitativa ambiciona a análise profunda de questões subjetivas que envolvem o fenômeno em estudo. A percepção dos pediatras sobre a prática cotidiana do fazer em pediatria é uma experiência que demanda o desenvolvimento de competências interpessoais específicas que envolvem disponibilidade para a comunicação, para manejar as diversas dimensões (escolaridade, gênero, classe social, idade, etc).

Chama atenção para a importância da relação médico-paciente-família no contexto de atenção à saúde da criança na urgência. Os profissionais demonstraram que a pediatria demanda um perfil particular, de caráter humanístico, com habilidades essenciais para o estabelecimento do vínculo com a criança e sua família, além de destacarem a importância de um bom vínculo com a equipe para além de qualificar a assistência, motivar o profissional médico.

Curiosamente, no presente estudo, não foram encontrados nos depoimentos os fatores externos que motivam a escolha da especialidade mais descritos na literatura, como as oportunidades de carreira, renda ou status social, perspectiva afirmada também pelo senso comum, onde se escuta que quem quer ficar rico não escolhe a pediatria. Contudo, os participantes da pesquisa trazem na sua narrativa uma ambição de estabilidade, qualidade de vida e cotidiano profissional atravessado por afetos positivos e satisfação no cotidiano do trabalho.

Embora a medicina e sua prática venham sendo profundamente afetadas pela dimensão mercantil e econômica, a vivência da pediatria, identificada entre os pediatras que atuam num contexto docente-assistencial, emerge alicerçada em valores mais humanísticos, busca de qualidade de vida e de satisfação pessoal no vínculo com os pacientes.

Nota-se que a percepção dos pediatras sobre o relacionamento interpessoal na pediatria trouxe diversos aspectos que podem contribuir numa melhor aceitação dos pais em relação à situação da criança, compreensão do estado de saúde, adesão ao tratamento, otimização das consultas e melhor fluxo de pacientes no serviço.

A análise das percepções implicadas no processo de trabalho dos pediatras, que permeiam as vivências em urgência, favorece também a gestão organizacional no sentido de melhores condições de atendimento nos serviços. Em termos de formação médica, o conhecimento das especificidades da pediatria pode sugerir adequações nas estruturas curriculares das graduações em medicina. Além disso, compreender as habilidades intrínsecas ao trabalho dos pediatras facilita a elaboração de estratégias que possam reunir os recursos necessários para o desenvolvimento das competências nos futuros profissionais.

Os resultados encontrados podem estar relacionados ao fato de estarem também alocados em um hospital localizado no interior de um estado do Nordeste. Abre-se assim a necessidade de realização de outros estudos de natureza nacional de forma a investigar se esses elementos são pertinente à pediatria como profissão propriamente dita.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 de agosto. 2015.
- 2- Wong DL. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.
- 3- Silva BR, Roballo EC, Gabatz RIB, Couto GR, Cruz VD, Moraes CL. Perfil de crianças atendidas em um serviço de urgência e emergência no sul do Brasil. J. nurs. Health. 2021; 11(1): 2-12.
- 4- Lima LMB, Almeida NMGS. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. Saúde em Debate. 2013; 37(96): 51-61.
- 5- Budzyn CS, Oliveira VZ. O Adoecimento, o Tratamento e a Relação Paciente-Médico-Cuidador Segundo a Criança Hospitalizada. Revista Interinstitucional de Psicologia [Internet]. 2020 [acesso em 14 ago. 2021]; 13(3): e15166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e15166>.
- 6- Aquino AM, Conti L, Pedrosa A. Construções de significados acerca do adoecimento e morte nas narrativas de crianças com câncer. Psicologia Reflexão e Crítica. 2014; 27(3): 599-606.
- 7- Barletta JB. A relação médico-paciente na graduação de medicina: avaliação de necessidades para a educação médica. [Tese]. Aracaju: Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe; 2014. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/3558/1/JANAINA_BIANCA_BARLETTA.pdf.
- 8- Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde [Internet]. 1946. [acesso em 20 maio 2021]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.
- 9- Gabarra LM, Crepaldi MA. A comunicação médico-paciente pediátrico-família na perspectiva da criança. Psicologia Argumento. 2017; 29(65): 209-18.

- 10- Pinheiro-Carozzo NP, Cardoso BLA, Teixeira CM, Haidar FC, Sousa JM. Habilidades sociais e satisfação profissional de médicos que atendem em contexto ambulatorial. *Rev. Psicol. Saúde*. 2020; 12(4): 27-40.
- 11- Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Plos ONE* [Internet]. 2014 [acesso em 14 ago 2021]; 9(4): e94207. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>.
- 12- Perosa GB, Ranzani PM. Capacitação dos médicos para enfrentar situações difíceis: Comunicar más notícias às crianças. *Rev. bras. educ. med*. 2008; 32(3): 468-73.
- 13- Nova N, Vegni E, Moja EA. The physicianpatient-parent communication: A qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Education and Counseling*. 2005; 58(3): 327-33.
- 14- Kohlsdorf M, Costa Junior AL. Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. *Estudos de Psicologia* Campinas. 2013; 30(4): 539-52.
- 15- Sleath B, Carpenter DM, Slota C, Williams D, Tudor G, Yeatts K, *et al*. Communication during pediatric asthma visits and self-reported asthma medication adherence. *Pediatrics*. 2012; 130(4): 627-33.
- 16- Rivorêdo CRSF. *Pediatria: Medicina Para Crianças?*. Saúde e Sociedade. 1998; 7(2): 33-45.
- 17- Araújo CA. O princípio do Respeito na Relação Pediatra e Criança – Percepção do profissional. [Dissertação]. Recife: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2007. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9647/1/arquivo8398_1.pdf.
- 18- Heywood C. *Uma História da Infância: Da Idade Média à época contemporânea no Ocidente*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 19- Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial* [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 de julho. 1990.

- 20- Maia JN. Concepções De Criança, Infância E Educação Dos Professores De Educação Infantil. [Dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2012.
- 21- Salles LMF. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. Estudos de Psicologia. 2005; 22(1): 33-41.
- 22- Nascimento CT, Brancher VR, Oliveira VF. A Construção Social Do Conceito De Infância: Algumas Interloquções Históricas E Sociológicas [Internet]. 2011. [acesso em 15 ago 2021]. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/gepeis/wp-content/uploads/2011/08/infancias.pdf>.
- 23- Bernartt RM. A Infância A Partir De Um Olhar Sócio-Histórico [Internet]. 2009. [acesso em 22 out 2021]. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/cd2009/pdf/2601_1685.pdf.
- 24- Amaral ABCN. Habilidades em Comunicação na Pediatria. [Dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia; 2012.
- 25- Dario PA. A relação médico-doente: Breve revisão da antiguidade à atualidade. Revista De Medicina. 2019; 98(3): 216-21.
- 26- Goldim JR, Francisconi CF. Modelos de Relação Médico-Paciente [Internet]. 1999. [acesso em 22 out 2021]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/relacao.htm>.
- 27- Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Modelos de saúde e doença. In: _____. Introdução à Epidemiologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- 28- Cutolo LRA. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2006; 35(4): 16-24.
- 29- Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. Mental. 2011; (17): 523-36.
- 30- Covas DT, Moreira AC. Comunicação médico-paciente e anamnese. In: Semiologia geral e especializada. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2013.
- 31- Howells R, Lopez T. Better communication with children and parents. J Paediatr Child Health. 2008; 18(8): 381-5.

- 32- Ceron M. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa [Internet]. 2012. [acesso em 4 out 2021]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf.
- 33- Tates K, Meeuweesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science & Medicine*. 2001; 52(6): 839-51.
- 34- Hart C, Chesson R. Children as consumers. *British Medical Journal*. 1998; 316: 1600-3.
- 35- Lapacó M, Herran M, Navari C. El manejo de la información en el paciente pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. 1996; 94(2): 111-3.
- 36- Chen JG, Lee S, Khallouq BB. Association of Demographics and Hospital Stay Characteristics With Patient Experience in Hospitalized Pediatric Patients. *J. Patient Exp*. 2020; 7(6): 1077-85.
- 37- Ramos AP, Bortagarai FM. A Comunicação Não-Verbal Na Área Da Saúde. *Rev. CEFAC*. 2012; 14(1): 164-70.
- 38- Barletta JB, Gennari MS, Cipolotti R. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicologia em Revista*. 2011; 17(3): 396-413.
- 39- Araújo NSC, Toledo Júnior A. A Empatia em Acadêmicos de Medicina em Relação ao Paciente Pediátrico: Estudo Transversal Unicêntrico, 2019. *Rev. bras. educ. med.* [Internet]. 2020 [acesso em 22 out 2021]; 44(3): e089. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/6VV49YqscqdtFKyc3VBnyds/?format=pdf&lang=pt>.
- 40- Ziólkowska-Rudowicz E, Kładna A. Empathy-building of physicians. Part II--Early exposure of students to patient's situation. *Pol Merkur Lekarski*. 2010; 29(172): 282-6.
- 41- Hojat M. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *J Health Hum Serv Adm*. 2009; 31(4): 412-50.
- 42- Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(5): 524-30.

- 43- Cronin FM, Clarke N, Hendrick L, Conroy R, Brugha R. Factors influencing specialty choice and the effect of recall bias on findings from Irish medical graduates: a cross-sectional, longitudinal study. *BMC Medical Education*. 2020; (20): 485.
- 44- Anand R, Sankaran PS. Factors influencing the career preferences of medical students and interns: a cross-sectional, questionnaire-based survey from India. *J Educ Eval Health Prof* [Internet]. 2019 [acesso em 22 out 2021]; 16: 12. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31117329/>.
- 45- Aguiar CS. Análise Da Associação Entre Empatia E Personalidade Em Estudantes De Medicina Da Universidade Federal De Pernambuco. [Dissertação]. Recife: Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
- 46- Nascimento HCF, Ferreira Júnior WA, Silva AMTC, Carvalho IGM, Bastos GCFC, Almeida RJ. Análise dos Níveis de Empatia de Estudantes de Medicina. *Rev. bras. educ. med*. 2018; 42(1): 150-8.
- 47- Corsi PR, Fernandes EL, Intelizano PM, Montagnini CCB, Baracat FI, Ribeiro MCSA. Fatores que Influenciam o Aluno na Escolha da Especialidade Médica. *Rev. bras. educ. med*. 2014; 38(2): 213-20.
- 48- Mendes AS. Os estudantes de medicina: expectativas na escolha da especialidade. [Dissertação]. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2010.
- 49- Sievert M, Zwir I, Cloninger KM, Lester N, Rozsa S, Cloninger CR. The influence of temperament and character profiles on specialty choice and well-being in medical residents. *PeerJ* 4 [Internet]. 2016 [acesso em 26 out 2021]: e2319. Disponível em: <https://peerj.com/articles/2319/>.
- 50- Pikoulis E, Avgerinos ED, Pedeli X, Karavokyros I, Bassios N, Anagnostopoulou S. Medical students' perceptions on factors influencing a surgical career: The fate of general surgery in Greece. *Surgery*. 2010; 148(3): 510-5.
- 51- Markert RJ, Rodenhauer P, El-Baghdadi MM, Juskaite K, Hillel AT, Maron BA. Personality as a Prognostic Factor for Specialty Choice: A Prospective Study of 4 Medical School Classes. *Medscape J Med*. 2008; 10(2): 49.
- 52- Mullola S, Hakulinen C, Presseau J, Gimeno RPD, Jokela M, Hintsala T, *et al*. Personality traits and career choices among physicians in Finland: employment

- sector, clinical patient contact, specialty and change of specialty. *BMC Med Educ.* 2018; 18(1): 52.
- 53- Bellodi PL. Clínica ou cirurgia – um estudo sobre razões da escolha da especialidade. *São Paulo Med. J.* 2004; 122(3): 81-6.
- 54- Ie K, Murata A, Tahara M, Komiyama M, Ichikawa S, Takemura YC, *et al.* Relationship between medical students' career priority and specialty choice: A nationwide multicenter survey. *J Gen Fam Med.* 2020; 21(6): 219-25.
- 55- Osborn SR, Yu J, Williams B, Vasilyadis M, Blackmore CC. Changes in Provider Prescribing Patterns After Implementation of an Emergency Department Prescription Opioid Policy. *J Emerg Med.* 2017; 52(4): 538-46.
- 56- Robbins SP. *Comportamento organizacional.* 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2005.
- 57- Assumpção Neto JCA. *Transformação Do Ambiente Da Saúde E O Impacto Na Carreira Médica No Estado De São Paulo.* [Dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2021.
- 58- Gutiérrez-Cirlos, C., Naveja, JJ, García-Minjares, M., Martínez-González A, Sánchez-Mendiola M. Specialty choice determinants among Mexican medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education.* 2019; 19(1): 420.
- 59- Abdulghani HM, Al-Shaikh G, Alhujayri AK, Alohaideb NS, Alsaeed HA, Alshohayeb IS, *et al.* What determines the selection of undergraduate medical students to the specialty of their future careers? *Med Teach.* 2013; 35(1): 25-30.
- 60- Puertas EB, Arósquipa C, Gutiérrez D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2013; 34(5): 351-8.
- 61- Cruz JAS da, Sandy NS, Vannucchi TR, Gouveia Éder M, Passerotti CC, Bruschini H, *et al.* Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. *Rev Med (São Paulo)*, 2010; 89(1): 32-4.
- 62- Maron BA, Fein S, Maron BJ, Hillel AT, El Baghdadi MM, Rodenhauser P. Ability of prospective assessment of personality profiles to predict the practice specialty of medical students. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2007; 20: 22-6.

- 63- Barshes NR, Vavra AK, Miller A, Brunicardi FC, Goss JA, Sweeney JF. General Surgery as a Career: A Contemporary Review of Factors Central to Medical Student Specialty Choice. *J Am Coll Surg*. 2004; 199(5): 792-9.
- 64- Suchman AL. A new theoretical foundation for relationship-centered care. Complex responsive processes of relating. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(1): 40-4.
- 65- Cristo LMO, Araujo TCCF. Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. *Revista Psicologia e Saúde*. 2013; 5(1): 59-68.
- 66- Dahl A, Sinha M, Rosenberg DI, Tran M, Valdez A. Assessing Physician-Parent Communication During Emergency Medical Procedures in Children. *Pediatric Emergency Care*. 2015; 31(5): 339-42.
- 67- Melo EMC. O TRABALHO DO PEDIATRA: um estudo das tarefas e das dificuldades vivenciadas em um serviço público de urgência. [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
- 68- Barbabela D, Mota JPT, Maia PGM, Bonanato K, Paiva SM, Pordeus IA. Preferência da criança pelo gênero do odontopediatra. *Arquivos Em Odontologia*. 2008; 44(2): 74-80.
- 69- Chen JG, Zou B, Shuster J. Relationship Between Patient Satisfaction And Physician Characteristics. *J Patient Exp*. 2017; 4(4): 177-84.
- 70- Donabedian A. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. In: WHITE, K. L. et. al. (eds.). *Investigaciones sobre servicios de Salud: una antología*. Washington: OPS; 1992.
- 71- Melo EMC, Ferreira RA. A atividade do pediatra na urgência: o medo de errar e a necessidade de estar bem. *Rev Med Minas Gerais*. 2014; 24(1): 36-44.
- 72- Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Sentimentos dos Profissionais do Serviço de Urgência Pediátrica: Reflexões sobre o Burnout. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2005; 5: 319-28.

- 73- Ballester D, Gannam I S, Bourroul MLM, Zuccolotto SMC. Avaliação da consulta médica realizada por ingressantes na residência de pediatria. *Rev. bras. educ. med.* 2011; 35(3): 389-97.
- 74- Denzin NK, Lincoln I. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- 75- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 1992.
- 76- Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
- 77- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
- 78- Minayo MCS (org). Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social. 34. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- 79- Soares DHP, Aguiar F, Guimarães BF. O conceito de identificação no processo de escolha profissional. *Aletheia.* 2010; 32: 134-46.
- 80- Silva FG. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. *Psic. da Ed.* 2009; 28: 169-95.
- 81- Staggs GD, Larson LM, Borgen FH. Convergence of Personality and Interests: Meta-Analysis of the Multidimensional Personality Questionnaire and the Strong Interest Inventory. *Journal of Career Assessment.* 2007; 15(4): 423-45.
- 82- Azevedo AG, Tollendal CB, Nogueira DG, Bartels FP, Paulo FC, Beraldo FMM. Fatores que Orientam a Escolha do Curso Médico. *Rev. bras. educ. med.* 2005; 29(3): 217-21.
- 83- Castellanos MEP. A Pediatria e a Construção Social da Infância: Uma Análise Do Discurso Médico-Pediátrico. [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
- 84- Collares CF. Escolha Da Especialidade Médica E Local De Prática: Adaptação De Uma Escala. [Tese]. Itatiba: Universidade São Francisco; 2015.

- 85- Onyemaechi N, Bisi-Onyemaechi AI, Omoke NI, Odetunde OI, Okwesili IC, Okwara BO. Specialty choices: Patterns and determinants among medical undergraduates in Enugu Southeast Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2017; 20(11): 1474-80.
- 86- Kawamoto R, Ninomiya D, Kasai Y, Kusunoki T, Ohtsuka N, Kumagi T, *et al*. Gender difference in preference of specialty as a career choice among Japanese medical students. *BMC Med Educ*. 2016; 16: 288.
- 87- Alers M, Verdonk P, Bor H, Hamberg K, Lagro-Janssen A. Gendered career considerations consolidate from the start of medical education. *Int. J. Med. Educ*. 2014; (5): 178-84.
- 88- Mendonça FL. O estudante de medicina da UNIFENAS-BH, a especialização médica e o mercado de trabalho. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal José do Rosário Vellano; 2018.
- 89- Rodrigues LHG, Duque TB, Silva RM. Fatores Associados à Escolha da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. *Rev. Bras. Educ. med* [Internet]. 2020 [acesso em 24 out 2021];44 (3): e078. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/F5qRyXfBPHXGyxnfZMMHyFz/?format=pdf&lang=pt>.
- 90- Souza LCL, Mendonça VR, Garcia GB, Brandão EC, Barral-Netto M. Medical specialty choice and related factors of Brazilian medical students and recent doctors. *PloS One* [Internet]. 2015 [acesso em 25 out 2021]; 24(7): e0133585. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0133585>.
- 91- Nakayasu A, Kido M, Katoh K, Homma Y. Survey on Specialty Preference and Work-Life Balance among Residents of Japanese Red Cross Hospitals. *JMA J*. 2020; 3(2): 118-24.
- 92- Schwartz RW, Haley JV, Williams C, Jarecky RK, Strodel WE, Young B, *et al*. The controllable lifestyle factor and students' attitudes about specialty selection. *Acad Med*. 1990; 65(3): 207-10.
- 93- Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA*. 2003; 290(9): 1173-8.
- 94- Enoch L, Chibnall JT, Schindler DL, Slavin SJ. Association of medical student burnout with residency specialty choice. *Medical education*. 2013; 47(2): 173-81.

- 95- Pulcrano M, Evans SRT, Sosin M. Quality of Life and Burnout Rates Across Surgical Specialties: A Systematic Review. *JAMA Surg.* 2016; 151(10): 970-8.
- 96- Afonso AMM. Farmácia Clínica Em Pediatria. [Dissertação]. Algarve: Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade do Algarve; 2013.
- 97- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 98- Medeiros IAA. Farmacologia Pediátrica: Uma Revisão Sobre A Importância Do Farmacêutico Clínico Na Farmacoterapia Infantil. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Cuité: Universidade Federal de Campina Grande; 2018.
- 99- Kempfer SS, Bellaguarda MLR, Mesquita MPL, Alvarez AM. Percepção Dos Usuários Sobre Os Serviços De Saúde Pública No Brasil: Revisão Integrativa. *Rev Rene.* 2011; 12: 66-73.
- 100- Biasibetti C, Rodrigues FA, Hoffmann LM, Vieira LB, Gerhardt LM, Wegner W. Segurança do paciente em pediatria: percepções da equipe multiprofissional. *Rev Min Enferm [Internet].* 2020 [acesso em 30 out 2021]; 24: e-1337. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1337.pdf>.
- 101- Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho Em Equipe: Uma Revisita Ao Conceito E A Seus Desdobramentos No Trabalho Interprofissional. *Trab. Educ. Saúde [Internet].* 2020 [acesso em 22 out 2021]; 18(1): e0024678. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=pdf&lang=pt>.
- 102- Stralen ACSV, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2017; 27(1): 147-72.
- 103- Ribeiro RBN. Satisfação Dos Médicos No Sistema Único De Saúde Em Belo Horizonte, Brasil. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
- 104- Morais MV, Burmester H. Auditoria em saúde. São Paulo: Saraiva; 2014.

- 105- Meneses CS, Cecilio LCO, Andreazza R, Araújo EC, Cuginotti AP, Reis AAC. Os usuários e a transição tecnológica no setor de saúde suplementar: estudo de caso de uma operadora de plano de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(1): 57-66.
- 106- Lee T, Cui J, Rosario H, Hilmar D, Samuelson K, Lin EC *et al*. Assessment of caregiver expectations of physician communication in a pediatric setting. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20(1): 1-10.
- 107- Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2011; 16(9): 3807-16.
- 108- Prato MIC, Silveira A, Neves ET, Buboltz FL. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*. 2014; 14(1): 33-9.
- 109- Aranha SC, Zöllner ACR, Cury MCFS, Compri PC. Condições ambientais como fator de risco para doenças em comunidade carente na zona sul de São Paulo. *Revista APS*. 2006; 9(1): 20-28.
- 110- Silva DKC, Pacheco MJT, Marques HS, Branco RCC, Silva Neto MAC, Nascimento MDSB. Burnout no trabalho de médicos pediatras. *Rev Bras Med Trab*. 2017; 15(1): 2-11.
- 111- Andrade HS, Gomes HS, Mesquita GV, Ribeiro JLV, Chagas FCXF. Prevalência de síndrome de burnout em pediatras Intensivistas. *R. Interd.*, 2017; 10(3): 39-47.
- 112- Daltro MR, Guerra Júnior P, Alves PCL. Experiência de um médico pediatra no combate à COVID-19: narrativa autobiográfica. *Res. Soc. Dev.* [Internet]. 2021 [acesso em 15 jan 2022]; 10(16): e09101622940. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:L3fltTECsYJ:https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/22940/20644/281210+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
- 113- Sanine PR, Dias A, Machado DF, Zarili TFT, Carrapato JFL, Placideli N, *et al*. Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acesso em 12 nov 2021]; 37(1): e00242219. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sLQfrVDxWw7ZMM36LtJ9Wjt/?lang=pt>.
- 114- Oliveira SS. A Influência Do Médico-Gestor Na Gestão Hospitalar: Estudo De Caso Em Um Hospital Universitário. [Dissertação]. Lisboa: Escola de Ciências

Económicas e das Organizações, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2016.

- 115- Fonseca PH, Lowen IMV, Lourenço ML, Peres AM. Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico. SAÚDE DEBATE. 2018; 42(116): 318-30.
- 116- Pruitt CM, Liebelt EL. Melhorando a segurança do paciente no departamento de emergência pediátrica. Pediatric Emergency Care. 2010; 26(12): 942-8.
- 117- Johnson MB, Castillo EM, Harley J, Guss DA. Impact of patient and family communication in a pediatric emergency department on likelihood to recommend. Pediatr Emerg Care. 2012; 28(3): 243-6.
- 118- Locke R, Stefano M, Koster A, Taylor B, Greenspan J. Optimizing patient/caregiver satisfaction through quality of communication in the pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 2011; 27(11): 1016-21.
- 119- Leaming-Van Zandt KJ, Zhu H, Banuelos RC, Lopez MA, Hsu DC. Impact of a Pediatric-Focused Communication Course on Patient/Caregiver-Perceived Physician Communication Skills in a Pediatric Emergency Department. Pediatr Emerg Care [Internet]. 2021 [acesso em 12 dez 2021]; 37(12): e1173-e1180. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31851077/>.
- 120- Longo C, Rahimzadeh V, Bartlett G. Communication of Pharmacogenomic test results and treatment plans in pediatric oncology: deliberative stakeholder consultations with parents. BMC Palliat Care. 2021; 20(15): 1-12.
- 121- Brouwer MA, Maeckelberghe ELM, van der Heide A, Hein IM, Verhagen EAAE. Breaking bad news: what parents would like you to know. Arch Dis Child. 2021; 106(3): 276-81.
- 122- Santos TS. Discriminações, Estímulos e Obstáculos no Campo Profissional da Medicina: Um Olhar de Gênero e Gerações. Trab. Educ. Saúde. 2010; 7(3): 499-527.
- 123- Scheffer M, *et al.* Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP, CFM; 2020.
- 124- Bernardo WM, Janete FB, Nobre MRC. Experiência Clínica, Educação Médica Continuada e Qualidade da Atenção em Saúde. Rev Assoc Med Bras. 2005; 51(2): 61-74.

- 125- Tsugawa Y, Newhouse JP, Zaslavsky AM, Blumenthal DM, Jena AB. Physician age and outcomes in elderly patients in hospital in the US: observational study. *BMJ* [Internet]. 2017 [acesso em 18 out 2021]; 357: j1797. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5431772/>.
- 126- Southern WN, Bellin EY, Arnsten JH. Longer Lengths of Stay and Higher Risk of Mortality among Inpatients of Physicians with More Years in Practice. *Clinical Research Study*. 2011; 124(9): 868-74.
- 127- Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Revisão sistemática: a relação entre experiência clínica e qualidade da assistência à saúde. *Ann Intern Med*. 2005; 357: 260-73.
- 128- Katsari V, Tyritidou A, Domeyer P. Physicians' Self-Assessed Empathy and Patients' Perceptions of Physicians' Empathy: Validation of the Greek Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy. *Biomed Res Int* [Internet]. 2020 [acesso em 12 out 2021]; 9379756. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32104709/>.
- 129- Vogel D, Meyer M, Harendza S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. *BMC Med Educ*. 2018; 18(1): 157.
- 130- Ávila RC. Formação das Mulheres nas Escolas de Medicina. *Ver. Bra. Educ. med*. 2014; 38(1): 142-9.
- 131- Costa-Júnior FM, Couto MT, Maia ACB. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. 2016; (23): 97-117.
- 132- Nunes RAA. Perfil da empatia médica de residentes do 3º ano de ortopedia e traumatologia. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade José do Rosário Vellano; 2018.
- 133- Ratka A. Empathy and the Development of Affective Skills. *Am J Pharm Educ*. 2018; 82(10): 1140-3.

- 134- Hammond M, Mclean E. What parents and carers think medical students should be learning about communication with children and families. *Patient Educ Couns*. 2009; 76(3): 368-75.
- 135- Traiber C, Lago PM. Comunicação de más notícias em pediatria. *Boletim Científico de Pediatria*. 2012; 1(1): 1-5.
- 136- Hirschheimer MR. Desafios da Pediatria [Internet]. 2015. [acesso em 12 ago 2021]. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/2015/06/12/desafios-da-pediatria2/>.
- 137- Kirby R, Knowles HC, Patel A, Alanis N, Rice C, d'Etienne JP, *et al*. The influence of patient perception of physician empathy on patient satisfaction among attending physicians working with residents in an emergent care setting. *Health Sci Rep* [Internet]. 2021 [acesso em 14 out 2021]; 4(3): e337. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34430711/>.
- 138- Yagar F. Why Does Patient-Physician Communication Matter? More Active Patients, Decreased Healthcare Use and Costs. *J Patient Exp* [Internet]. 2021 [acesso em 21 out 2021]; 10(8): 23743735211036524. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34395852/>.
- 139- Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med*. 2011; 24(3): 229-39.
- 140- Lecat P, Dhawan N, Hartung PJ, Gerzina H, Larson R, Konen-Butler C. Improving Patient Experience by Teaching Empathic Touch and Eye Gaze: A Randomized Controlled Trial of Medical Students. *J Patient Exp*. 2020; 7(6): 1260-70.
- 141- Sá ICTF, Silva TP. Estratégias lúdicas no cuidado à criança hospitalizada: uma revisão integrativa. *Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde*. 2020; 5(2): 135-45.
- 142- Prazeres JMB, Pinho STR, Silva LR. A interação da criança com o pediatra – um estudo qualitativo. *Rev. Cien. Med. Biol*. 2009; 8(1): 60–66.
- 143- Paula GK, Góes FGB, Silva ACSS, Moraes JRMM, Silva LF, Silva MA. Estratégias Lúdicas no Cuidado de Enfermagem à Criança Hospitalizada. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [acesso em 20 out 2021]; 13: e238979. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.238979>.

- 144- Mendes LR, Broca PV, Ferreira MA. A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(3): 530-6.
- 145- LIMA KYN, Barros AG, Costa TD, Santos VEP, Vitor AF, Lira ALBC. Atividade lúdica como ferramenta para o cuidado de enfermagem às crianças hospitalizadas. *Rev Min Enferm.* 2014; 18(3): 741-6.
- 146- Araújo RAS, Silva FA, Faro A, Sobral ALO. Uso de atividades lúdicas no processo de humanização em ambiente hospitalar pediátrico: intervenção Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET/Saúde REDES - Urgência e Emergência). *Rev. SBPH.* 2016; 19(2): 98-106.
- 147- Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehrn MB. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(3): 530-9.
- 148- Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016; 21(3): 871-80.
- 149- Ferrão ACF; Neves MGC. Síndrome de Munchausen por Procuração: quando a mãe adoce o filho. *Com. Ciências Saúde.* 2013; 24(2): 179-86.
- 150- Nardes F, Pastura GMC. Anamnese pediátrica: revisão de um tópico consagrado. *Revista Pediátrica.* 2021; 11(1): 1-10.
- 151- Ballester D. Ensino do residente de pediatria em um ambulatório geral: análise da consulta. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2009.
- 152- Cristo RC, Mello MDA, Berbet EFV, Braga TG, Kamada I. O acompanhante no setor pediátrico de um hospital escola: uma atividade de extensão e pesquisa. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2005; 5(2): 25-34.
- 153- Grosseman S, Patrício ZM. A Relação Médico-Paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para Promoção da Educação Médica. *Res. Bras. Educ. med.* 2004; 28(2): 99-105.

- 154- Dalcin JF, Neves ET, Jantsch LB, Arrué AM, Macêdo Junior LHC, Zanon BP. Crianças Atendidas Em Pronto-Atendimento Infantil: Perfil Clínico E Demanda De Atendimento. *Revista Contexto & Saúde*. 2013; 13(24/25): 54-7.
- 155- Suárez M, Jaime M. Utilidad del triángulo de evaluación pediátrica en un servicio de emergencia pediátrica. *Bol. méd. Postgrado*. 2018; 34(2): 39-45.
- 156- Vasconcelos JMB, Pereira MA, Oliveira EF. Exame físico na criança: um guia para o enfermeiro. *R. Bras. Enferm*. 1999; 52(4): 529-38.
- 157- Pfeilsticker FJ, Silva EEA, Quintino ST, Hattori WT. Desafios no atendimento à saúde da criança por médicos da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2021 [acesso em 22 out 2021]; 16(43): 2634. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2634](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2634).

APÊNDICE A – ARTIGO 1

Artigo intitulado “Fatores contribuintes para escolha da pediatria como especialidade médica” submetido à revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

Fatores contribuintes para escolha da pediatria como especialidade médica

Contributing factors to the choice of pediatrics as a medical specialty

Factores que contribuyen a la elección de pediatría como especialidad médica

Resumo

Introdução: A escolha da especialidade médica é uma importante decisão que determina a trajetória do profissional, motivada por fatores internos ou externos ao indivíduo. **Objetivo:** Compreender os fatores que contribuíram com a escolha da pediatria entre os pediatras de um hospital universitário. **Metodologia:** Estudo descritivo, exploratório e qualitativo, realizado no Hospital Universitário de Lagarto com 14 pediatras. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e abril de 2021 através de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados com base no método de Análise de Conteúdo. **Resultados:** A identificação com crianças, a satisfação profissional, o perfil clínico e a maternidade foram fatores internos que motivaram a escolha dos pediatras. Dos fatores externos, o ambiente, os aspectos da criança, a família e os profissionais foram fundamentais para decisão. **Conclusão:** Fatores internos e externos contribuem para a escolha da pediatria como especialidade médica.

Palavras-chave: Escolha da Profissão. Medicina. Pediatria. Educação Médica.

Abstract

Introduction: The choice of medical specialty is an important decision that determines the professional's trajectory, motivated by factors internal or external to the individual. **Objective:** To understand the factors that contributed to the choice of pediatrics among pediatricians at a university hospital. **Methodology:** Descriptive, exploratory and qualitative study, carried out at the University Hospital of Lagarto with 14 pediatricians. Data collection was carried out between February and April 2021 through semi-structured interviews. Data were analyzed using the Content Analysis method. **Results:** Identification with children, professional satisfaction, clinical profile and motherhood were internal factors that motivated the choice of pediatricians. Of the external factors, the environment, aspects of the child, family and professionals were fundamental for the decision. **Conclusion:** Internal and external factors contribute to the choice of pediatrics as a medical specialty.

Keywords: Choice of profession. Medicine. Pediatrics. Medical Education.

Resumen

Introducción: La elección de la especialidad médica es una decisión importante que determina la trayectoria del profesional, motivada por factores internos o externos al individuo. **Objetivo:** Comprender los factores que contribuyeron a la elección de la pediatría entre los pediatras de un hospital universitario. **Metodología:** Estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo, realizado en el Hospital Universitario de Lagarto con 14 pediatras. La recolección de datos se realizó entre febrero y abril de 2021 mediante

entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron mediante el método de análisis de contenido. **Resultados:** La identificación con los niños, la satisfacción profesional, el perfil clínico y la maternidad fueron factores internos que motivaron la elección de los pediatras. De los factores externos, el entorno, aspectos del niño, la familia y los profesionales fueron fundamentales para la decisión. **Conclusión:** Los factores internos y externos contribuyen a la elección de la pediatría como especialidad médica.

Palabras clave: Elección de profesión. Medicamento. Pediatría. Educación médica.

Introdução

A escolha da carreira médica representa uma importante decisão do profissional, cuja motivação pode ser determinada por fatores internos ou externos¹. Os fatores internos compreendem os estímulos do próprio indivíduo, como as necessidades, objetivos e habilidades, enquanto os fatores externos relacionam-se aos estímulos da situação ou do ambiente².

Estudos apontam diversos fatores contribuintes na escolha da especialidade médica. Dentre os fatores internos, destacam-se as preferências individuais, afinidade, personalidade, características sociodemográficas e atributos pessoais. Os fatores externos mais descritos referem-se ao mercado de trabalho, renda, prestígio social, tempo de especialização, circunstâncias familiares, flexibilidade, ambiente da prática e qualidade de vida¹⁻⁵.

Ao analisar os estudos que tratam sobre as especialidades médicas, verifica-se que as mais escolhidas fazem parte das grandes áreas da medicina, como a clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia⁶⁻⁸. Apesar de a pediatria ser uma das especialidades de maior preferência, as pesquisas sobre os fatores motivacionais para sua escolha são escassas^{2,7}.

Ressalta-se que a escolha da especialidade repercute não somente na vida do profissional, como também na sociedade, visto que o quantitativo de especialistas influencia na força de trabalho e na distribuição de médicos nas diferentes regiões de um país⁹. Neste sentido, considerando que a saúde infantil é prioritária dentro da saúde pública¹⁰, torna-se relevante a análise dos fatores contribuintes para a escolha da pediatria como especialidade médica.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi compreender os fatores que contribuíram com a escolha da pediatria entre os pediatras de um hospital universitário.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no Hospital Universitário de Lagarto (HUL), na cidade de Lagarto, Sergipe, Brasil. Os critérios de inclusão foram médicos com título de especialista em pediatria e com atuação profissional no serviço de urgência e emergência pediátrica. Os critérios de exclusão foram médicos licenciados há mais de seis meses do trabalho ou que não puderam participar por motivos de saúde ou indisponibilidade.

A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e abril de 2021 através de entrevistas virtuais com cada pediatra. Utilizou-se um roteiro para a entrevista semiestruturada, elaborado pelos pesquisadores, a partir da vivência profissional, com informações sobre as características demográficas e escolha da pediatria. Realizou-se a gravação de áudios e vídeos dos entrevistados, após o consentimento, para posterior transcrição e análise dos dados.

Os dados foram analisados com base no método de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin¹¹, que compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações aplicadas a discursos diversificados, através de procedimentos sistemáticos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS), sob parecer número 4.530.759, e seguiu as recomendações da Resolução 466/2012, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, utilizou-se nomes dos personagens das obras literárias do escritor Jorge Amado.

Resultados e Discussão

A população do estudo foi constituída por 14 pediatras, sendo três do gênero masculino e 11 do gênero feminino, com idade variando entre 29 e 53 anos. A maior parte declarou-se como raça negra e estado civil casado. Com relação à maternidade/paternidade, metade dos entrevistados afirmaram não possuir filhos. Sobre a naturalidade, sete informaram ser natural do estado de Sergipe, cinco da Bahia, um do Rio de Janeiro e um de Minas Gerais.

No que diz respeito à formação médica, o tempo de formado variou entre seis e 26 anos, ao passo que o tempo de formação em pediatria variou entre quatro e 23 anos. Todos os participantes possuem especialização em pediatria através da modalidade residência médica. Sobre a atuação profissional em pediatria, para a maior parte dos participantes, esta iniciou-se a partir do ingresso na residência médica, enquanto outros relataram ter iniciado enquanto médico generalista na atenção primária, ambulatório ou serviços de urgência.

Após a identificação dos participantes, a entrevista procedeu com as seguintes perguntas: “Por que escolheu a pediatria?”; “Que elementos contribuíram para a escolha da especialidade?”; “Como o seu percurso acadêmico influenciou a escolha da especialidade?”. Com base nos depoimentos, emergiram duas categorias sobre os motivos da escolha da pediatria: fatores internos e fatores externos.

Fatores internos

Em relação aos fatores internos, destacaram-se a identificação com crianças, a satisfação profissional, o perfil clínico e a maternidade. A identificação com crianças repercutiu como o fator principal na escolha da pediatria:

Um [fator] é que eu gosto de criança, gosto muito de trabalhar com criança, conversar com criança (Eugênia).

[...] sempre gostei de estar mais com os pequenos, isso é verdade, acho que nunca tinha parado para pensar nisso (Dona Flor).

Eu nunca fechei minha mente para as outras áreas, mas era uma especialidade que eu sempre gostei, e eu gosto muito de lidar com criança [...] é um público que me identifico (Tieta).

Eu sempre gostei de criança. Antes eu achava que ia ser professora, então sempre foi relacionado com criança (Gabriela).

[...] sempre gostei muito de criança, eu acho que facilitou muito a minha escolha (Lívia).

[...] a pediatria é uma coisa que a gente não tem muita escolha, assim, a gente se identifica (Dora).

A identificação, representada por uma afinidade com a especialidade, é um processo fundamental da experiência do sujeito e é de extrema importância no que se refere às suas escolhas profissionais¹². Em estudo sobre os fatores determinantes para

escolha da especialidade médica no Brasil, a afinidade com a especialidade foi um fator avaliado como importante ou muito importante entre 99,3% dos entrevistados⁴.

A identificação também pode ser reflexo da personalidade, abordada em um dos relatos como o “jeito de ser”:

Eu costumo dizer para os alunos que não é você que escolhe a especialidade, é a especialidade que escolhe você, que você já tem um jeito de ser, e o seu jeito de ser ele vai se adequar melhor a uma determinada especialidade, entendeu? Então, por mais que você possa desenvolver qualquer uma, em geral, o seu jeito de ser demonstra para quais você teria mais sucesso (Eugênia).

Percebe-se, a partir da fala de Eugênia que, na trajetória profissional, deve-se levar em conta a individualidade e personalidade do sujeito. A individualidade refere-se a características naturais que constituem o indivíduo, ao passo que a personalidade é um processo resultante das condições do indivíduo que, ao se inserir na sociedade, torna-se um ser único¹³. Assim, para Eugênia, entende-se que o indivíduo possui a sua individualidade, que inserido no contexto social, desenvolve a sua personalidade que vai se adequar e ter mais sucesso em determinada área da medicina.

A partir desses conceitos, tais características podem tendenciar as escolhas profissionais. Sievert et al.¹⁴ demonstraram que a personalidade esteve associada às escolhas da carreira médica. Entre os residentes em pediatria, o perfil mais identificado foi de profissionais confiáveis, perseverantes, controladores, cooperativos e encorajadores. Os autores ressaltaram que os pediatras possuem um papel fundamental em lidar com a criança e com os pais, assim como se deparam com situações emocionalmente difíceis e, portanto, esses traços de personalidade refletiram na escolha da pediatria. Mullola et al.¹⁵ observaram no grupo de médicos que escolheram a pediatria uma característica de maior extroversão.

As diferenças entre as personalidades dos sujeitos estão relacionadas aos diferentes interesses vocacionais¹⁶, com conseqüente diversidade nas escolhas. Assim, a identificação com a pediatria pode ser traduzida também por questões de crenças como “vocação”, “tendência” e “intuição”:

Vocação mesmo, gostava mesmo de atender as crianças (Pedro).

Eu já tinha a intuição de fazer pediatria e na faculdade, eu fui direcionando, direcionando para pediatria, costumava mesmo antes, assim, antes mesmo do estágio, eu já procurava acompanhar médicos

pediatras, quando estava de férias. Então, assim, já tinha aquela tendência à pediatria (Guma).

Para Azevedo et al.¹⁷, a vocação é um conjunto de caracteres distribuídos de forma particular no indivíduo, tornando-o mais habilitado para realizar determinado papel. Nota-se, entretanto, que os termos mencionados podem evocar uma ideia de predestinação para a escolha profissional ligada a uma convicção que defende os aspectos imutáveis do sujeito.

Essa crença sobre a vocação circula fortemente nos corredores das escolas médicas e dos hospitais. Castellanos¹⁸, em seu estudo de análise do discurso médico-pediátrico, discorreu: “A solução apontada por alguns dos entrevistados para a tensão presente no momento da opção pela carreira profissional passa pela constatação de um acaso providencial em que encontram uma vocação predestinada” (p. 77).

Cada área da medicina tem características próprias e necessita de habilidades e aptidões diferentes, de forma que possuir essas qualificações pode condicionar a escolha da especialidade^{19,20}. Na pediatria, a habilidade na interação com a criança favoreceu a identificação:

É um público que eu me relaciono mais fácil, e que eu gosto, tenho um prazer de fazer (Tieta).

A interação com a criança para mim é melhor, eu gosto mais dessa interação, de lidar com criança (Dona Flor).

Eu percebi que eu tinha um desenvolvimento melhor também no lidar com as crianças, enquanto médica no atendimento (Tereza).

A escolha da especialidade pediátrica devido à identificação com crianças denota um caráter humanístico por parte dos médicos²¹. Este estudo demonstrou que a identificação com a pediatria foi reflexo da afinidade com crianças, da personalidade do sujeito, da crença vocacional e das habilidades com o público infantil. Percebe-se, portanto, que a pediatria demanda um perfil profissional particular que sustenta uma ideia de um talento especial para desempenhar a profissão, criando uma identidade de fundamento amoroso e humanista.

A satisfação também é considerada como um motivador nas escolhas profissionais. Mara afirmou: [...] *me perguntaram qual que eu chegaria em casa mais feliz, qual especialidade quando eu estava em dúvida, e aí pensei na Pediatria (Mara).*

Em concordância, Anand e Sankaran⁷ identificaram que, entre profissionais que tiveram maior preferência pela pediatria, a satisfação pessoal foi um fator determinante.

Como a pediatria é uma especialidade essencialmente clínica, a preferência dos profissionais por um perfil clínico também foi elencado:

Eu me interessei por várias coisas, mais clínicas do que cirúrgicas. Aí depois de passar pelo de pediatria, enfermaria principalmente, [...] foi a parte que eu mais gostei pelo contato mesmo. Eu achei mais... não sei, eu consegui ter mais... não é empatia, mas ter aquela facilidade mais com criança sabe? (Dona Flor).

Eu sempre quis fazer clínica médica, pensava em clínica médica, geriatria. Cheguei a fazer parte da liga de endocrinologia, gostava muito de endocrinologia e algumas coisas da clínica médica me chamavam mais atenção, e eu fiz minha monografia de conclusão em geriatria, o que também era uma área que me interessava, geriatria. Quando eu fiz um internato de pediatria, que foi dos meus últimos, já não sei se, no final do quinto ano, entrando no sexto, foram os meus últimos, aí dali eu não conseguia mais pensar em outra coisa, só queria pediatria (Lívia).

Eu pensava em ser médica de criança, mas depois eu fui por algumas eliminações. Eu eliminei as especialidades cirúrgicas e depois, entre a clínica médica e a pediatra, eu achei que eu me dava melhor na pediatria, tive mais afinidade (Maria de Lourdes).

Compreender essa tendência de escolher especialidades clínicas ou cirúrgicas tem sido objeto de algumas pesquisas. Um estudo multicêntrico realizado em 17 escolas médicas no Japão verificou que os alunos que escolheram cirurgia e medicina de emergência deram maior prioridade a dominar procedimentos avançados e aos cuidados agudos em decorrência de cuidados crônicos, enquanto aqueles que escolheram clínica geral e pediatria valorizavam a comunicação com o paciente²².

O perfil clínico dos pediatras segue afirmando uma imagem carregada da figura médica como prática gentil de cuidado, que pressupõe a interação com o paciente. Historicamente, essa perspectiva pode ter atraído mulheres pela associação histórico-cultural do cuidado com a maternidade.

O fato de ser ou desejar ser mãe foi caracterizado como um fator contribuinte na escolha da pediatria por dois motivos. O primeiro pelo gostar de criança: *sempre quis ser mãe, sempre gostei muito de criança, eu acho que facilitou muito a minha escolha (Lívia)*. O segundo pela empatia ao compreender emocionalmente a situação da mãe da criança: *Pediatria você tem que ter paciência com a mãe, não é? [...] Se eu já tinha paciência com*

as mães, depois que eu me tornei mãe, a paciência acho que aumentou mais ainda (Gabriela). Portanto, se verifica que a maternidade pode desenvolver sentimentos ou habilidades propícios para a pediatria, o que pode repercutir em um maior número de mulheres nessa área.

Apesar de os fatores sociodemográficos não serem mencionados nas motivações internas, alguns estudos mostraram que estes possuem significativa influência na determinação da especialidade. Em relação ao gênero, os homens têm maior preferência pelas áreas da cirurgia geral e ortopedia, enquanto as mulheres preferem pediatria, obstetrícia e ginecologia^{7,23,24}. Ressalta-se que, no presente estudo, a amostra foi representada em sua maioria por mulheres.

A valorização dos fatores psicossociais e a realização de uma assistência com foco no paciente apresenta maior predomínio em mulheres. Os homens, no entanto, exibem uma prática centrada no profissional e no paradigma biomédico²⁵. Osborn et al.²⁶ relataram que um dos motivos de estudantes de medicina escolherem a pediatria se deu pelo maior fortalecimento da relação médico-paciente, caracterizada pela possibilidade de desenvolver relações mais prolongadas e assistir os pacientes e sua família. É provável que a questão do gênero não foi mencionada no presente estudo por estar implícita nesses comportamentos predominantes nas mulheres.

Fatores externos

Em relação aos fatores externos, os pediatras citaram aqueles relacionados ao ambiente da pediatria, aos profissionais da prática, às circunstâncias familiares e aos aspectos da criança. No que se refere ao ambiente, os pediatras elucidaram:

Eu acho que uma enfermaria de pediatria, um consultório de pediatria, por mais que a gente esteja tratando muitas vezes em alguns casos de doenças, são ambientes mais leves (Tieta).

E aí eu achei que seria muito... um local muito mais tranquilo de se trabalhar do que com o adulto, por isso que eu escolhi a pediatria (Don'Ana).

Vivência, o ambiente e os preceptores também, tem um perfil que eu adapto melhor (Dona Flor).

[...] e essa coisa mais da calma, sem tanto trauma, claro que tem traumas às vezes, mas na pediatria basicamente patologias clínicas mesmo (Lívia).

Apesar de se tratar de profissionais que atuam em urgência pediátrica, marcada por maior agitação, o ambiente da pediatria foi caracterizado como “leve”, “tranquilo” e “calmo”. Esses relatos podem ser reflexos da interação com a criança, cuja representação confere um símbolo de carinho, afeto e espontaneidade, promovendo uma sensação nos profissionais de leveza ao se trabalhar na pediatria. Além disso, essas elucidações podem se referir aos outros ambientes da pediatria como, por exemplo, unidades ambulatoriais.

Uma fala interessante, dentre os fatores externos, foi referente aos aspectos da criança: *[...] a criança responde muito mais rápido ao tratamento do que o adulto, nosso índice de mortalidade é muito menor em criança (Don'Ana)*. Esse interesse pelo tipo de paciente também foi descrito em outro estudo como importante na escolha da pediatria, visto ser uma especialidade com características particulares⁸.

A família é um importante fator a se considerar quando se trata de influências nas escolhas profissionais. Os alunos que não possuem pais médicos tendem a se oportunizar nas experiências durante a graduação. Na entrevista, Antônio ressalta:

[...] como eu tinha nenhuma referência médica na família, então eu entrei no curso de Medicina bem aberto, assim, sem saber o que queria fazer, porque tem gente que já entra muito decidida: 'eu vou fazer tal coisa, porque meu pai é isso, porque Fulano é isso'. E eu não tinha nenhuma referência médica. Então, assim, eu entrei na Medicina pela Medicina. E aí, eu creio que as disciplinas que eu mais gostei, que eu mais me adaptei, que os professores eram bons e incentivavam a gente, aí eu acabei pendendo para esse lado. Então, por isso que [...] no estágio de Pediatria, gostei de Pediatria (Antônio).

Os profissionais da prática, como os pediatras e os professores, foram colocados como influenciadores na escolha da especialidade. Ressalta-se que esses depoimentos foram ditos antes da pergunta a respeito da influência da trajetória acadêmica na decisão. Sobre a equipe de pediatria, alguns afirmaram:

[...] o que me fez ir para Pediatria foi a maneira que eu vejo os pediatras lidando com os pacientes que é realmente, mais atencioso. A pediatria a gente tem uma atenção maior, a gente consegue dar uma assistência maior (Don'Ana).

Teve assim, bons profissionais que me orientaram né? [...] Era um hospital ainda que estava... ainda um pouco sem recurso e tal, naquele sofrimento do SUS de ter recurso, mas que funcionava tudo muito bem e que tinha excelente profissionais, tanto da Enfermagem, quanto na Medicina (Lívia).

[...] eu acho que também tive um grande diferencial, que foi a equipe de pediatria, era uma equipe muito unida, tinha um serviço aqui bem

organizado, então isso realmente, fez mudar, assim, completamente a minha decisão (Maria Clara).

[...] e eu tinha bons professores de Pediatria, eu acho que isso me ajudou (Eugênia).

Na faculdade eu tive ótimos professores de Pediatria, o que me fez desejar aprender mais da especialidade (Tereza).

O meu ponto um, sempre rodava mais no Hospital [...], e lá tive eu tive ótimos receptores, não vou lembrar o nome, mas eu tive muitos bons preceptores (Lívia).

Na sequência, os entrevistados foram questionados especificamente sobre a influência da trajetória acadêmica na escolha da pediatria. A maior parte expressou que a graduação contribuiu significativamente:

Sim, reforçou. Na minha faculdade, como eu te disse, eu não fechei os olhos para as outras especialidades, fiz muitos estágios em outras áreas, obstetrícia, reumato... porque eu pensava se eu quisesse pediatria também seria minha última oportunidade de conhecer essas outras especialidades. Mas eu tive uma equipe de professores de pediatria que me incentivaram, que acabaram se tornando referências para mim e aí ficou mais fácil de definir mesmo (Tieta).

[...] eu não gostava muito de criança quando entrei na faculdade, mas eu saí amando, porque eu acabei tendo incentivos, tanto docente, quanto da prática mesmo da disciplina, então eu creio que influenciou bastante sim (Antônio).

[...] me sentir melhor, me adaptei melhor nessa parte da Pediatria, bem mais, tanto com os preceptores, quanto com os pacientes também, que contam muito, mas também com os preceptores em si, os staffs em si, quem já era residente também, eles ajudaram muito também nessa escolha, as crianças ajudaram, os preceptores ajudaram, a parte teórica também da pediatria em si ajudou, entendeu? [...] A partir do Internato (Dona Flor).

Realmente, foi mais o Internato mesmo. Quando, logo na primeira vez que eu rodei pela pediatria, eu já mudei completamente a minha escolha (Maria Clara).

Eu tive alguns professores que influenciaram, professores que eu tive mais afinidade na faculdade eram pediatras, e inclusive, o TCC da faculdade também foi em pediatria (Maria de Lourdes).

Influenciou muito, assim, pelas experiências na faculdade foram determinantes para escolher a Pediatria. Questão de professor, relação com o paciente (Mara).

Por outro lado, Pedro afirmou que a faculdade não teve influência na escolha: Não. Foi na vida profissional mesmo. [...] pelo dia a dia profissional, acabei gostando (Pedro). Don'Ana, inclusive, expressou uma experiência negativa com a faculdade:

Não. Porque o meu contato com a pediatria na faculdade não foi muito bom, a minha experiência na faculdade foi péssima, na verdade, com pediatria. Se eu tivesse ido pela faculdade eu nem teria feito, porque no meu estágio eu não tive boas experiências, meus professores eu não gostei muito, e não era tão rico o estágio como eu tive contato na residência, por exemplo (Don'Ana).

Chama atenção que a exposição às especialidades são fatores que interferem na escolha da carreira²⁷. O currículo vivenciado durante a graduação, a influência dos docentes/preceptores e as atividades práticas foram determinantes na escolha da medicina da família e comunidade como especialidade²⁸. Em um grupo de médicos que escolheram a pediatria, o estágio extracurricular foi a experiência acadêmica mais relevante para decisão²⁹.

Observa-se que as práticas, especialmente no internato, favoreceram a decisão a favor da pediatria. Na medicina, os alunos que decidem atuar em uma área clínica tendem a escolher a especialidade a partir do internato, diferentemente dos que optam pela área cirúrgica que, em geral, decidem mais precocemente³⁰. Em pesquisa transversal com 1.223 estudantes de medicina e médicos no Brasil, a maior parte escolheu a especialidade no internato, enquanto que o período de rejeição predominou entre o terceiro e quarto ano da graduação²⁹.

No presente estudo, não foram encontrados nos depoimentos os fatores externos mais descritos na literatura, como as oportunidades de carreira, renda, status social, tempo de residência e estilo de vida¹⁻⁵. Entende-se, portanto, que os fatores externos podem variar conforme as prioridades de cada indivíduo e de cada região.

Conclusão

As escolhas profissionais possuem importância fundamental para o indivíduo e sociedade como um todo. Na escolha da pediatria, verificou-se que fatores internos e externos contribuíram para decisão dos profissionais.

A identificação, satisfação profissional, interesse pela clínica e a maternidade foram fatores internos que motivaram a escolha dos pediatras. Dos fatores externos, o

ambiente, os aspectos da criança, a família e os profissionais foram fundamentais para decisão da carreira.

Como limitações deste estudo, destaca-se o viés de memória e de seleção por se tratar de dados coletados através de entrevistas semiestruturadas. Sugere-se mais estudos sobre a motivação da pediatria como especialidade médica.

Referências

- 1- Corsi PR, Fernandes EL, Intelizano PM, Montagnini CC, Baracat FI, Ribeiro MC. Fatores que Influenciam o Aluno na Escolha da Especialidade Médica. *Revista Brasileira De Educação Médica*. 2014;38(2):213-220.
- 2- Assumpção Neto JC. Transformação do Ambiente da Saúde e o Impacto na Carreira Médica no Estado de São Paulo. *Dissertação de Mestrado em Gestão para a Competitividade*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2021.
- 3- Puertas EB, Arósquipa C, Gutiérrez D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013;34(5):351-358.
- 4- Cruz JÁ, Sandy NS, Vannucchi TR, Gouveia ÉM, Passerotti CC, Bruschini H et al. Fatores determinantes para a escolha da especialidade médica no Brasil. *Rev Med (São Paulo)*. 2010;89(1):32-42.
- 5- Maron BA, Fein S, Maron BJ, Hillel AT, El Baghdadi MM et al. Ability of prospective assessment of personality profiles to predict the practice specialty of medical students. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2007;20(1):22-6.
- 6- Cronin FM, Clarke N, Hendrick L, Conroy R, Brugha R. Factors influencing specialty choice and the effect of recall bias on findings from Irish medical graduates: a cross-sectional, longitudinal study. *BMC Medical Education*. 2020;20:485.
- 7- Anand R, Sankaran PS. Factors influencing the career preferences of medical students and interns: a cross-sectional, questionnaire-based survey from India. *J Educ Eval Health Prof*. 2019;16:12.
- 8- Gutiérrez-Cirlos C, Naveja JJ, García-Minjares M, Martínez-González A, Sánchez-Mendiola M. Specialty choice determinants among Mexican medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. 2019;19(1):420.
- 9- Souza LC, Mendonça VR, Garcia GB, Brandão EC, Barral-Netto M. Medical Specialty Choice and Related Factors of Brazilian Medical Students and Recent Doctors. *PLoS One*. 2015;10(7):e0133585. doi: 10.1371/journal.pone.0133585.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 5 ago 2015.

- 11- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
- 12- Soares DH, Aguiar F, Guimarães BF. O conceito de identificação no processo de escolha profissional. *Aletheia*. 2010;32:134-46.
- 13- Silva FG. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. *Psic. da Ed.* 2009;28:169-95.
- 14- Sievert M, Zwir I, Cloninger KM, Lester N, Rozsa S, Cloninger CR. The influence of temperament and character profiles on specialty choice and well-being in medical residents. *PeerJ*. 2016;4:e2319. doi: 10.7717/peerj.2319. PMID: 27651982; PMCID: PMC5018665.
- 15- Mullola S, Hakulinen C, Pousseau J, Porras DGR, Jokela M, Hintsala T et al. Personality traits and career choices among physicians in Finland: employment sector, clinical patient contact, specialty and change of specialty. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):52.
- 16- Staggs GD, Larson LM, Borgen FH. Convergence of Personality and Interests: Meta-Analysis of the Multidimensional Personality Questionnaire and the Strong Interest Inventory. *Journal of Career Assessment*. 2007;15(4):423-445.
- 17- Azevedo AG, Tollendal CB, Nogueira DG, Bartels FP, Paula FC, Beraldo FM. Fatores que Orientam a Escolha do Curso Médico. *Rev. bras. educ. med.* 2005;29(3):217-21.
- 18- Castellanos ME. *A Pediatria E A Construção Social Da Infância: Uma Análise Do Discurso Médico-Pediátrico*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
- 19- Collares CF. *ESCOLHA DA ESPECIALIDADE MÉDICA E LOCAL DE PRÁTICA: ADAPTAÇÃO DE UMA ESCALA*. Tese de Doutorado em Psicologia. Itatiba: Universidade São Francisco; 2015.
- 20- Onyemaechi N, Bisi-Onyemaechi AI, Omoke NI, Odetunde OI, Okwesili IC, Okwara BO. Specialty choices: Patterns and determinants among medical undergraduates in Enugu Southeast Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2017;20(11):1474-1480.
- 21- Araújo CA. *O princípio do Respeito na Relação Pediatra e Criança – Percepção do profissional*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2007.
- 22- Ie K, Murata A, Tahara M, Komiyama M, Ichikawa S, Takemura YC et al. Relationship between medical students' career priority and specialty choice: A nationwide multicenter survey. *Journal of general and family medicine*. 2020;21(6):219–225.
- 23- Kawamoto R, Ninomiya D, Kasai Y, Kusunoki T, Ohtsuka N, Kumagi T, et al. Gender difference in preference of specialty as a career choice among Japanese medical students. *BMC Med Educ*. 2016;16:288.

- 24- Alers M, Verdonk P, Bor H, Hamberg K, Lagro-Janssen A. Gendered career considerations consolidate from the start of medical education. *Int J Med Educ.* 2014;5:178-184.
- 25- Mendes AS. Os estudantes de medicina: expectativas na escolha da especialidade. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2010.
- 26- Osborn SR, Yu J, Williams B, Vasilyadis M, Blackmore CC. Changes in Provider Prescribing Patterns After Implementation of an Emergency Department Prescription Opioid Policy. *J Emerg Med.* 2017;52(4):538-546.
- 27- Mendonça FL. O estudante de medicina da UNIFENAS-BH, a especialização médica e o mercado de trabalho. Dissertação de Mestrado em Ensino em Saúde. Belo Horizonte: Universidade Federal José do Rosário Vellano; 2018.
- 28- Rodrigues LH, Duque TB, Silva RM. Fatores Associados à Escolha da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira De Educação Médica.* 2020;44(3):e078.
- 29- Souza LC, Mendonça VR, Garcia GB, Brandão EC, Barral-Netto M. Medical specialty choice and related factors of Brazilian medical students and recent doctors. *PloS One.* 2015;24(7):e0133585.
- 30- Bellodi PL. Clínica ou cirurgia – um estudo sobre razões da escolha da especialidade. *São Paulo Med. J.* 2004;122(3):81-6.

APÊNDICE B – ARTIGO 2

Artigo intitulado “Experiência de um médico pediatra no combate à COVID-19: narrativa autobiográfica” publicado na revista Research, Society and Development.

Experiência de um médico pediatra no combate à COVID-19: narrativa autobiográfica

Experience of a pediatrician in combating COVID-19: an autobiographical narrative

Experiencia de un pediatra en la lucha contra el covid-19: una narrativa autobiográfica

Resumo

Um novo vírus altamente contagioso surgiu em dezembro de 2019 na China e rapidamente os casos começaram a se espalhar pelo mundo levando medo a todas as nações. A doença denominada “coronavirus disease 2019” (COVID-19) tornou-se o mais grave problema de saúde pública desta geração. Na faixa etária pediátrica, as manifestações clínicas da COVID-19 podem envolver quaisquer aparelhos e sistemas, desde quadros assintomáticos até óbitos. O objetivo deste estudo foi descrever a experiência de um médico pediatra na assistência à saúde da criança durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19. Trata-se de um relato de experiência acerca da sua vivência durante a pandemia construído através das narrativas do próprio autor a partir de suas memórias, desde os primeiros casos até a chegada do vírus ao seu dia a dia. Um dos principais problemas enfrentados foi a escassez de equipamentos de proteção individual. Medidas de proteção adequadas para todos os profissionais, além do suporte psicológico devem ser implementadas nos serviços de saúde, a fim de minimizar a sobrecarga emocional.

Palavras-chave: COVID-19; Pandemias; Pediatria.

Abstract

A new highly contagious virus emerged in December 2019 in China and cases quickly began to spread around the world, causing fear in all nations. The disease called “coronavirus disease 2019” (COVID-19) has become the most serious public health problem of this generation. In the pediatric age group, the clinical manifestations of COVID-19 can involve any device and system, from asymptomatic conditions to death. The aim of this study was to describe the experience of a pediatrician in child health care while facing the COVID-19 pandemic. This is an experience report about his experience during the pandemic, built through the author's own narratives based on his memories, from the first cases to the arrival of the virus in his daily life. One of the main problems faced was the lack of personal protective equipment. Appropriate protective measures for all professionals, in addition to psychological support, must be implemented in health services, in order to minimize the emotional burden.

Keywords: COVID-19; Pandemics; Pediatrics.

Resumen

Un nuevo virus altamente contagioso surgió en diciembre de 2019 en China y los casos comenzaron a extenderse rápidamente por todo el mundo, causando temor en todas las naciones. La enfermedad denominada “enfermedad por coronavirus 2019” (COVID-19) se ha convertido en el problema de salud pública más grave de esta generación. En el grupo de edad pediátrica, las manifestaciones clínicas de COVID-19 pueden involucrar cualquier dispositivo y sistema, desde condiciones asintomáticas hasta la muerte. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia de un pediatra en el cuidado de la salud infantil frente a la pandemia de COVID-19. Se trata de un relato vivencial sobre su vivencia durante la pandemia, construido a partir de las propias narrativas del autor a partir de sus recuerdos, desde los primeros casos hasta la llegada del virus a su vida diaria. Uno de los principales problemas enfrentados fue la falta de equipo de protección personal. Se deben implementar medidas de protección adecuadas para todos los profesionales, además del apoyo psicológico, en los servicios de salud, con el fin de minimizar la carga emocional.

Palabras clave: COVID-19; pandemias; pediatría.

1. Introdução

Em dezembro de 2019 surgiu em Wuhan, China, um novo vírus altamente contagioso denominado SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2). Os casos começaram a se espalhar rapidamente, inicialmente no continente asiático, seguido das demais localidades do mundo, trazendo medo a todas as nações. A doença associada ao SARS-CoV-2, a chamada COVID-19 (coronavirus disease 2019), tornou-se o mais grave problema de saúde pública desta geração (Castagnoli, *et al.*, 2020).

Além de altamente patogênico, o vírus pode evoluir, em alguns casos, rapidamente a óbito (Guimarães, *et al.*, 2020). A transmissão ocorre através do contato direto com gotículas de saliva ou aerossóis produzidos pela fala, tosse e espirros de um indivíduo contaminado, assim como ao tocar o rosto após o contato com superfícies contaminadas (Franco, Franco, Carvalho, Ramos, & Dias, 2020).

Os casos vão desde assintomáticos, sintomas imperceptíveis ou brandos como febre e tosse, até sintomas graves como dificuldade para respirar, pneumonia e insuficiência respiratória, podendo chegar ao óbito (Tuñas, Silva, Santiago, Maia, & Silva-Júnior, 2020). Os pacientes idosos e portadores de comorbidades como hipertensão, diabetes, doenças respiratórias crônicas e pessoas imunocomprometidas são mais predispostas a uma maior gravidade da doença (Carvalho, *et al.*, 2020).

Diante deste cenário mundial, para reduzir a propagação do coronavírus, vários países orientavam condutas de isolamento social (Usher, Bhullar, & Jackson, 2020). Além de afetar todos, o coronavírus não distingue classe econômica, fronteiras, idiomas e ideologias (Daltro & Segundo, 2020).

A nova realidade fazia parte agora do cotidiano dos profissionais de saúde que se colocavam na linha de frente arriscando suas vidas e vivenciando situações adversas como os desgastes físicos devido às altas cargas de trabalho, problemas psicológicos em decorrência do medo e tensão de se contaminar, como também com a realidade de lidar com a perda de paciente e de colegas de profissão (The Lancet, 2020).

Na pediatria, as manifestações clínicas da COVID-19 podem envolver quaisquer aparelhos e sistemas, variando desde quadros assintomáticos até óbitos. Os sintomas respiratórios são os mais frequentemente relatados. No entanto, sintomas gastrointestinais, manifestações neurológicas e/ou psiquiátricas diversas, manifestações cutâneas, acometimento cardiovascular, quadros hematológicos e síndromes inflamatórias também são descritos (Dong, *et al.*, 2020).

Cerca de um mês após o pico da pandemia, em alguns países da Europa, pesquisadores começaram a descrever um aumento do número de casos da Doença de Kawasaki e de crianças e adolescentes com apresentação semelhante a síndrome do choque tóxico. Logo, a circulação do SARS-CoV-2 e essas manifestações no público infantil foram associadas e começaram a ser estudadas como uma entidade distinta: uma síndrome pós-infecciosa relacionada a desregulação do sistema imune (Viner & Whittaker, 2020).

As consequências da pandemia da COVID-19 para a saúde de crianças e adolescentes no Brasil tem potencial muito mais negativo comparado aos países da Europa e América do Norte. Vários fatores devem ser considerados e enfrentados, dentre eles, o contingente populacional infantil no país, o número de crianças com problemas crônicos de saúde, os desafios no acesso e qualidade do cuidado, levando à desativação de leitos pediátricos e à crescente vulnerabilidade social (Fiocruz, 2020).

Considerando o cenário da pandemia e o contexto de adaptação para o enfrentamento pelas equipes de saúde em relação ao novo Coronavírus, este estudo tem por objetivo

descrever a experiência de um médico pediatra na assistência à saúde da criança durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19.

2. Metodologia

Trata-se de um relato de experiência acerca da vivência de um pediatra durante a pandemia da COVID-19 construído através das narrativas do próprio autor a partir de suas memórias. O Relato de Experiência é uma narrativa científica de cultivo de conhecimento no território da pesquisa qualitativa, cuja construção tem caráter de síntese provisória, aberta à análise do leitor. Seu desenho simultaneamente circunscreve uma experiência, um lugar de fala e um tempo histórico, de forma que esses elementos, articulados a um arcabouço teórico, legitimam a experiência enquanto fenômeno científico a ser comunicado (Daltro & Faria, 2019).

As ações de enfrentamento da pandemia foram vivenciadas e descritas neste relato no período de janeiro a dezembro de 2020 no setor da pediatria de dois hospitais, um público e um privado, localizados no interior e na capital do estado de Sergipe, respectivamente. O presente estudo respeitou os princípios éticos da Declaração de Helsinque. Tendo em vista que se trata de um estudo autoetnográfico, sem a identificação de sujeitos, o presente relato dispensou a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa e a necessidade da aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. Resultados e Discussão

À medida que o coronavírus avançava na China causando um número de mortes cada vez maior, o mundo começava timidamente a ficar atento a essa nova doença. Naquele momento, o vírus foi subestimado por médicos e pessoas influentes no país. Observava-se que a China construía um hospital de campanha em apenas dez dias para combater o coronavírus e, devido à impressão de tamanha rapidez e eficiência, havia o questionamento se era possível repetir o mesmo no Brasil. No entanto, nesse momento, o país estava às vésperas da maior festa popular e o foco estava voltado para o carnaval. Assim, ao invés de as primeiras medidas de combate serem tomadas, as pessoas se aglomeravam nas ruas. Não havia noção do que estava por vir.

O tempo passou e o foco agora era a Itália. O vírus tinha ultrapassado fronteiras continentais. A Europa apresentou o *lockdown*, cenas de como a vida era a partir daquele momento inundavam os noticiários: filas nos estacionamentos dos supermercados

aguardando sua vez para compras de mantimentos, cantorias nas sacadas para diminuir o impacto do isolamento social. Logo a seguir, era a vez da América. Nova York agonizava com hospitais lotados, além da falta de ventilador mecânico e profissionais de saúde esgotados com o trabalho estressante. Nesse momento, não havia mais dúvida: era questão de tempo da chegada do vírus ao país.

O primeiro momento de sensibilidade pessoal ocorreu ao presenciar uma fila de caminhões transportando caixões com vítimas do coronavírus. Com expectativa de vida alta na região norte da Itália e um número de idosos significativo, a doença não perdoou. Os hospitais não estavam dando conta de tanta gente necessitando de respirador mecânico. Mortes começavam a acontecer não só pela agressividade do vírus, mas também pela falta de recursos médico-hospitalares. Médicos tinham que decidir quem vivia e quem morria. As mortes na Espanha, na França, no mundo só aumentavam.

A palavra empatia, do grego *empathia*, significa reconhecer o sentimento do outro e refere-se a uma resposta cognitiva e emocional a uma experiência vivida por uma outra pessoa (Davis, 1983). Começou, portanto, a reflexão nesse cenário pandêmico, como a atitude empática, construída ao longo de uma formação profissional, ultrapassando a relação médico-paciente.

Começam a sair as primeiras publicações em revistas cientificamente respeitadas, muitas delas recheadas de críticas pelos múltiplos vieses em seus estudos. No Brasil, saem os primeiros protocolos das renomadas instituições sugerindo como se deveria conduzir a doença. As orientações gerais indicavam a importância das redes de cuidado e dos padrões urbanos para ampliar ou conter as escaladas de disseminação do vírus (Jardim & Buckeridge, 2020).

Em meados de março, como testemunho pessoal, foram vistas as primeiras iniciativas na direção de estabelecer medidas restritivas para o isolamento domiciliar: fechamento de escolas, comércio, entretenimento. Somente serviços essenciais a partir deste momento deveriam funcionar. Os hospitais também iniciavam um plano de isolar leitos dedicados para suspeitos e confirmados com COVID-19.

Como em vários locais do planeta, a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI) se tornou um dos principais problemas enfrentados entre os profissionais de saúde do Brasil. Seguindo padrões internacionais, iniciou-se a procura do principal

equipamento de proteção individual: a máscara. Para os profissionais de saúde, a máscara recomendada N95 tornou-se um objeto precioso e não era encontrada nem para aquisição privada nas lojas. Essa necessidade de garantir a prevenção do contágio dos trabalhadores e condições adequadas de trabalho estava colocada como elemento central para viabilizar uma atuação profissional psiquicamente estável e motivada, dada a gravidade do contexto (Huh, 2020).

Sentimentos de angústia e ansiedade, além de traumatização tanto direta (dermatites, reações alérgicas pelo uso do álcool gel, suor excessivo devido ao uso prolongado de roupas, lesões na face pelo uso constante de máscaras), quanto indireta entre os profissionais de saúde, devido às altas cargas de trabalho e ausência de equipamentos de proteção foram alguns dos primeiros resultados encontrados nesses meses de pandemia (Li, *et al.*, 2020). Com relação ao EPI, dois problemas se destacaram: a escassez e o uso inadequado (Cook, 2020). Eram disponibilizadas máscaras cirúrgicas por longas horas sem a devida troca necessária. Diariamente novas regras eram determinadas, adaptadas à condição do estoque do momento.

A experiência profissional embora empática, passa a ser atravessada pelo medo. Medo de ir trabalhar, medo de contaminar a família, medo de perder os colegas mais ou menos vulneráveis. Cada vez que chegava ao trabalho e, ao se deparar com a obrigação de usar um equipamento inadequado, emergia a possibilidade de desistir, de ir para casa e abandonar a luta. Com medo e correndo alto risco de contaminação, as primeiras semanas dessa batalha foram enfrentadas.

Além de trabalhar em situações inseguras, os profissionais sentiam-se angustiados pela incerteza do tratamento clínico, além da falta de precisão das informações sobre a evolução da pandemia (Smith, Fowie, & Li, 2020). Muitos profissionais afirmavam que a maior preocupação era levar a infecção para suas famílias. Relataram também que a não colaboração dos pacientes estava lhes causando sofrimentos psicológicos, pois muitos não respeitavam as medidas preventivas, conseqüentemente, aumentando as chances de superlotação das unidades hospitalares. As equipes informaram suas preocupações em relação à disponibilidade de equipamentos de proteção e a sensação de impotência frente aos pacientes graves.

A maioria dos profissionais de saúde não possuíam treinamento adequado para combater a doença, representando uma das principais aflições observadas na equipe de pediatras. Era um cenário de incertezas, com a presente ameaça de colapso do sistema de saúde, falta de uma coordenação nacional de cuidados em saúde, uma profunda desigualdade territorial, de renda, de condições de vida e de proteção social. Doação de uma loja de material médico-hospitalar que disponibilizou todo o estoque de máscaras N95 foi possível em um dos referidos hospitais. Essa perspectiva coloca em evidência a importância da articulação da sociedade civil para promover ação coletiva de luta contra um inimigo comum, se deslocando das lógicas binárias e de polarização que vem estruturando nossa cultura (Andion, 2020).

Foram inauguradas áreas dedicadas à pacientes suspeitos e confirmados com COVID-19 que foram aos poucos sendo ocupadas. Pela primeira vez, foi possível a aproximação com um paciente com COVID-19: o vírus tinha chegado finalmente até o local. Pouco tempo depois, foi realizada uma intubação da primeira criança suspeita com quadro respiratório grave que logo após foi confirmado o vírus da COVID-19: estava ali a primeira criança grave do Estado de Sergipe. Agora sim, havia o contato direto com o vírus, além da realização de um procedimento potencialmente contaminante. Logo, surgiram os primeiros sintomas: cefaleia, dores no corpo e febre. Medo, desespero, tensão, angústia permearam o psicológico até realizar o exame e sair o resultado.

Ao se deslocar para o local de realização do teste RT-PCR, reflexões surgiam sobre ser o último momento, a última vez. Pensamentos sobre o “vidro fosco” nos pulmões e indicação de internamento. Pensamentos sobre a dessaturação e indicação de intubação e ventilação mecânica. Pensamentos sobre o fim. 24h de espera até o resultado que negativo: alívio imenso. Esse conjunto de experiência colocou em circulação a reflexão sobre os processos de cuidado pessoal, antes automatizados. A partir dessa data, foi adotada a conduta de não tocar mais nos olhos, boca e nariz, em hipótese alguma, e de usar em 100% do tempo durante a estada em ambiente hospitalar a máscara N95 e todos os demais itens recomendados.

Foucault (2004), filósofo francês contemporâneo, se inspirou nos gregos para problematizar a noção de ética. Para estes, a experiência de cuidado de si se estabelece a partir das liberdades individual e cívica que tem o cuidar de si como preocupação essencial. Contudo, cuidar de si, se coloca como uma atitude crítica de reinvenção de si

mesmo nas relações, envolve o conhecimento sobre si mesmo, seus limites e possibilidades que garanta a liberdade e o cuidado do outro. Na experiência da pandemia, o medo me trouxe a necessidade de cuidado e isso estava constituído como uma atitude ética e não como uma fragilidade psíquica, mas como força.

Cada criança que chegava à urgência era prontamente classificada em respiratória ou não. Ao entrar na área dedicada, o semblante da mãe e responsável era o de tensão, o de medo. As dúvidas sobre a nova doença, as novas condutas apresentadas, o isolamento dos outros pacientes e do mundo eram a todo momento indagados. A equipe de saúde também preocupada, afetada empática e eticamente, reagia com a dúvida e a incerteza se aquele tratamento iria ser efetivo ou não.

O assistir aos pequenos pacientes, que na maioria das vezes não tinham ciência do que estava se passando naquele momento delicado da humanidade, foi uma experiência difícil e desafiadora. A paramentação obrigatória do profissional assustava a criança. O contexto lúdico do atendimento pediátrico era trocado por um cenário frio e assustador. Era evidente que a relação médico-paciente estava cada vez mais distante, o medo fazia com que a consulta se tornasse menos humanizada. O sentimento de culpa também era visível nos rostos dos pais, visto que em muitas ocasiões eles próprios eram os responsáveis pela transmissão do vírus.

Os dias foram passando e começaram as mortes vítimas da COVID-19 no Estado de Sergipe, nos hospitais deste relato, as mortes de colegas médicos. Muitos próximos chegaram a situações bem críticas, muitos dias intubados, drogas vasoativas, muitos ficaram entre a vida e a morte. Muita espera pelo chamado “pico da doença”, que só chegou cinco meses após o primeiro caso. 150 dias incansáveis de luta até perceber que a curva estava caindo. 150 dias onde era presenciado colegas positivando duas vezes, colegas afastados por 14 dias de seus empregos para cumprir o isolamento domiciliar.

Curiosamente, aos poucos a vida vai tentando voltar ao normal, ou melhor, adaptar-se a um normal que demanda resiliência, resistência, ética e cuidado de si. Planos de retomada gradativa em todos os locais foram implantados. Aos poucos a rigidez na nossa mente vai se liberando e a tensão vai diminuindo.

O cuidado dos pediatras entre si foi essencial para a execução de ações nas unidades com empatia e controle emocional diante do pânico causado pela pandemia. Um

cuidado que implicava a necessidade de uma equipe de trabalho bem informada, apta a desenvolver ações psicoeducativas, pois além do vírus, tem sido necessário combater a desinformação, as *fake news* e, por vezes, investir numa mudança de crença pessoal. Além das crianças em processo de adoecimento, as mães e cuidadores, imersos nesse universo de incerteza demandaram da pediatria ações de escuta, acolhimento e oferecimento de instruções na busca do cuidado ético.

Ficou evidente o protagonismo não só do médico, mas também de todos os profissionais de saúde, sendo indispensável para o funcionamento do conjunto de ações. Ressalta-se a habilidade técnica assistencial e científica desses profissionais, assim como sua sensibilidade de cuidar e ser cuidado, de gerenciar e empoderar toda a equipe. Nesse clima de tensão causado pela pandemia, foi possível estabelecer um ambiente de trabalho harmonioso, alcançando a ressignificação das relações e dos processos de trabalho.

Reafirmar o papel de cada profissional integrante das equipes de saúde e cuidar dos aspectos relacionados à saúde física e mental desses profissionais são ações de fácil implementação, que contribuiriam no enfrentamento da COVID-19. É possível se reinventar mesmo na crise, adaptar-se em situações críticas, superar desafios e garantir atenção à saúde de qualidade à população. Após passarem a experimentar situações adversas em seu ambiente de trabalho e no convívio familiar, o estado psicológico dos profissionais de saúde foi afetado significativamente. É possível que a pressão psicológica possa causar maiores danos que o próprio vírus.

4. Considerações finais

A experiência de trabalho como pediatra no contexto da pandemia da COVID-19 demanda uma condução ética e empática que envolve preocupação específica com a saúde mental do médico e da equipe. O contexto esteve marcado pelo risco do vírus, mas também pela desinformação e vulnerabilidade das condições de trabalho que se colocam frente a exposição prolongada às situações de contágio. O conjunto da experiência mostra a importância do trabalho em equipe, mas também um cenário cotidiano de alta pressão psicológica, concordante com os estudos encontrados na literatura.

Diante dessa turbulência emocional vivenciada pelas equipes de pediatras, é necessário oferecer medidas de proteção adequadas para esses profissionais. O suporte psicológico é uma dessas estratégias que deveria ser implantado em todos os serviços de

saúde, a fim de minimizar a sobrecarga emocional, visto que a redução da ansiedade ocasionada pelo medo de se contaminar melhora.

A principal contribuição deste estudo foi mostrar que através da prevenção, da elaboração de estratégias, da união da equipe e da ajuda do suporte psicológico podemos sair vitoriosos dessa guerra e deixar um legado para as gerações futuras.

Observa-se limitação quanto à abrangência da experiência aqui narrada, pois apesar de se tratar de um profissional da linha de frente no combate ao novo coronavírus, este relato limita-se às condutas adotadas e percebidas pelo mesmo em seus locais de trabalho, não abrangendo outros profissionais de diferentes áreas nem outras unidades de saúde que podem ter experiências distintas, talvez com maior nível de tensão e desarticulação, impactando de diversas maneiras a efetividade e eficiência das ações. Finalmente, como se trata de uma doença ainda em estudo e com novas descobertas diariamente, as ações aqui narradas apresentam limitações pela própria inexperiência dos profissionais que conduzem os serviços de saúde frente ao manejo da COVID-19. Assim, sugere-se novos estudos sobre o impacto da pandemia na perspectiva dos pediatras das diferentes regiões do país.

Referências

- Andion, C. (2020). Atuação da sociedade civil no enfrentamento dos efeitos da COVID-19 no Brasil. *Rev. Adm. Pública*, 54 (4), 936-51.
- Carvalho, AP, et al. (2020). *Novo coronavírus (COVID-19)*. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento científico de infectologia.
- Castagnoli R, et al. (2020). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Children and Adolescents: A Systematic Review. *JAMA Pediatr*, 174 (9), 882-889.
- Cook, TM. (2020). Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic - a narrative review. *Anaesthesia*, 75 (7), 920-7.
- Daltro, M, & Segundo, JDB. (2020). A pandemia que nos mostra quem somos? *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 9 (1), 5-8.
- Daltro, MR, & Faria, AA. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19 (1), 223-237.
- Davis. MH. (1983). Measuring individual difference in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Person Soc Psychol.*, 44, 113-26.

Dong, Y, et al. (2020). Epidemiology of COVID-19 among children in china. *Pediatrics*, 145 (6), e20200702. Recuperado em doi:10.1542/peds.2020-0702

Fiocruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. (2020). *COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente*. Recuperado de <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencaocrianca/covid-19-saude-crianca-e-adolescente>

Foucault, Michel. (2004). *Ética, sexualidade e política* (Ditos e Escritos, V). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Franco, AG, Franco, ABG, Carvalho, GAP, Ramos, EV, & Dias, SC. (2020). Surgical masks in times of coronavirus. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, 3, e202003003. Recuperado de <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.73>

Guimarães HP, et al. (2020). *Coronavírus e Medicina de Emergência: Recomendações para o atendimento inicial do Médico Emergencista pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)*. Recuperado de https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/POSICIONAMENTO_ABRAMEDECORONAVIRUS_-_03-__10032020.pdf

Huh, S. (2020). How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. *J Educ Eval Health Prof*, 17, 10. Recuperado de <https://doi.org/10.3352/jeehp.2020.17.10>

Jardim, VC & Buckeridge, MS. (2020). Análise sistêmica do município de São Paulo e suas implicações para o avanço dos casos de Covid-19. *Estudos avançados*, 34 (99), 2020.

Li, Z, et al. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun.*, 88, 916-919.

Smith, GD, Fowie, NG, & Li WHC. (2020). COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *J Clin Nurs.*, 29, 1425–8.

The Lancet. (2020). *COVID-19: protecting health-care workers*. Recuperado em <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930644-9>

Tuñas, ITC, Silva, ET, Santiago, SBS, Maia, KD, & Silva-Júnior, GO. (2020). Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19): Uma abordagem preventiva para Odontologia. *Revista Brasileira de Odontologia*, 77, e1766. Recuperado em <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/1776/pdf>

Usher, K, Bhullar, N, & Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *J Clin Nurs.*, 29 (15-16), 2756-7.

Viner, RM, & Whittaker, E. (2020). Kawasaki-like disease: emerging complication during the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 395 (10239), 1741-1743.

APÊNDICE C – ARTIGO 3

Artigo intitulado “Percepções de pediatras sobre questões de gênero na prática profissional” e submetido à revista Bioética.

Percepções de pediatras sobre questões de gênero na prática profissional
Percepciones de los pediatras sobre las cuestiones de género en la práctica
professional

Pediatricians' perceptions of gender issues in professional practice

Resumo

A medicina vem apresentando uma crescente expansão da mão-de-obra feminina. Apesar de uma maior valorização e confiança em mulheres nos espaços pediátricos, as violências de gênero fazem parte da agenda de saúde. Este estudo objetivou investigar como os pediatras percebem as vivências de gênero no cotidiano do trabalho discutindo os efeitos desse na prática profissional. Estudo descritivo, exploratório e qualitativo, realizado em um hospital universitário com 14 pediatras do serviço de urgência e emergência. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas virtualmente investigando dados sociodemográficos, percurso formativo e profissional. As narrativas foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo. Foram formadas cinco categorias: escolha pela especialidade; maternidade; lugar de acolhimento; violências; o médico homem. Observa-se que pediatras constroem seu cotidiano profissional a partir de valores conservadores de ancoramento patriarcal e machista. O conjunto das narrativas colocam a importância do enfrentamento da desigualdade de gênero no âmbito da formação médica.

Palavras-chave: Pediatria. Gênero e saúde. Iniquidade de Gênero.

Resumen

La medicina viene mostrando una creciente expansión de la fuerza de trabajo femenina. A pesar de una mayor valoración y confianza en las mujeres en los espacios pediátricos, la violencia de género forma parte de la agenda sanitaria. Este estudio tuvo como objetivo investigar cómo los pediatras perciben las experiencias de género en el trabajo diario, discutiendo sus efectos en la práctica profesional. Estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo, realizado en un hospital universitario con 14 pediatras del servicio de urgencias y emergencias. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron de forma virtual, indagando datos sociodemográficos, formación y antecedentes profesionales. Las narrativas fueron analizadas utilizando el método de Análisis de Contenido. Se formaron cinco categorías: elección por especialidad; maternidad; lugar de recepción; violencia; el médico varón. Se observa que los pediatras construyen su rutina profesional a partir de valores conservadores de anclaje patriarcal y sexista. El conjunto de narrativas enfatiza la importancia de enfrentar la desigualdad de género en el ámbito de la formación médica.

Palavras clave: Pediatría. Género y Salud. Inequidad de Género.

Abstract

Medicine has been showing a growing expansion of the female workforce. Despite a greater appreciation and trust in women in pediatric spaces, gender violence is part of the health agenda. This study aimed to investigate how pediatricians perceive gender experiences in daily work, discussing its effects on professional practice. Descriptive, exploratory and qualitative study, carried out in a university hospital with 14 pediatricians from the urgency and emergency service. The semi-structured interviews were carried out virtually, investigating sociodemographic data, training and professional background. The narratives were analyzed using the Content Analysis method. Five categories were formed: choice by specialty; maternity; place of reception; violence; the male doctor. It is observed that pediatricians build their professional routine based on conservative values of patriarchal and sexist anchorage. The set of narratives emphasize the importance of confronting gender inequality within the scope of medical training.

Keywords: Pediatrics. Gender and Health. Gender Inequality.

Introdução

A medicina, desde sua origem, é ocupada majoritariamente por homens. No entanto, embora estes constituem sendo o maior contingente de médicos no Brasil, a profissão vem apresentando uma crescente expansão da mão-de-obra feminina, configurando uma tendência da feminização da medicina no país ^{1,2}.

Segundo a Demografia Médica no Brasil, em 2020, os homens representaram 53,4% do quantitativo de médicos, comparado com 57,5% e 69,2%, em 2015 e 1990, respectivamente. Ao analisar os dados por faixa etária, as mulheres predominam entre os grupos mais jovens, correspondendo a 58,5% de médicos até 29 anos e 55,3% entre 30 e 34 anos. Entre 35 e 39 anos, verifica-se um equilíbrio entre os gêneros, com 49,7% de mulheres ².

Em relação às especialidades, a pediatria corresponde a segunda área médica com o maior quantitativo de mulheres especialistas (74,4%) ². Essa tendência pode ser reflexo de alguns aspectos relacionados à identidade, personalidade e comportamentos estruturados ao longo do processo histórico nas mulheres ¹. Verifica-se que a valorização dos fatores psicossociais, a realização de uma assistência com foco no paciente e o fortalecimento da relação médico-paciente, com a possibilidade de desenvolver relações mais prolongadas, apresenta maior predomínio em mulheres ³⁻⁵.

Tendo em vista que o processo de socialização difere entre homens e mulheres, as mulheres podem apresentar diferentes tendências em relação aos homens assim como diferentes modos de manejar o cuidado e a comunicação no âmbito da prática de cuidado, perspectiva que, segundo a literatura, reflete a escolha do pediatra, pelos pais e pela criança, com evidente preferência pelo gênero feminino ⁶.

A figura da profissional mulher pode ser associada a maior confiança dos pais devido ao maior potencial das mulheres lidar com as crianças e com a família por meio de atitudes empáticas, as quais estão mais presentes no gênero feminino ⁶⁻⁸. Essa realidade acaba por repercutir numa maior valorização e confiança em mulheres nos espaços pediátricos ⁶.

Entre os mitos construídos pelo patriarcado sobre a mulher, a maternidade enquanto categoria ficcional foi o mais difundido e naturalizado, afirmando essa como definidora da identidade da mulher circunscritas a ideia de cuidado, sensibilidade e abnegação. Essa noção de maternidade como instituição sustenta efeitos reducionistas e nocivos para a vida profissional da mulher, organizando hierarquias e conferindo valores a um sistema de gênero promotor de violências e desqualificações ⁹.

As violências de gênero fazem parte da agenda de saúde, desse modo, é de grande importância analisar como esse tipo de violência, que encontra respaldo na cultura patriarcal, muitas vezes, sedimentada institucionalmente e reproduzida pelos seus agentes, afeta o cotidiano das/dos profissionais de saúde da área da pediatria. Faz-se necessário investigar como os pediatras percebem as vivências de gênero no cotidiano do trabalho discutindo os efeitos desse na prática profissional.

Metodologia

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no Hospital Universitário no Nordeste do Brasil. Foram entrevistados todos os 14 pediatras do serviço de urgência e emergência pediátrico. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas virtuais entre fevereiro e abril/2021 investigando dados sociodemográficos, percurso formativo e profissional e as narrativas analisadas pelo método de Análise de Conteúdo ¹⁰. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS), sob parecer número 4.530.759 e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Utilizou-se nomes dos personagens das obras

literárias de Jorge Amado, que descreve mulheres empoderadas e dispostas a realizar mudanças na sua comunidade.

Resultados

A análise das narrativas através da análise de conteúdo identificou cinco categorias temáticas, identificadas no quadro 1, sequencialmente discutida de forma interrelacionadas:

Quadro 1. Categorias temáticas de percepções de pediatras sobre a questão de gênero

Percepções de pediatras				
Escolha pela especialidade	Maternidade	Lugar de acolhimento	Violências	O médico homem

Discussão

A população do estudo foi constituída por 14 pediatras, dos quais três eram do gênero masculino e 11 do gênero feminino, com idade variando entre 29 e 53 anos. A maior parte declarou-se como raça negra (pardas e pretas), estado civil casado e sem filhos.

Estudos demonstraram que o gênero possui influência na escolha da especialidade em medicina de forma que os homens têm maior preferência pelas áreas da cirurgia geral e ortopedia, enquanto as mulheres preferem pediatria, obstetrícia e ginecologia¹¹⁻¹³. No presente estudo, ao serem questionados sobre a motivação da escolha da pediatria, os participantes não mencionaram a influência do gênero.

A pediatria pode atrair mulheres pela associação histórico-cultural do cuidado com a maternidade, sendo esta mencionada como um fator contribuinte na escolha da pediatria:

Sempre quis ser mãe, sempre gostei muito de criança, eu acho que facilitou muito a minha escolha (Lívia).

A imagem da mulher como cuidadora é projetada para as funções que desempenham o acolhimento. A construção sociohistórica e cultural do papel da mulher-mãe revela a percepção de que essa figura é detentora de um saber informal atrelado à ideia de maternidade compulsória, que reduz as mulheres à função reprodutiva e de

responsável pelos cuidados com os filhos, premissa que serve para manutenção das mulheres no ambiente doméstico, mesmo quando ocupam funções no mundo público⁹.

É importante analisar o lugar da paternidade nesse cenário profissional majoritariamente feminino onde a experiência de paternidade é desapartada da ideia de cuidado. Além disso, a experiência prática das/dos profissionais destacadas(os) por essa pesquisa aponta que quem faz a escolha e leva a criança até ao pediatra, na maioria das vezes, é a mulher e, muitas vezes, não gostam que seus filhos/filhas sejam atendidos/atendidas por pediatras homens. A respeito da influência do gênero na escolha da/do pediatra, a participante expõe:

Influencia de algumas formas, influencia porque a maioria dos cuidadores que leva a criança no hospital é mulher, influencia porque a gente consegue ter essa empatia como eu te falei, de se colocar no lugar, de colocar no lugar não, mas de entender o lugar da mãe, consegue ter uma sensibilidade do feminino de compreender a rotina de uma mulher numa família (Dora).

Esse padrão cultural que afasta os homens das funções do cuidado é transmitido em diferentes sociedades e gerações, pois é sustentado pelos processos educacionais informais e formais que passam a reproduzir formas de hierarquia sexual e desigualdade de gênero, especialmente, no que concerne aos cuidados com os filhos. Esta pesquisa assinala que tal lógica discursiva está presente no cotidiano e sem dúvida se coloca como uma questão a ser enfrentada pela formação médica¹⁴.

A associação da figura mãe com a profissional pediatra é também visualizada por outra entrevistada, o que revela que existe uma espécie de espelhamento entre a experiência da maternidade e a prática profissional reafirmando essa associação entre maternidade, feminino e cuidado:

Pediatria você tem que ter paciência com a mãe, não é? [...] Se eu já tinha paciência com as mães, depois que eu me tornei mãe, a paciência acho que aumentou mais ainda (Gabriela).

As narrativas construídas mencionam também a empatia como uma característica essencial para a pediatria, como estratégia para otimizar a comunicação com a criança e sua família. Estudos mostram que ser do sexo feminino e estado civil casado é um importante preditor da empatia pelo médico e estudantes de medicina^{7,8}. Essa ideia demonstra o quanto está entranhada a cultura patriarcal na sociedade que, muitas vezes, exclui automaticamente a profissional que não se enquadra nesse padrão, o que contribui

para uma medicina que se sustenta em elementos de natureza excludente que secundarizam o lugar técnico do trabalho da mulher na medicina.

Os relatos a respeito da importância da empatia no contexto profissional foram colocados apenas por mulheres, em sua maior parte, casada ou em união estável.

[...] eu acho que a minha comunicação é muito boa, até por me colocar muito no lugar da pessoa, tentar me colocar, e vê que ali está uma situação vulnerável da família e da criança (Don'Ana).

Na percepção das entrevistadas, ser mulher, qualifica sua compreensão da realidade da paciente, pois se mostra atenta e sensível a uma situação de vulnerabilidade em relação à mãe e criança, o que acaba gerando identificação e conexão. As habilidades e qualidades femininas convencionalmente aceitas, de acordo com os valores heteropatriarcais, são utilizadas como critérios de preferência para a escolha da profissional e acabam por interferir na relação médico-paciente. Este comportamento mostra como opera a desigualdade no que se refere a preferência por determinado gênero em diferentes funções e evidencia a segregação técnica, social e política do trabalho, o que contribui incisivamente para a desvalorização de determinadas profissões. Acerca da temática exclusão dentro da profissão, uma participante expôs:

Eu acho que ser mulher na Pediatria, às vezes, se sente menos excluídas. Essa é a impressão que eu tenho, porque, elas vêm com a pergunta 'você também tem filho?' Então, elas querem saber se você se sente como elas, entendeu? Então, como essa pergunta é frequente, não acho que o fato de só ser, mas acho que o de ser mãe, para algumas mães conta, no sentido de 'não, ela entende o que eu estou falando' (Eugênia).

De acordo com a narrativa, o aumento exponencial de mulheres na pediatria, por sua vez, é percebido por uma das participantes como um fator positivo por se sentirem menos excluídas. Essa afirmativa sugere que há exclusão e discriminação em razão do gênero no cotidiano da mulher médica e a pediatria, mesmo com seus contornos patriarcais, se constitui como um *locus* de maior segurança. A possibilidade de engravidar na pediatria, diferentemente do que ocorre em outras áreas da medicina, possibilita que sejam reconhecidas pelas/pelos suas/seus pacientes, que por exercerem a maternidade se sentem valorizadas e legitimadas.

A autora Chimamanda Ngozi Adichie ¹⁵ (p.13-15) ensina que o problema da questão de gênero é a premissa que determina “como devemos ser, em vez de reconhecer

como somos”. Desse modo, é gerado pela sociedade patriarcal o peso das expectativas do gênero que recaem sob as mulheres, sufocando cada vez mais a liberdade de poder escolher e realmente poder ser quem se é.

Em uma sociedade machista, muitas mulheres deixam de realizar coisas em razão do gênero, perspectiva que se coloca presente na medicina especialmente no campo da escolha pelas especialidades ¹⁶. Muitas vezes, a escolha da profissão baseia-se nos valores que conservam as expectativas de uma maternidade compulsória, isto é, ideia que sustenta a expectativa social em relação a pessoa do sexo feminino quanto à maternidade, posto que, nesta acepção, o seu corpo foi projetado para isso e instintivamente demanda por essa experiência como primazia da reprodução. Essa ideia sequestra da mulher a liberdade de escolha pela maternidade ⁹.

As profissionais pediatras relataram que a sua profissão carrega, muitas vezes, estigmas em virtude de uma construção social relacionada à desigualdade de gênero, o que influencia na busca dos atendimentos pelos pais e acaba interferindo nas relações com a equipe de saúde e com usuários dos serviços que se tornam dificultosas. Assim, expõe a participante:

Então, eu creio que sim. Existe, querendo ou não um preconceito que está meio que enquadrado ali na sociedade, de que a maioria também das pediatras acabam sendo mulheres. Então, a gente percebe no nosso dia a dia que, infelizmente, não acho que seja uma reação correta e adequada, não acho que haja diferença no tratamento, mas muitas vezes os pais acabam procurando pediatras do sexo feminino, isso influencia (Tieta).

Diante dessa narrativa em relação às escolhas das mães, é preciso ainda considerar o contingente alto de mulheres mães solas no Brasil, que são arrimo de família, que muitas vezes tomam essas decisões considerando a sua realidade e pela ausência de referências paternas em suas vidas. As estatísticas do IBGE apontam que, em 2018, havia no Brasil aproximadamente 11,5 milhões de mulheres que assumiam sozinhas a responsabilidade pela educação e cuidados dos seus filhos ¹⁷.

Mesmo em um cenário ocupado em sua maioria por mulheres, a violência de gênero também se desdobra nas relações profissionais nessa área, assim como nos atendimentos. É urgente a adoção de condutas que coíbam o assédio moral no ambiente de trabalho, violência que se revela em reiterados comportamentos de ofensa à dignidade

da/do profissional, causando-lhe dano ou sofrimento psíquico, por meio do abuso do exercício de emprego, cargo ou função.

Apesar do aumento do quantitativo de mulheres na medicina nos últimos anos e do avanço da luta por equidade de gênero nas instituições médicas, as profissionais ainda sofrem discriminação de gênero¹⁸. Em relação a essa situação, as pediatras pontuaram:

Agora, algumas vezes, isso já foi um problema para mim, ser mulher e está atendendo uma criança, quando um pai esteve presente e um pai tentou me oprimir por ser mulher, sabe? Já me senti, algumas vezes, violentada nesse sentido assim, de ter uma ameaça porque ele era homem e eu era mulher. Então, tem alguns caminhos mesmo no ser mulher, nessa profissão e nessa, apesar de ser, por exemplo, eu acho que sendo médica mulher, acho que ser uma ortopedista, por exemplo, deve ser muito mais difícil do que ser pediatra. Justamente por isso que eu te falei que a maioria dos acompanhantes das crianças é mulher, então, é mais fácil manter esse diálogo e não ter essa possibilidade de ser violentada dessa forma que eu lhe relatei (Dora).

As estratégias de violência de gênero no ambiente de trabalho evidenciam-se no tratamento de forma infantilizada, como se as mulheres fossem incapazes de compreender uma linguagem mais formal ou até mesmo técnica. Além de tudo, não são respeitadas, sendo desqualificadas e questionadas quanto a sua competência profissional. Por isso, é comum ocorrer a descredibilização da profissional médica em outras especialidades em razão do gênero – o que inclui seu corpo – conforme expôs a participante a seguir:

Como mulher, sim. Existe ainda uma compreensão na sociedade que o médico é homem. E pelo meu tamanho é minha cara de criança mesmo, é por isso que eu me auto afirmo como médica, porque quem me olha não acha que eu tenho idade para ser médica. E no hospital ainda fico mais camuflada ainda, de touca, de máscara, então, realmente, todo mundo agora é parecido e as roupas são roupas privativas que não tem identificação. Então, hoje ainda mais, há essa necessidade de eu me apresentar porque não tem nenhuma identificação de que eu sou a médica, mas mesmo quando eu tinha identificação eu me apresentava também por causa da fisionomia que não indicada para médica. Lá no Hospital Universitário a gente atende com os internos, e inúmeras vezes os pacientes direcionado aos internos, principalmente homens, como médico e eu era reconhecida como a estudante (Tereza).

Essa fala denuncia a necessidade de se desconstruir determinados preconceitos que vinculam a imagem profissional a uma figura expectada por uma medicina tradicionalmente composta por homens brancos, o que exclui a possibilidade de um ambiente profissional inclusivo e constituído por diferentes identidades de gênero, etárias e raciais. Muitas vezes esse imaginário social relacionado a figura do médico encontra

respaldo em padrões culturais que sustentam o preconceito de gênero, raça e classe e causam exclusão, sofrimento e violências veladas ou explícitas.

A questão de gênero também se impõe no manejo da clínica que implica o *Manual de Orientação à Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra*, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria ¹⁹, em que se determina que na primeira consulta é fundamental pontuar que a pessoa central daquele atendimento é a criança/adolescente, esclarecendo, assim, quais são os seus direitos ao sigilo, privacidade, confiabilidade. Contudo é fato que nenhum manual ensina sobre os limites da ética no processo do toque físico, cujos valores morais podem e devem ser ensinados no âmbito da academia, mas demandam o estabelecimento de uma cultura sensível às preocupações éticas e isso implica uma atenção especial ao lugar das diferenças de gênero na cultura. Participantes da pesquisa do gênero masculino manifestaram em suas falas que sentem o desconforto de alguns pacientes do gênero feminino realizarem o exame físico:

Muitas vezes, assim, o exame físico, se a gente vai para examinar uma menina, ou vai examinar a genitália, a menina pode ficar um pouco receosa, mas, assim, eu deixo muito bem à vontade, se ela, se a criança não sentir bem, eu pergunto 'sua mãe vai tirar a calcinha, que eu preciso examinar, para ver como é que está, se está tudo bem'. Mas aqui, se a criança não quer, eu não insisto, e falo 'mãe é melhor a senhora procurar depois uma médica, mulher, para que veja isso'. Mas, assim, é bem raro isso acontecer, é muito raro isso acontecer, geralmente, quando ela chega lá no exame físico já está mais segura, e menino ou menina não tenho maiores problemas em examinar não (Guma).

A narrativa expressa a importância de respeitar os limites do corpo da pessoa submetida ao exame físico, considerando que por medo, vergonha ou desconforto com um pediatra do gênero masculino. Esse relato é de extrema relevância para os profissionais de saúde, visto que essa experiência pode se desdobrar em traumas na vida da/do paciente trazendo-lhe sofrimento psíquico diante de uma experiência que acarretará em uma memória de dor. Compreender o corpo como um campo de produções subjetivas, marcado por histórias e vivências singulares e compreender a força do machismo na cultura ajuda na leitura das reações de um corpo a ser examinado, principalmente se esse avaliador é um homem.

A ideia do homem como alguém que pode ameaçar e não escutar está colocada no cotidiano do médico de gênero masculino também:

Talvez a parte de ser homem influencie um pouco, porque geralmente, assim, o que eu percebo, assim, como no meio da Pediatria tem muita mulher, é muito mais mulher do que homem, muitos acompanhantes preferem mulheres. Isso não acontece comigo na minha prática do consultório, por exemplo, mas eu já tive no serviço público, pessoas que dizem, eu não quero ser atendida por ele, porque ele é homem, entendeu? E isso me deixa extremamente triste, inclusive, porque não quer nem ver a confiança ainda, não quer nem tentar a confiança, meio que já bloqueia, eu acho muito ruim, mas, então, por isso o fato do gênero talvez tenha um pouco de dificuldade. Não é muito não, mas existe. [...] Eu acho que mais em relação ao gênero, porque a Pediatria tem muita mulher e eu acho que acabam preferindo mulher, não sei se por pensar que a mulher seja mais doce ou tente conduzir de uma forma mais agradável. Enfim, a única coisa que eu percebi foi isso (Antônio).

O preconceito de gênero acaba por frustrar alguns pediatras homens que são automaticamente rotulados por um padrão de masculinidade que performa a figura do pai provedor, autoritário ou apenas responsável financeiramente pelo sustento da família, incapaz de ser sensível, configurando o protótipo imaginário aquele que se exime de outras tarefas do exercício da paternidade como educação, afeto e cuidado. Esse estereótipo evidencia a disparidade de funções exercidas entre homens e mulheres na sociedade patriarcal. Assim, a figura do pai como protagonista, cuidador, afetivo, aquele que assume responsabilidade na vida dos filhos, é automaticamente excluída desse modelo profissional conservador.

Outra perspectiva que chama a atenção é a importância da discussão acerca das estratégias que visam ampliar e estimular a inclusão, a participação e o protagonismo do pai e da mãe nos cuidados com os filhos, para a desconstrução do modelo centrado na participação exclusiva da mãe²⁰. Em relação à criança, podem haver diversos fatores que influencia na preferência pela pediatra mulher, essa diferença é pontuada pelo participante:

É diferente, a criança, quando ela vê, ela é atendida por um homem, ela tem... ela tem uma... algumas crianças, nem todas, algumas crianças... elas quando são atendidas por alguém do gênero masculino, elas reagem de uma forma e quando... quando são atendidas pelo gênero feminino agem de outra forma, mas isso é muito individual. Tenho resposta de criança para criança, tem criança que fica praticamente só aos cuidados femininos e que quando chega alguém do sexo masculino estranha um pouco, mas acontece o contrário também, em menor quantidade (Pedro).

É de grande importante que o profissional pediatra estimule o desenvolvimento da criança, respeitando os seus limites, para que ela adquira autoconfiança, autoestima e

possa se relacionar bem com outras crianças, com a sua família e com a sua comunidade. No entanto, a falta de identificação com pediatras do gênero masculino pode estar associada a diferentes contextos, como o abandono afetivo paterno, situações de abuso, ou até mesmo a ausência de referências de figuras masculinas que exerçam o cuidado físico e emocional que se dá à criança.

CONCLUSÃO

A sociedade brasileira, apesar dos recentes discursos de retrocesso moral e ético, tem avançado no sentido de produzir novas e plurais formas de viver e a busca da equidade de gênero no campo da atenção à saúde se faz necessário. Gênero é uma questão construída no processo de interações sociais e dar sentido a essa questão é um dos desafios do cotidiano da pediatria.

No estudo realizado, observa-se que pediatras constroem seu cotidiano profissional a partir de valores conservadores de ancoramento patriarcal e machista, perspectiva que está refletida no olhar dos pacientes, segundo a percepção dos participantes da pesquisa. Este estudo discute como reconhecer esses elementos pode auxiliar no manejo de diferentes situações clínicas.

O conjunto das narrativas colocam a importância do enfrentamento da desigualdade de gênero no âmbito da formação médica como uma ação propositiva no sentido de promover uma sociedade mais equânime e uma prática clínica que possa contemplar a pluralidade ética da vida.

Referências

- 1- Santos TS. Discriminações, Estímulos E Obstáculos No Campo Profissional Da Medicina: Um Olhar De Gênero E Gerações. *Trab. Educ. Saúde*. 2010;7(3):499-527. Disponível: <https://www.scielo.br/j/tes/a/gY5yZfd4KDvNNxZSVpcSsMm/?format=pdf&lang=pt>
- 2- Scheffer M. *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM;2020.
- 3- Mendes AS. Os estudantes de medicina: expectativas na escolha da especialidade. [dissertação] [Internet]. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2010 [acesso 15 dez 2021]. p. 89. Disponível: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3035/1/Tese.pdf>

- 4- Corsi PR, Fernandes EL, Intelizano PM, Montagnini CCB, Baracat FI, Ribeiro MCSA. Fatores que Influenciam o Aluno na Escolha da Especialidade Médica. *Revista Brasileira De Educação Médica*. 2014;38(2):213-20. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/4S57YZSQDKV6tyGY8SXJJdw/?format=pdf&lang=pt>
- 5- Osborn SR, Yu J, Williams B, Vasilyadis M, Blackmore CC. Changes in Provider Prescribing Patterns After Implementation of an Emergency Department Prescription Opioid Policy. *J Emerg Med*. 2017;52(4):538-46. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28111065/>
- 6- Barbabela D, Mota JPT, Maia PGM, Bonanato K, Paiva SM, Pordeus IA. Preferência da criança pelo gênero do odontopediatra. *Arquivos Em Odontologia*. 2008;44(2):74-80. Disponível: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3467/2242>
- 7- Katsari V, Tyritidou A, Domeyer P. Physicians' Self-Assessed Empathy and Patients' Perceptions of Physicians' Empathy: Validation of the Greek Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy. *Biomed Res Int*. 2020:9379756. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32104709/>
- 8- Vogel D, Meyer M, Harendza S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. *BMC Med Educ*. 2018;18(1):157. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29970069/>
- 9- Gonzaga PRB, Mayorga C. Violências e Instituição Maternidade: uma Reflexão Feminista Decolonial. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2019;39(2):59-73. Disponível: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/TBYV3XG9hyGn8NxknjnnyKP/?lang=pt&format=pdf>
- 10- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70;2016.
- 11- Anand R, Sankaran PS. Factors influencing the career preferences of medical students and interns: a cross-sectional, questionnaire-based survey from India. *J Educ Eval Health Prof*. 2019;16:12. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31117329/>
- 12- Kawamoto R, Ninomiya D, Kasai Y, Kusunoki T, Ohtsuka N, Kumagi T, et al. Gender difference in preference of specialty as a career choice among Japanese medical students. *BMC Med Educ*. 2016;16:288. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27829461/>
- 13- Alers M, Verdonk P, Bor H, Hamberg K, Lagro-Janssen A. Gendered career considerations consolidate from the start of medical education. *International Journal of Medical Education*. 2014;(5):178-84. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216727/>
- 14- Souza LP, Guedes DR. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. *Estudos avançados*. 2016;30:123-39. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ea/a/PPDVW47HsgMgGQQCgYYfWgp/?format=pdf&lang=pt>

- 15- Adichie CN. Sejam todos feministas. Editora Companhia das letras;2014.
- 16- Nascimento MEFM, Niquen-Jimenez M, Campos LN, Ribeiro LLPA, Gois AFT. Promovendo equidade de gênero nas especialidades cirúrgicas: experiência de programa de mentoria na América Latina. Revista Brasileira de Educação Médica. 2021;45(1):e102. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DnmGmKKJJz3wQDkt3Ktycwn/?format=pdf&lang=pt>
- 17- Marques G. O abandono paterno e a culpabilização da mulher [Internet]. João Pessoa;2020 [acesso 12 dez 2021]. Disponível: <https://www.ufpb.br/comu/contents/noticias/o-abandono-paterno-e-a-culpabilizacao-da-mulher>
- 18- Ávila RC. Formação das Mulheres nas Escolas de Medicina. Revista Brasileira De Educação Médica. 2014;38(1):142-9. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/LfWJZy3Jg8XDmC9R3BQdZhM/?format=pdf&lang=pt>
- 19- Sociedade Brasileira de Pediatria. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra [Internet]. 2019 [acesso em 12 dez 2021]. Disponível: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO_-_ConsultaAdolescente_-_abordClinica_orienteticas.pdf
- 20- Lamy ZC. Participação do pai na unidade neonatal: um processo em construção. Rev. Paul. Pediatr. 2019;37(3):262-263. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/JxYJX4h7T4KhNZJNWG6k5nm/?format=pdf&lang=pt>

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

IDENTIFICAÇÃO

1. Qual o seu nome completo?
2. Qual a sua idade?
3. Qual o seu gênero?
4. Qual a sua cor/raça?
5. Qual o seu estado civil?
6. Qual a sua naturalidade?
7. Tem filhos? Quantos? Idades?

PRÁTICA PROFISSIONAL

1. Onde se formou (ano, local)?
2. Ano que concluiu a residência e local?
3. Quanto tempo de prática profissional em pediatria?
4. Por que escolheu pediatria? Que elementos contribuíram para a escolha da especialidade?
5. Como o seu percurso acadêmico influenciou a escolha da especialidade?
6. Como você avalia o serviço de pediatria do Hospital Universitário de Lagarto (Infraestrutura)?
7. Como a gestão organizacional do HUL interfere na sua prática profissional?
8. Quanto tempo trabalha no HUL? Qual a sua carga horária de trabalho semanal?
9. Como você se sente atuando nesse serviço infantil de saúde pública?

RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

1. Quais são as especificidades da relação médico paciente na pediatria?
2. Como você caracteriza a sua comunicação com seus pacientes e os familiares (desafios e facilitadores)?
3. Quais seriam as estratégias para lidar com as dificuldades na comunicação?
4. Você inclui o depoimento da criança na sua consulta? Por quê?

5. Que estratégias você utiliza na comunicação com a criança?
6. Como é a rotina do seu atendimento, desde o chamado do paciente até o fim da consulta?
7. Para você, o seu lugar de fala influencia sua relação com seus pacientes? Por quê?
(Gênero, idade, naturalidade)
8. O fato de ter ou não filhos influencia a relação médico paciente?
9. Relate um caso inesquecível em sua prática profissional.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Percepção da Relação Médico-Paciente no Contexto da Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente**”, realizada pelo pesquisador Pedro Guerra Júnior sob orientação da Prof. Dr.^a Mônica Daltro. O objetivo desta pesquisa será compreender as especificidades da relação médico-paciente na perspectiva de médicos pediatras. A importância deste estudo é contribuir com a literatura especializada, com uma análise aprofundada sobre o tema e possibilitar que o trabalho médico seja refletido, pelos mesmos, sob a dimensão do cuidado em sua prática clínica, podendo servir de alicerce para novas práticas. Se você aceitar participar desta pesquisa, será submetido a uma entrevista narrativa em local fechado, com proteção acústica e reservado, identificado segundo sua preferência. A entrevista será composta pela identificação de dados sociodemográficos (idade, gênero, cor autodeclarada e tempo e percurso de formação) e com questões cujo o conteúdo trata de identificar suas percepções, vivências e experiências sobre a relação médico-paciente no contexto da atenção à saúde da criança e do adolescente. Gravaremos sua entrevista, sequencialmente esta será transcrita na íntegra e seu conteúdo mantido em sigilo, compartilhado apenas entre os membros da pesquisa, sem identificação nominal do participante. Esse material posteriormente será armazenado, em local seguro nas dependências do consultório da pesquisadora-orientadora e descartado depois de 5 anos, de forma a preservar e proteger o material de estudo. Se, em algum momento, você sentir algum tipo de desconforto, constrangimento ou mobilização psíquica poderá interromper a entrevista. Esse documento será apresentado em duas vias de igual teor, devendo ser rubricado e assinado por você, que receberá uma destas vias. Caso necessário você poderá ser atendido(a) pela psicóloga, pesquisadora e orientadora desta pesquisa Mônica Daltro via online em qualquer horário que desejar e seguido(a) para encaminhamento a Serviço Especializado na região de sua residência. A qualquer momento você poderá entrar em contato com os pesquisadores Mônica Ramos Daltro, pelo telefone (71)987848493 ou ainda pelo e-mail monicadaltro@bahiana.edu.br e Pedro Guerra Júnior pelo telefone (79)988612683 ou pelo e-mail pedrojunior.pos@bahiana.edu.br. Você não terá nenhuma despesa para participar da pesquisa. Caso haja algum tipo de prejuízo decorrente da entrevista você será devidamente indenizado/a. Na apresentação de quaisquer dos resultados não haverá

qualquer tipo de identificação, referentes aos participantes do estudo. Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e isso não afetará o seu vínculo com a instituição. Sua assinatura indica que você decidiu participar da pesquisa como voluntário e que leu e entendeu todas as informações acima especificadas. Este TCLE foi redigido em conformidade com a Resolução CNS 466/2012. Este projeto de pesquisa encontra-se em tramitação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe o qual foi criado para defender os interesses do sujeito da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos(Normas e Diretrizes regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos-Res CNS 196/96, II. 4), tendo o papel de salvaguardar os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa.

POLEGAR
(Analfabetos)

Nome do voluntário

Data

Assinatura do voluntário

Nome do pesquisador

Data

Assinatura do pesquisador

ATENÇÃO: A SUA PARTICIPAÇÃO EM QUALQUER TIPO DE PESQUISA É VOLUNTÁRIA. EM CASO DE DÚVIDA QUANTO AOS SEUS DIREITOS

ESCREVA PARA O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFS. Endereço: Rua Cláudio Batista S/N Centro de Pesquisas Biomédicas, Bairro Sanatório, CEP 49060-100, Aracaju/SE

Telefone (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Pesquisador: Mônica Ramos Daltró

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39859120.3.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.530.759

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1643317.pdf) e do "Projeto Detalhado / Brochura Investigador" (projeto_mestrado_modificado.docx), postados em 31/12/2020 e 25/12/2020, respectivamente.

Introdução

A comunicação médico-paciente exige do profissional uma grande habilidade, que envolve técnica, conhecimento teórico, ética e sensibilidade. Os princípios da confiabilidade e relato da verdade devem estar presentes na comunicação (GABARRA e CREPALDI, 2017). A comunicação em pediatria possui características peculiares comparadas aos pacientes adultos, visto que a criança está em processo de desenvolvimento cognitivo, social e psicológico (NOVA et al, 2005; Perosa & Ranzani, 2008). Tates e Meeuwesen (2001) verificaram nos estudos sobre comunicação médicopaciente pediátrico a não participação da criança na conversa médica. A comunicação médica, no atendimento pediátrico, ocorre entre o profissional e os pais, principalmente a mãe, enquanto a criança é excluída. Hart e Chesson (1998) hipotetizam que isso pode ocorrer em virtude de dois fatores: alguns profissionais não sabem como abordar a criança verbalmente; outros, apesar de terem interesse no que elas pensam e

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório **CEP:** 49.060-110
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.530.759

desejam, tentam protegê-las de informações médicas, para não perturbá-las emocionalmente. Lapacó, Herran e Navari (1996) mencionam que alguns médicos consideram desnecessário informar sobre a doença e saber a opinião das crianças, além de avaliarem como prejudicial oferecer informação para esses pacientes, pois consideram que eles podem não querer colaborar com o tratamento. Claffin e Barbarin (1991) salientam que a busca pela proteção omitindo a comunicação sobre a doença com a criança é equivocada, pois é impossível protegê-la totalmente ocultando informações, tendo em vista as evidências de que a criança experimenta em seu corpo na mudança de rotina e no tratamento que precisa percorrer. Desta forma, torna-se necessário conhecer melhor a forma pela qual os profissionais da pediatria percebem a relação médico-paciente no contexto a saúde da criança e do adolescente, visto que não se tem muitos estudos referentes a percepção do médico nessa relação, nem como esses profissionais lidam com o tema.

Hipótese

A prática médica contemporânea está atravessada por elementos técnicos e informativos priorizando a doença em detrimento da complexidade do processo saúde-doença, conseqüentemente de aspectos psíquicos.

Metodologia Proposta

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. A população alvo será de médicos com título de especialista em pediatria, todos concursados da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/EBSERH que atendem no Hospital Universitário de Lagarto na cidade de Lagarto/SE. A população será composta por 18 pediatras, todos atuantes no pronto socorro pediátrico da unidade. A entrevista será online e os entrevistados devem concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo será realizado no Serviço de Pediatria da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital Universitário de Lagarto, CNPJ 15.126.437/0031-69, localizado na Av Brasília s/n, bairro Novo Horizonte, Lagarto/SE, CEP 49.400-000. Serão realizadas entrevistas individuais online, uma estrutura semiestruturada, as quais terão a gravação de áudios e vídeos, sendo posteriormente transcritos na íntegra para análise dos dados coletados. A entrevista contemplará dados sociodemográficos (a idade, gênero, cor autodeclarada, tempo e percurso de formação) e informações sobre formação, prática profissional e a percepção dos pediatras sobre a relação médico-paciente. A entrevista é um importante instrumento de coleta de dados em pesquisa

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório **CEP:** 49.060-110
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.530.759

qualitativa, por garantir uma experiência de interação social que ofereça flexibilidade ao pesquisador para esclarecer o significado das perguntas. Está adequada ao trabalho com pessoas e circunstâncias variadas, incluindo a possibilidade de captar expressões do corpo e tonalidade de voz que podem dar ênfase às respostas; além de garantir a obtenção de dados diversos, referentes a aspectos da vida social, emocional e psíquica envolvidas na prática. Os pediatras serão convidados pessoalmente pelo pesquisador para participarem, de forma individualizada. A identidade, dados e respostas serão mantidos sob sigilo, evitando assim, o constrangimento. A coleta de dados será realizada através de entrevistas online no período de maio a julho de 2021. O processo de análise do material decorrente da entrevista será realizado a partir do método de Análise de Conteúdo de Sentido descrito por Minayo (2010), que se constitui na análise das informações, possibilitando uma variedade de aplicações, tendo as funções de verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Partindo das informações coletadas, serão estabelecidas categorias e os significados atribuídas a elas.

Critérios de inclusão

Serão considerados os profissionais que tenham título de especialista em pediatria, que estejam atuando profissionalmente no Hospital Universitário de Lagarto, estando devidamente registrados por órgão regulador oficial local (CREMESE). Esses devem concordar em participar da pesquisa, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão

Serão excluídos os médicos pediatras que estejam licenciados há mais de 6 meses do trabalho.

Metodologia de Análise de Dados

O processo de análise do material decorrente da entrevista será realizado a partir do método de Análise de Conteúdo de Sentido descrito por Minayo (2010), que se constitui na análise das informações, possibilitando uma variedade de aplicações, tendo as funções de verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Partindo das informações coletadas, serão estabelecidas categorias e os significados atribuídas a elas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Conhecer como pediatras percebem a relação médico-paciente no contexto da atenção à saúde da

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº	CEP: 49.060-110
Bairro: Sanatório	
UF: SE	Município: ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208	E-mail: cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.530.759

criança e do adolescente.

Objetivo Secundário

Identificar quais são as especificidades da relação com a criança e o adolescente; Conhecer quais as especificidades com a família da criança e do adolescente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Admite-se enquanto possíveis riscos que haja sensação de desconforto, constrangimento ou mesmo sensibilização ao responderem às entrevistas, ao que serão esclarecidos de que poderão interromper a qualquer momento a participação e de que contarão com a assistência da orientadora da pesquisa.

Benefícios

Reconhece-se como benefícios ser possível ampliar os estudos referentes à percepção do profissional médico sobre a relação médico-paciente, bem como à reflexão sobre sua própria prática clínica, o que tem se observado como um movimento ainda escasso na comunidade científica em termos de produção e publicação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. A população alvo será de médicos com título de especialista em pediatria, todos concursados da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/EBSERH que atendem no Hospital Universitário de Lagarto na cidade de Lagarto/SE.

Tamanho da Amostra no Brasil: 18

Orçamento financeiro: R\$ 4.462,00

Financiamento próprio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados conforme Norma Operacional CNS N° 001 de 2013 e as Res. 466/2012 e 510/2016 do CNS/CONEP/MS.

Recomendações:

Há necessidade que o pesquisador responsável assume o compromisso de que todos os Termos de apresentação obrigatória apresentados com assinatura digitalizadas, sejam postados com assinatura física, assim que as atividades presenciais da Instituição Proponente retomem as

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n°	CEP: 49.060-110
Bairro: Sanatório	
UF: SE	Município: ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208	E-mail: cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.530.759

atividades presenciais. Esta postagem deverá ser via Notificação para o CEP-UFS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, 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 do Protocolo de Pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 – A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1643317.pdf	31/12/2020 19:03:38		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_modificada.pdf	31/12/2020 19:01:53	Mônica Ramos Dalto	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_S_PEND_NCIAS_CEP_UFS.docx	25/12/2020 16:51:43	Mônica Ramos Dalto	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS_CEP_UFS.d	25/12/2020 16:11:02	Mônica Ramos Dalto	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_DE_USO_DE_IMAGEM_E_DEPOIMENTOS.docx	25/12/2020 16:10:15	Mônica Ramos Dalto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLeneook_modificado.docx	25/12/2020 16:03:54	Mônica Ramos Dalto	Aceito
Declaração de	autoinfra_modificado.pdf	25/12/2020	Mônica Ramos	Aceito

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
 Bairro: Sanatório CEP: 49.060-110
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3194-7208 E-mail: cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 4.530.759

Instituição e Infraestrutura	autoinfra_modificado.pdf	16:02:55	Daltro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado_modificado.docx	25/12/2020 16:00:17	Mônica Ramos Daltro	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_e_confidencialidade_ufs.pdf	02/11/2020 09:52:07	Mônica Ramos Daltro	Aceito
Declaração de concordância	anuencia.pdf	05/10/2020 13:47:00	Mônica Ramos Daltro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado.docx	05/10/2020 13:44:27	Mônica Ramos Daltro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autoinfra.pdf	05/10/2020 13:43:20	Mônica Ramos Daltro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉneook.docx	05/10/2020 13:42:49	Mônica Ramos Daltro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 09 de Fevereiro de 2021

Assinado por:

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br