



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**COMUNICAÇÃO PEDIATRA, PACIENTE E ACOMPANHANTE:
UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS**

LÍLIAN MEIRE DE OLIVEIRA PINTO

Brasília, março 2010



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**COMUNICAÇÃO PEDIATRA, PACIENTE E ACOMPANHANTE:
UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS**

LÍLIAN MEIRE DE OLIVEIRA PINTO

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

ORIENTADORA: TEREZA CRISTINA CAVALCANTI FERREIRA DE ARAUJO

Brasília, março 2010

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA
EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo – Presidente
Universidade de Brasília (UnB)

Prof^ª. Dr^ª. Alessandra da Rocha Arrais – Membro
Universidade Católica de Brasília (UCB-DF)

Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Queiroz – Membro
Universidade de Brasília (UnB)

Prof^ª. Dr^ª. Marília Marques da Silva – Suplente
Universidade Católica de Brasília (UCB-DF)

Brasília, março 2010

DEDICO

Às duas pessoas mais importantes na minha vida, que me repassaram exemplos de otimismo e determinação na busca de seus sonhos: minha mãe querida e meu noivo adorável.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a “Meu Deusinho”, por estar sempre presente na minha vida. Desde o início, quando fui à Brasília, pela primeira vez, até agora, a sua presença se intensificou cada vez mais. Não tenho como medir todas as graças que recebi e o quanto Ele se fez notar. Todas as vezes que eu precisei, por qualquer motivo que fosse, ele esteve de plantão. Muito obrigada!

À minha orientadora Tereza, pelos grandes ensinamentos acadêmicos e pessoais que tive ao longo desses dois anos de convivência. Obrigada pela sua amizade, carinho, apoio e pela postura sempre amorosa, afável e preocupada com o meu bem-estar na minha nova cidade, Brasília.

Às professoras da banca Elizabeth Queiroz, Alessandra Arrais e Marília Marques pela disponibilidade com que aceitaram participar deste estudo, contribuindo para o enriquecimento do mesmo.

À minha mãe querida, por ser a minha inspiração de batalha, persistência e alegria diante da vida, ensinando-me a lutar pelos nossos sonhos. Obrigada por sempre acreditar na minha capacidade, pelos incentivos nas horas difíceis, pelo amor sempre presente e por ser essa luz que me irradia.

À minha irmã querida, por cuidar e zelar pela nossa família enquanto estou longe fisicamente e, com isso, ter me proporcionado a tranquilidade e a confiança de que necessitava para alcançar meu grande objetivo de concluir o Mestrado. Sinto-me feliz por saber que tenho uma irmã com a qual posso contar em todos os momentos, apoiando-me incondicionalmente. Agradeço a Arthur por cuidar de você para mim.

Ao meu irmão querido, pelo seu apoio e incentivo. Nossas conversas diárias, pelo Skype ou MSN, me ajudaram a suportar a saudade e mesmo estando em outro continente, eu aprendi muito com você. A sua dedicação aos outros e a sua sede de viver me ensinaram o quanto todos nós temos obrigação de ter amor pela vida e batalhar para que nossos sonhos não sejam simplesmente desejos e, sim, projetos de vida. Agradeço também à Juliana, por cuidar de você e fazer parte de nossa família.

A Fábio, meu noivo, amigo, companheiro e cúmplice tão amado, por estar sempre presente nos momentos mais importantes da minha vida. Obrigada pelo apoio nos momentos de dificuldades, pelos sorrisos que você faz brotar nos momentos de tristezas e pelo seu amor que me fortificou, me deu coragem e motivação para concretizar esta

pesquisa. Obrigada pela sua dedicação para a realização deste trabalho. Você é o grande orientador da minha vida. Estar ao seu lado me faz ser uma pessoa melhor a cada dia.

Ao meu pai, que mesmo estando mais distante, me ensinou a amar e perdoar incondicionalmente as pessoas que Deus coloca em nossas vidas. Obrigada pelos ensinamentos que o senhor me repassou por meio de suas atitudes e a sua história de vida.

À minha vovó querida, pelo seu amor pela vida e pela família. Obrigada pelos conselhos e conversas. À minha tia Gracinha, pelos sorrisos e pela alegria que enche meu espírito de felicidade. À minha Tia Magda, pelo apoio, pelos elogios e pela confiança que me fortaleceram para continuar a batalha, e aos meus primos queridos que fazem qualquer reunião em família se tornar especial.

À minha sogrinha Dona Glória, pelo exemplo de esforço e zelo pela família. Obrigada pelo apoio e por eu ter a oportunidade maravilhosa de conviver com a senhora. Obrigada aos cunhados, Fabiano, Marcelo, Bina e Cris, pela torcida e confiança que depositam em mim, e pela convivência harmoniosa que temos.

À minha amiga-irmã Isabelle, por estar sempre ao meu lado, não importando o lugar. Obrigada pelo seu amor, amizade e companheirismo. Tenho certeza que posso contar sempre com você para conversar, rir, chorar, trabalhar ou comemorar. Agradeço à Luciana por fazer você feliz.

Às minhas amigas do coração, Luana, Adriana, Luciana Paixão, Mari, Dessa, Zinha, Cibele e Mônica. Mesmo morando em outra cidade, sei que posso contar com vocês em qualquer momento. Obrigada por fazer com que as férias em Natal seja um *revival* de encontros de muito carinho, amizade e muitas gargalhadas.

Às minhas novas e não menos importantes amigas, Pamela e Maíra. Obrigada por dividirem comigo as angústias e preocupações deste percurso do Mestrado. Tenho certeza que poderemos sempre contar umas com a outras. Espero também que todas concluam seus trabalhos com muito êxito.

Ao amigo Felipe Valentini, pela atenção, prestatividade e disponibilidade com que me auxiliou em momento decisivo para finalização deste trabalho.

À minha auxiliar de pesquisa, Lívia, pela companhia e esforço na realização da coleta de dados nas instituições. Obrigada pela disponibilidade a esta pesquisa.

Aos queridos e prestativos Sr. Luís, Valdelice, Raquel e Renato, por me auxiliarem sempre com muito carinho e dedicação quando precisei de algo. Obrigada pela prontidão, atenção e amabilidade com que me tratam.

Aos responsáveis pelas instituições, às pediatras, aos pacientes e aos seus acompanhantes, pela receptividade e confiança com que me receberam, possibilitando a concretização deste trabalho. Obrigada pelos muitos aprendizados que obtive com cada um.

À Capes pelo apoio financeiro concedido a esta pesquisa entre agosto de 2008 a setembro de 2009 e ao CNPQ, também, pelo auxílio financeiro prestado entre outubro de 2009 a março de 2010.

RESUMO

Uma comunicação efetiva tem sido considerada importante para a adesão ao tratamento, satisfação com o atendimento e redução de custos em saúde. No Brasil, os estudos sobre esta temática são recentes e escassos, principalmente no contexto pediátrico. Assim, a presente investigação focalizou a comunicação, durante a consulta, entre pediatra, paciente e acompanhante (tríade) em dois níveis de assistência: primária (centro de saúde - CS) e terciária (hospital). Especificamente, buscou-se descrever, analisar e comparar: 1) comportamentos verbais e não-verbais manifestados na consulta; 2) expectativas e percepções sobre a consulta e a comunicação; e 3) fatores facilitadores e dificultadores da comunicação durante a consulta. Participaram da pesquisa autorizada por comitê de ética reconhecido: a) 12 crianças entre sete e 11 anos de idade (média=8,92 anos, DP=1,51), estudantes do ensino fundamental e sem doenças graves; b) 12 acompanhantes (idade média=32,2, DP=7,9; número médio de filhos=3,1, DP=1,7; cursando o ensino fundamental ou médio), sendo nove mães, uma madrasta, um pai e um irmão e c) oito pediatras (idade média=47,6 anos, DP=4,5; tempo médio de formação=23,1 anos, DP=4,5; tempo médio de trabalho na instituição=11 anos, DP=9,5), sendo que quatro atenderam duas crianças e quatro atenderam um paciente. Doze consultas foram registradas por meio da aplicação de um protocolo de observação e de gravações em áudio e vídeo. Estes dados foram categorizados e procedeu-se à análise por frequência dos comportamentos definidos. Também foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas com cada membro da tríade. Os relatos foram gravados em áudio, transcritos e submetidos à análise de conteúdo temática. Os resultados indicaram que o tempo de consulta variou entre 5,9 e 25,8 minutos (média=14,15, DP=7,7; mediana=13,4). Dois subsistemas de análise interacional da comunicação foram desenvolvidos: finalidade dos conteúdos comunicacionais e recursos da comunicação. No subsistema um, os comportamentos relacionados ao incentivo à participação, incentivo à interação e comunicar informações foram mais frequentes no CS do que no hospital. A diferença entre os níveis assistenciais foi mais acentuada no que tange a comunicar informações e a interação das tríades tende a ser maior nas consultas do CS, assim como a participação da criança. No subsistema dois, os comportamentos facilitadores e dificultadores da comunicação foram mais frequentes no CS. As entrevistas evidenciaram que os pacientes do CS se recordaram mais das indicações terapêuticas e verbalizaram ter compreendido melhor o que foi informado. Os pacientes do hospital se lembraram mais do momento do exame clínico e a maioria relatou não ter entendido as informações repassadas. Os acompanhantes das duas instituições comentaram que: compreenderam as orientações; uma boa comunicação por parte do médico contribui para a qualidade da consulta; e percebem que são melhor atendidos na atual instituição. As pediatras do CS afirmaram fazer mais consultas com ênfase na promoção de saúde e no acolhimento e, no hospital, relataram que se focam mais nos exames clínicos. Os profissionais dos dois níveis consideraram que facilitadores/dificultadores da consulta se relacionam mais aos comportamentos dos pacientes e acompanhantes.

Palavras-chave: comunicação; paciente pediátrico; assistência primária; assistência terciária; relação médico-paciente.

ABSTRACT

An effective communication has been considered of great importance for the adherence to treatments, satisfaction with the service provided, and cost reduction in health care services. In Brazil, studies on this area are recent and scarce, principally in the pediatric context. Thus, the present investigation focused on the communication, during the consultation, between pediatrician-patient-companion triads at two levels of assistance: primary (health centre - CS) and tertiary (hospital). More specifically, it was sought to describe, analyze and compare: 1) verbal and non-verbal behaviors shown in the consultation; 2) expectations and perceptions of the consultation and communication; and 3) facilitative and limiting factors for communication during the consultation. The following took part in the research authorized by the ethics committee: a) 12 children aged between 7 and 11 years old (average = 8.92 years old, SD=1.51), all students of primary school and without serious illnesses; b) 12 companions (average age = 32.2, SD = 7.9; average number of children = 3.1, SD = 1.7; students of primary or high school), being nine mothers, a stepmother, a father and a brother; and c) 8 pediatricians (average age = 47.6 years old, SD = 4.5; average work experience = 23.1 years, SD = 4.5; average years of service within the institution = 11 years, SD = 9.5), in which four consulted two children and four consulted one patient. Twelve consultations were recorded by means of the application of an observation protocol as well as audio and video recordings. This data was categorized and an analysis by frequency of defined behavior was carried out. Semi-structured interviews were also made with each member of the triad. Their statements were recorded in audio, transcribed and submitted to thematic content analysis. The results indicated that the consultation time varied between 5.9 and 25.8 minutes (average = 14.15, SD = 7.7; mean = 13.4). Two interactional analysis subsystems of communication were developed: finality of communicational contents and communication resources. In the first subsystem, the behaviors related to the encouragement to participation, encouragement to interaction and communicating information were more frequent at the CS than at the hospital. The difference between the levels of assistance was more accentuated in what concerns communicating information, and the interaction between the triads, as well as the participation of the child, tend to be higher in the consultations at the CS. In the second subsystem, the facilitative and limiting behaviors for communication were more frequent at the CS. The interviews pointed out that the patients at the CS remembered more the therapeutic prescriptions and stated having better understood the information given. The patients at the hospital remembered more the moment of the clinical exam and the majority stated not having understood the information prescribed. The companions of both institutions commented that they: understood the orientations; think that good communication on the part of doctors contributes towards consultation quality; and perceive they are better treated at the present institution. The pediatricians at the CS stated that they do more consultations with emphasis in health promotion and good service, whereas at the hospital they stated that the focus is more on the clinical exams. The professionals at both levels consider that facilitative/limiting factors for the consultation are related more to the behavior of the patients and companions.

Keywords: communication; pediatric patient; primary assistance; tertiary assistance; doctor-patient relationship.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	v
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 – COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE:	
SUBSÍDIOS DA LITERATURA ESPECIALIZADA.....	17
1.1. Breve delimitação teórico-conceitual sobre comunicação em saúde.....	17
1.2. Assistência primária: comunicação para promoção e prevenção.....	20
1.3. Assistência terciária: comunicação em situação de consulta.....	22
1.4. Fatores facilitadores e dificultadores da comunicação em saúde.....	27
1.5. Comportamentos não-verbais em situação de interação.....	32
1.6. Instrumentos de análise interacional em saúde.....	34
CAPÍTULO 2 – PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM PESQUISA E NO ATENDIMENTO EM SAÚDE: FOCO NA COMUNICAÇÃO.....	40
2.1. Participação de crianças em pesquisas: perspectivas metodológicas e éticas.....	40
2.2. Paciente pediátrico como participante de pesquisa.....	44
2.3. Compreensão de crianças sobre saúde e doença.....	46
2.4. Comunicação com pacientes pediátricos: necessidades e desafios.....	49
CAPÍTULO 3 – NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE:	
ALGUMAS ESPECIFICIDADES DA COMUNICAÇÃO.....	54
3.1. Estruturação de serviços de saúde.....	54
3.2. Estrutura de consulta.....	55
3.3. Parâmetros regulamentadores da assistência primária/atenção básica...	61
3.4. Parâmetros regulamentadores da assistência terciária/média e alta complexidade.....	64

CAPÍTULO 4 - DELINEAMENTO DA PESQUISA DE CAMPO.....	67
4.1. Objetivos.....	67
4.2. Método.....	67
4.2.1. Instituições pesquisadas.....	67
4.2.1.1. Centro de Saúde.....	67
4.2.1.2. Hospital.....	69
4.2.2. Participantes.....	69
4.2.3 Instrumentos.....	70
4.2.4. Procedimentos éticos.....	71
4.2.5. Estudo Piloto.....	72
4.2.6. Procedimentos de coleta de dados.....	72
4.2.7. Procedimentos de análise de dados.....	73
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	76
5.1. Caracterização dos participantes.....	76
5.1.1 Pacientes.....	76
5.1.2. Acompanhantes.....	78
5.1.3. Pediatras.....	79
5.2. Descrição e análise dos comportamentos verbais e não-verbais da tríade na consulta, por nível assistencial.....	81
5.2.1. Finalidade dos conteúdos comunicacionais (Subsistema 1)	81
5.2.1.1. Incentivo à participação (IP)	81
5.2.1.2. Incentivo à interação (II)	84
5.2.1.3. Comunicar informações (CI)	85
5.2.1.4. Comparação geral entre as categorias do subsistema 1.....	88
5.2.2. Recursos comunicacionais (Subsistema 2)	90
5.2.2.1. Recursos facilitadores (RF)	90
5.2.2.2. Recursos dificultadores (RD)	92
5.2.2.3. Comparação geral entre as categorias do subsistema 2.....	95
5.3. Descrição e análise das expectativas e percepções da tríade sobre a consulta e a comunicação estabelecida no atendimento.....	96
5.3.1. Entrevistas com os pacientes.....	96
5.3.2. Entrevistas com os acompanhantes.....	105

5.3.3. Entrevistas com as pediatras.....	118
5.4. Relações entre os comportamentos e as percepções das pediatras.....	131
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
REFERÊNCIAS.....	139
ANEXOS.....	150
A – Configuração do espaço físico do centro de saúde.....	151
B – Configuração do espaço físico do hospital.....	152
C – Roteiro de entrevista – Paciente pediátrico.....	153
D – Roteiro de entrevista – Acompanhante.....	154
E – Roteiro de entrevista – Pediatra.....	155
F – Protocolo de observação.....	156
G – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	157
H – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Paciente pediátrico.....	158
I – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Acompanhante.....	159
J – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Pediatra.....	160
K – Sistemas de categorias da observação.....	161

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 – Principais facilitadores e dificultadores da comunicação	32
Quadro 2 – Caracterização dos pacientes e tempo da consulta.....	77
Quadro 3 – Caracterização dos acompanhantes e busca pelo serviço.....	79
Quadro 4 – Caracterização das pediatras e número de atendimentos.....	80
Quadro 5 – Categorias das entrevistas com os pacientes.....	104
Quadro 6 – Categorias das entrevistas com os acompanhantes.....	117
Quadro 7 – Categorias das entrevistas com as pediatras.....	129
Gráfico 1 – Frequência de comportamentos com a finalidade de incentivo à participação por nível de assistência.....	83
Gráfico 2 – Frequência de comportamentos com a finalidade de incentivo à interação por nível de assistência.....	85
Gráfico 3 – Frequência de comportamentos com a finalidade de comunicar informações por nível de assistência.....	87
Gráfico 4 – Comparação entre as categorias incentivo à participação (IC), incentivo à interação (II) e comunicar informações (CI), considerando os comportamentos da tríade por nível de assistência.....	89
Gráfico 5 – Comparação das categorias incentivo à participação (IC), incentivo à interação (II) e comunicar informações (CI), considerando os comportamentos dos pacientes por nível de assistência.....	90
Gráfico 6 – Frequência dos recursos facilitadores da comunicação por nível de assistência.....	91
Gráfico 7 – Frequência dos recursos dificultadores da comunicação por nível de assistência.....	93
Gráfico 8 – Comparação das categorias recursos facilitadores (RF) e recursos dificultadores (RD) por nível de assistência.....	95

INTRODUÇÃO

A interação com o médico pode repercutir no paciente de várias maneiras, dentre elas, na adesão ao tratamento, na capacidade de recordar e entender os conselhos médicos e no alcance dos resultados esperados em saúde. Sendo assim, a comunicação em saúde é uma ferramenta essencial para um atendimento de qualidade, pois se relaciona à satisfação dos envolvidos, isto é, profissionais, pacientes e familiares (Kaplan, 1997).

Hall, Roter, Blanch e Frankel (2009) analisaram as interações de estudantes de Medicina e constataram que o contato inicial com o paciente pode ser um indicador válido e eficiente para avaliar o estabelecimento ou não do *rapport*. Esses resultados sugerem a necessidade dos profissionais construírem o *rapport* nos minutos iniciais das visitas médicas. Em outro estudo, Brown, Stewart e Ryan (2003) evidenciaram que alguns comportamentos dos médicos – tais como, não olhar em direção ao paciente, não sorrir, não elogiar, não ser afetuoso e fornecer informações mínimas – são alguns indicadores de percepção de atendimento insatisfatório pelos pacientes.

Os estudos sobre comunicação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde têm sido desenvolvidos enfocando principalmente o médico e o paciente durante as consultas. Entretanto, poucas pesquisas têm explorado o papel e a influência de uma terceira pessoa presente na dinâmica da interação na consulta médica. Isto pode ser evidenciado nos atendimentos pediátricos, em que, geralmente, participam o médico, o paciente pediátrico e o seu acompanhante. A presença desta terceira pessoa no momento da interação pode modificar e influenciar os aspectos comunicacionais e afetar, positiva ou negativamente, a relação médico-paciente (Connor, Fletcher & Salmon, 2009).

Nos atendimentos com crianças, os profissionais necessitam de habilidades e competências específicas para coleta de informações, exame físico, avaliação diagnóstica e negociação do plano terapêutico. Estas habilidades vão variar em função de diversos fatores, dentre eles: idade da criança, gravidade do problema clínico, local de atendimento, preocupações familiares e habilidades interacionais do profissional (Leite, Sá & Bessa, 2007). Em função de sua complexidade, poucos estudos têm se dedicado a estudar tríades.

A comunicação em diferentes níveis assistenciais também não tem sido suficientemente pesquisada. Apesar da relevância científica, profissional e social da temática, ainda hoje permanecem lacunas na produção de conhecimentos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) determina que em cada nível de assistência sejam organizadas ações para promover e proteger a saúde, prevenindo-se agravos e

possibilitando mais qualidade de vida para a população. De fato, a prestação de serviços de saúde para a criança perpassa todos os níveis de assistência (atenção básica, cuidados de média e alta complexidade), os quais possuem políticas exclusivas que se concretizam em situações interacionais. É indispensável, portanto, melhor entender a comunicação em diferentes contextos de atendimento.

Em relação à Dissertação aqui apresentada, é importante esclarecer que o interesse pela temática da comunicação em saúde – no contexto de consultas pediátricas –, surgiu a partir de algumas inquietações suscitadas durante a trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora em diferentes níveis de atendimentos em saúde: centros de saúde, hospitais e clínicas privadas. Algumas questões começaram a preocupar sobremaneira e, ao longo do desenvolvimento do curso de Mestrado, outros incitamentos surgiram.

Com a perspectiva de produzir mais conhecimentos, bem como disponibilizar subsídios teóricos e metodológicos para melhoria da qualidade dos serviços destinados ao público pediátrico, foi realizada uma pesquisa com o objetivo geral de conhecer e compreender a comunicação entre pediatra, paciente e acompanhante em diferentes níveis assistenciais, um Centro de Saúde (CS) e um hospital.

Mais especificamente, a investigação conduzida visou descrever, analisar e comparar os comportamentos verbais e não-verbais e as percepções desta tríade, identificando-se aspectos facilitadores e dificultadores da comunicação nos serviços.

Motivada por tais preocupações, foi proposto um estudo norteado pelas seguintes questões:

- 1) Em diferentes níveis de assistência, como ocorrem as trocas verbais e não-verbais entre a tríade composta por pediatra – paciente – acompanhante?
 - 2) Quais as percepções e as expectativas dos membros da tríade quanto à comunicação e ao atendimento em ambos os níveis assistenciais?
 - 3) Que fatores dificultam ou facilitam a comunicação durante a consulta?
 - 4) Existem semelhanças e diferenças comunicacionais em cada nível assistencial?
- Quais?

Deste modo, a presente Dissertação está organizada em seis capítulos. No *primeiro*, discutem-se, sucintamente, aspectos teórico-conceituais da comunicação, ressaltando sua relevância científica, profissional e social no contexto da saúde. Descreve-se ainda a especificidade da comunicação na assistência primária e terciária, nas quais foi realizada a pesquisa de campo. Estudos anteriores sobre a temática são apresentados, também, focando-se aspectos facilitadores e dificultadores. Por fim, neste capítulo é introduzida

uma discussão sobre a importância dos comportamentos não-verbais para estabelecimento de uma comunicação eficiente e expõem-se os principais instrumentos utilizados em pesquisas para análise interacional.

No *segundo capítulo*, propõe-se uma discussão sobre implicações e limites metodológicos e éticos relativos à participação de crianças em pesquisas. Posteriormente, retoma-se este debate no âmbito da saúde. Diante da importância de se compreender as concepções das crianças a respeito da saúde e da doença, estabelece-se uma revisão sobre a temática e logo em seguida discute-se a comunicação no contexto pediátrico.

O *terceiro capítulo* aborda a influência da estruturação dos serviços na comunicação. Em seguida são descritas as etapas das consultas e da organização estrutural dos serviços que atendem no nível de assistência primária (atenção básica) e terciária (média e alta complexidade), evidenciando as características peculiares de cada nível de atendimento.

Os objetivos gerais e específicos são descritos no *quarto capítulo*. Neste capítulo, também são abarcados os procedimentos éticos e metodológicos adotados para condução da pesquisa de campo nas instituições investigadas.

No *quinto capítulo* são expostos os resultados encontrados e discutidos à luz da literatura. Primeiramente a caracterização dos participantes, em seguida os comportamentos verbais e não-verbais observados, apresentando-os em dois subsistemas (finalidade comunicacional e recursos comunicacionais). Por último, descrevem-se as expectativas e percepções dos membros da tríade sobre a consulta e a comunicação estabelecida no atendimento, separando-as por participantes e relacionando-se, ao final, os comportamentos e as percepções das pediatras. Para cada tópico dos resultados foram realizadas análises nos dados para construção de sistemas de categorias.

Por último, são apresentadas as considerações finais, em que constam as conclusões que puderam ser aferidas a partir da presente investigação, tanto no que se refere às contribuições para a compreensão da comunicação no contexto pediátrico, como limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.

Nos anexos, disponibilizam-se as configurações físicas das instituições pesquisadas; os roteiros de entrevistas (paciente, acompanhante e pediatra); o protocolo de observação; a carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa; os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para cada membro da tríade e o sistema de categorização das observações.

CAPÍTULO 1

COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE: SUBSÍDIOS DA LITERATURA ESPECIALIZADA

Neste primeiro capítulo, propõe-se uma breve delimitação teórico-conceitual da comunicação, destacando-se sua relevância científica, profissional e social no contexto da saúde à luz da literatura especializada. Em seguida, abordam-se aspectos específicos da comunicação em diferentes níveis assistenciais, focalizando-se a assistência primária e a assistência terciária, nas quais foi planejada e executada a coleta de dados da pesquisa de campo. Nas seções seguintes, a partir de uma sistematização de estudos anteriores, enfatizam-se aspectos facilitadores e dificultadores da comunicação em saúde. Tendo em vista os desafios envolvidos na condução de investigações em situação de interação natural em saúde, discute-se a importância dos comportamentos não-verbais e compilam-se os principais instrumentos de análise interacional adotados em pesquisas.

1.1. Breve delimitação teórico-conceitual sobre comunicação em saúde

A comunicação tem suscitado interesse por diferentes disciplinas científicas. Na área da saúde, o interesse por este tema tem crescido muito nas últimas décadas (Araujo, 2009; Brown & cols., 2003; Tates & Meeuwesen, 2001). Abdo (1996) ressalta que o interesse científico sobre o fenômeno da comunicação coincide com o intenso avanço tecnológico após a Segunda Guerra Mundial, mas foi a partir dos anos 80, que as escolas de Medicina, passaram a introduzir técnicas de comunicação em seus cursos, oferecendo *workshops* e cursos de pós-graduação. Mais recentemente, o foco se volta para a sistematização e aplicação prática das teorias de comunicação no âmbito da relação profissional-paciente (Barbosa & Araujo, 2006; Brown & cols., 2003; Ogden, 2004).

Inui e Carter (1985) consideram que habilidades comunicacionais são estratégias utilizadas pelos profissionais para oferecerem condições mais adequadas para o enfrentamento e adesão dos pacientes. Para que essa adequação ocorra, se faz mister que a compreensão do médico e do paciente se apóie sobre perspectivas mais próximas. Segundo modelo de Stanton (1987, conforme citado por Ogden, 2004), o médico e o paciente possuem perspectivas diferentes, pois, para este modelo, o primeiro é detentor de um conhecimento objetivo, sendo pouco influenciado pelas suas próprias crenças de saúde, enquanto que o paciente é, muitas vezes, controlado por crenças pessoais. De modo semelhante, o modelo geral de Pendleton (1983, conforme citado por Inui & Carter, 1985)

presume que profissional e paciente agem no contexto social e/ou organizacional, a partir de informações e expectativas constituídas *a priori* do encontro, como o próprio conceito de saúde introjetado e respectivos papéis sociais a serem representados.

A definição de comunicação é estruturada por várias áreas do conhecimento e uma das dificuldades encontradas é a inexistência de um modelo detalhado de comunicação no domínio de uma disciplina básica (Araujo, 2009; Inui & Carter, 1985; Kaplan, 1997). Do ponto de vista psicológico, a comunicação é o processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que estas mensagens exercem influências nos comportamentos das pessoas envolvidas através de um campo de interações (Cosnier, Grosjean & Lacoste, 1994).

Este campo de interações possui, segundo Cosnier (1994), três características fundamentais: a) tem multicanais, ou seja, se realiza através de produções verbais e percepções não-verbais, onde modulações vocais, gestos e olhares se combinam para constituir o significado total da interação; b) é multifuncional, isto é, vai além do interesse apenas do dizer, servindo para definir os papéis assumidos durante a interação, além de organizá-la e coordená-la e c) é contextual, significando que a interação varia de acordo com o participante, a situação, o local e a função desta interação. Estes aspectos merecem atenção ao se estudar as interações entre os indivíduos. No presente trabalho, será adotada a concepção da comunicação como um campo de interações, influenciadas por estas três características.

Na definição de Lambert e cols. (1997), a comunicação pode ser considerada um processo que se refere a: a) transmissão de informações em meios de comunicação ou tecnologia de informação, seja factual ou virtual; b) conteúdo produzido e/ou veiculado por tais meios ou, ainda, c) situações de inter-relações entre atores sociais, que dialoguem entre si, usando expressões de fala ou gestos corporais. Segundo estes autores, a comunicação pode ser compreendida e estudada a partir da transmissão de informações/mensagens entre um emissor e um receptor/intérprete a partir de uma perspectiva existencial, englobando atitudes de uma pessoa frente às outras e ao mundo a sua volta, comunicando além de informações, suas emoções e seus valores.

A partir dos trabalhos de Balint (1988), iniciados na década de 1950, se conhece que a qualidade dos serviços de saúde percebida pelos pacientes depende menos da capacidade diagnóstica e terapêutica do médico e mais da qualidade da relação que se estabelece entre profissionais de saúde e usuários, em particular entre médicos e pacientes. Desta maneira, parece não ser possível organizar serviços de saúde eficientes sem

considerar o respeito aos aspectos subjetivos do paciente, à promoção de sua autonomia e à diversidade cultural das relações de saúde (Balint, 1988; Canesqui, 1992; Caprara & Rodrigues, 2004).

A comunicação surge como um aspecto importante na luta contra as doenças em todos os níveis da assistência em saúde, seja nas campanhas de promoção de saúde e prevenção de doenças, seja nas relações pacientes e profissionais de saúde. A comunicação como estratégia de intervenção nas práticas em saúde transcende a relação interpessoal, pois apresenta várias facetas na busca de intervenções educativas relacionadas com a promoção de saúde e a assistência à doença (Perdicaris & Silva, 2008; Salmon & Atkin, 2003).

A literatura evidencia que o desenvolvimento de uma melhor comunicação pode melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos envolvidos, pois a informação tende a diminuir a ansiedade gerada no paciente e seu acompanhante, diante do quadro de doença ou cirurgia, ajustando à realidade os mitos surgidos a partir do diagnóstico e possibilitando o vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes (Carricart & cols., 1994; Koropchak & cols., 2006; Maldonado & Canella, 2009; Marks, Murray, Evans & Willing, 2004; Perdicaris & Silva, 2008; Straub, 2005). Além disso, a fala e a postura dos profissionais frente aos usuários poderão facilitar ou dificultar o estabelecimento de alianças terapêuticas importantes durante o processo de adoecimento (Lambert & cols., 1997; Miceli, 1998; Ogden, 2004; Straub, 2005).

Destarte, uma efetiva comunicação pode fazer com que sintomas e preocupações dos pacientes possam ser compreendidos pelos profissionais de saúde e que as instruções e informações do tratamento possam favorecer a adesão pelos pacientes (Ley, conforme citado por Ogden, 2004; Straub, 2005). Embora haja estas evidências, autores indicam que a literatura especializada ainda é insuficiente e dispersa em vários campos do saber, tendo a maioria das pesquisas focado-se no momento crítico da revelação do diagnóstico, sem considerar que todo o período de tratamento inclui uma complexa rede de intercomunicação entre profissionais e pacientes. Outro problema evidenciado, pelas revisões do estado da arte, é a falta de um modelo integrado entre as disciplinas científicas que se propõe a estudar a comunicação, levando este tema a ser considerado ainda um desafio na assistência em saúde (Araujo, 2009; Arora, 2003; Barbosa & Araujo, 2006; Inui & Carter, 1985; Marks & cols., 2004; Martins & Araujo, 2008; Mendonça, 2007; Tates & Meeuwesen, 2001; Weaver, 2003).

O incremento do interesse pela comunicação seja pelos profissionais de saúde, pelos pacientes, familiares e pelas instituições sanitárias, ocorreu/ocorre em função de: a) transposição do modelo biomédico para uma assistência biopsicossocial; b) aumento da tomada de consciência dos cidadãos sobre seus próprios direitos e responsabilidades no âmbito da saúde; c) desenvolvimento das correntes éticas e humanitárias dentro da própria profissão médica e d) repercussão de que uma adequada implementação na relação profissional-paciente parece influenciar positivamente qualquer procedimento e resultado de saúde (Ruiz-Moral, 2007).

Há ainda autores, no entanto, que relatam que o aumento das discussões a respeito da comunicação inserida na relação médico-paciente surgiu: a) porque as doenças crônicas e degenerativas ficaram mais incidentes, necessitando de tratamentos mais prolongados e de maior atenção para a qualidade de vida do paciente; b) pelo reconhecimento da baixa resolutividade do modelo queixa-conduta, que ocasiona a procura freqüente pelos serviços de saúde, aumentando a demanda e gerando insatisfação tanto dos profissionais quanto dos usuários e c) pelas novas demandas que adentram os consultórios, como a defasagem escolar, o alcoolismo e os problemas de relacionamentos, sendo necessários outros tipos de escutas e intervenções que utilizem a comunicação como ferramenta principal (Abdo, 1996; Coelho Filho, 2007; Straub, 2005).

Conhecer a comunicação em saúde permite elaborar, desenvolver e avaliar a eficácia das informações transmitidas tanto no âmbito mais macro, como o social, relacionadas às políticas públicas (panfletos, campanhas para televisão e rádio), quanto no que concerne a esfera mais micro, interpessoal (relação médico-paciente-família).

1.2. Assistência primária: comunicação para promoção e prevenção

As ações de promoção de saúde e prevenção de doenças são estratégias capazes de reduzir a mortalidade e melhorar as condições de saúde da população. Estas ações ocorrem quase que prioritariamente na assistência primária, embora o Sistema Único de Saúde determine que deva perpassar todos os níveis assistenciais. O estudo da comunicação, neste contexto, pode colaborar para que a assistência primária atinja seus objetivos: mobilizando um maior número de pessoas para a mudança dos comportamentos de risco; promovendo hábitos saudáveis e minimizando os problemas relacionados às diferenças culturais e sociais que incidem no processo comunicacional (Porto, 2003; Salmon & Atkin, 2003; Straub, 2005).

O uso dos meios de comunicação pode influenciar o comportamento de promoção de saúde e prevenção de doenças, desde que as campanhas sejam veiculadas com uma linguagem acessível às características da população que se pretende atingir. Os meios de comunicação ultrapassam o espaço das discussões eruditas, dos círculos culturais restritos e alcançam outras camadas da sociedade, pois são canais que possibilitam a democratização e a popularização da educação em saúde, fator decisivo na qualidade de vida dos indivíduos (Freire & Vilar, 2006; Natansohn, 2004).

No campo da saúde, o processo educativo exige diálogo, compartilhamento e consideração ao outro, que pode pensar e agir igual ou diferente de nós, seja ele criança ou adulto. A criança deve ser tratada como ser ativo, considerando sua capacidade de reconhecer e mudar os comportamentos em prol de sua saúde. A partir dos dois anos de idade, conforme será discutido no próximo capítulo, a criança começa a vivenciar e compreender as doenças. Essa compreensão vai se modificando conforme avanços na idade e nas experiências vivenciadas, se tornando imprescindível a orientação quanto às suas próprias ações, tornando-as co-responsáveis por sua saúde (Heath, 1994a; Nussbaum, Ragan & Whaley, 2003; Straub, 2005; van Dulmen, 1998).

Os psicólogos comprometidos com a promoção de saúde têm se preocupado principalmente com a comunicação, os aspectos éticos e a persuasão para elaborar e implementar estratégias que promovam saúde e previnam doenças (Marks & cols., 2004; Street Jr. & Epstein, 2008)

A promoção de saúde pode ser considerada como uma estratégia mediadora entre pessoas e ambientes, visando aumentar a participação dos sujeitos e da coletividade na modificação dos determinantes do processo saúde-doença. Promover saúde é oferecer um contexto de apoio que proporcione a saúde física, intelectual e emocional da população (Natansohn, 2004). Nesse sentido, a educação em saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade; por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária (Freire & Vilar, 2006).

O potencial da comunicação em saúde pode ser direcionado para colaborar nas práticas educacionais focadas para o profissional de saúde e à sociedade em geral. Desta forma, a prática comunicacional é uma estratégia alternativa para promover a saúde, conscientizando a população de que a manutenção da saúde depende do recebimento e da utilização da informação (Araujo & Cardoso, 2007; Porto, 2003). É necessário, portanto, que os indivíduos tenham acesso às informações e orientações e façam uso prático dessas mensagens.

Outro aspecto importante na prevenção de doenças e na promoção de saúde é manter os canais abertos de comunicação nas próprias comunidades, utilizando-se dos agentes comunitários e profissionais dos centros de saúde, de modo que eles percebam as demandas a serem trabalhadas prioritariamente e seja possível utilizar formas de comunicação coerentes com as características de cada região (Cruz & Loureiro, 2008; Freire & Vilar, 2006).

Faz-se necessária, ainda, a articulação de uma rede de comunicação que, além da informação, possibilite também a capacitação e a reciclagem dos profissionais e os usuários. Em uma sociedade que tem ampla cobertura da mídia, a comunicação em saúde deve explorar e imputar aos meios de comunicação um papel social esclarecedor no que tange às principais formas de se prevenir contra as doenças. Deve-se, portanto, entender como ocorre a divulgação na mídia e qual o seu papel como formadora de opinião, a fim de conhecer a sua abrangência e conseguir melhorar as campanhas de promoção de saúde e prevenção de doenças (Jurberg & Macchiute, 2007; Marks & cols., 2004).

Além da divulgação de informações na mídia tradicional (TV, rádio, jornal etc.), outra forma que tem sido bastante usada como veículo disseminador de informações é a internet. O computador, aliado ao processo comunicacional via internet, intermedeia ações diversas de capacitação e atualização dos profissionais, como também de busca por mais informações pelos usuários/pacientes (Santos, 2001). Contudo, os usuários precisam ter cuidado em relação à procedência das informações divulgadas, principalmente se são conhecimentos provenientes de pesquisas científicas, assim como, conhecerem a idoneidade da instituição responsável pela divulgação.

Os profissionais de saúde podem influenciar as mudanças de comportamento buscando a prevenção, desde que, além de fornecerem informações baseadas em conhecimentos técnicos, eles considerem as crenças e valores culturais dos pacientes. As transmissões de orientações com pouca resolutividade, em geral, têm desprezado o conhecimento de quem as recebe, pouco acreditando na capacidade dos usuários aprenderem e adotarem comportamentos mais saudáveis em prol de sua saúde (Araujo & Cardoso, 2007; Porto, 2003).

1.3. Assistência terciária: comunicação em situação de consulta

No modelo clínico tradicional, o médico aprende a explorar os aspectos técnicos da doença para obter a história clínica do paciente, sendo pouca atenção concedida ao paciente enquanto sujeito e à qualidade da informação repassada. Esta limitação dos

profissionais, quanto às habilidades de comunicação com os pacientes, é responsável em grande parte pela insatisfação com os serviços de saúde (Araujo, 2009; Martins, 2001; Martins & Araujo, 2008; Nunes, 1999; Ogden, 2004).

No contexto internacional, a temática da comunicação entre médico e paciente tem tido um interesse cada vez maior, tanto na produção científica quanto na formação e na prática clínica. Algumas revisões de literatura indicam que entre 1.000 e 1.200 publicações anuais se destinam a estudar a relação médico-paciente e sua estrutura comunicacional por meio de pesquisas empíricas e aplicação de instrumentos de observação e avaliação (Tagliavini & Saltini, 2000; Tates & Meeuwesen, 2001). No Brasil, contudo, este tema precisa ser mais investigado, pois ainda há um número limitado de pesquisas nesta temática (Araujo, 2009; Caprara & Rodrigues, 2004; Martins & Araujo, 2008; Sucupira, 2007a).

Ao traçar um panorama mais geral, com pesquisas internacionais e nacionais, Barbosa e Araujo (2006) em uma revisão, abrangendo o período de 1994 a 2001, revelam que os temas atuais de grande interesse na área da comunicação são: autonomia; satisfação; tomada de decisão e participação do paciente; confiança; percepção do profissional sobre a comunicação; comportamentos não-verbais; métodos de pesquisa e estratégias de intervenção para aprimoramento da comunicação em saúde.

Atualmente, os significativos avanços tecnológicos na área da saúde não são acompanhados, na mesma proporção, pelo aprimoramento das relações humanas no hospital, isto é, no aperfeiçoamento das práticas de saúde, como por exemplo, práticas compostas pela comunicação, pela observação, pelo trabalho de equipe, por atitudes fundamentadas em valores humanitários sólidos (Caprara & Rodrigues, 2004). Canesqui (1992) discute essa discrepância dos investimentos em tecnologia, em detrimento dos gastos com qualificação e treinamentos nas relações interacionais, argumentando que as relações entre usuários e profissionais são bastante valorizadas pelos primeiros, sendo, inclusive, aceito como um indicador de qualidade. Todavia, os profissionais de saúde tendem a indicar o padrão tecnológico como principal valor de satisfação no atendimento.

Bibace e Walsh (1980) comprovaram que a maioria das queixas dos pacientes se referia aos problemas comunicacionais com os médicos, e não à sua competência técnica. No entanto, Ley (1981, conforme citado por Ogden, 2004) desenvolveu um modelo teórico segundo o qual a adesão se podia prever através da combinação de três aspectos: a satisfação do doente em relação à consulta (fator mais enfatizado pelo autor); a compreensão da causa, extensão (órgãos envolvidos) e tratamento da sua doença e por

último, a capacidade de recordar a informação veiculada pelos profissionais de saúde. Este modelo tem influenciado a investigação sobre a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. Além disso, tem inspirado a análise do uso de informações para melhorar o processo de comunicação e os seus efeitos nos resultados de saúde do paciente.

Em relação ao nível de satisfação, Ley (1981, conforme citado por Ogden, 2004) também estabeleceu que este, não é alcançado com apenas um aspecto, mas resulta de alguns componentes da consulta: componente afetivo, isto é, apoio emocional e compreensão; componente comportamental, ou seja, prescrições e explicações adequadas; assim como a competência profissional, que significa os encaminhamentos adequados e diagnósticos precisos. Desta forma, identificou-se que a satisfação é determinada pelo conteúdo da consulta, e que, além disso, de modo geral, os pacientes querem e esperam receber informações, mesmo que se trate de más notícias.

Estratégias que possam incentivar uma maior participação do paciente na consulta são modos de atender às demandas do paciente e atingir a satisfação na prestação de serviços em saúde. Ogden (2004) aponta que, para ocorrer uma melhora na interação entre profissionais e pacientes, deve ser adotado um estilo partilhado de consulta, centrado nas necessidades do paciente, seja ele adulto ou criança, dando importância à interação entre o médico e o doente. Estudiosos reforçam essa visão argumentando que deve haver um modelo bidirecional de comunicação no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa que ofereça ao paciente a possibilidade de decidir a escolha do tratamento (Barbosa & Araujo, 2006; Lambert & cols., 1997; Martins, 2001; Straub, 2005).

Parte da dificuldade de se atingir uma comunicação efetiva reside no fato das relações pessoais serem ainda pouco valorizadas nas ações de saúde, seja como recurso terapêutico ou como elemento de interseção nas relações entre usuário-profissional, usuário-serviço e profissional-serviço (Dias & Vieira, 2008). Em geral, a preocupação do médico está direcionada mais aos aspectos relacionados ao tratamento, isto é, a terapêutica que deve ser adotada e o tipo de medicação, do que como o indivíduo se sente a respeito do diagnóstico, tratamento, prognóstico, ou mesmo nas implicações disso nos seus familiares.

A interação comunicacional entre profissionais e pacientes é também prejudicada, em parte, pelas diferenças sociais e culturais, isto é, uma relação que se caracteriza a partir de ordens, em vez de diálogo e troca de informações. Nessa ótica, o trabalho em saúde tende a sustentar a desigualdade de poder e de potencialidades entre o saber institucionalizado representado pelos profissionais que sabem (ou acreditam que sabem) e as pessoas fragilizadas pela carência que representa a doença ou a falta crônica de saúde

(Lambert & cols., 1997; Traverso-Yépez, 2008). Essa relação de poder foi evidenciada por Mendonça (2007), que identificou, junto aos acompanhantes de pacientes pediátricos, altos índices de avaliação positiva da comunicação conduzida pelo médico, porém um baixo grau de compreensão sobre a doença e o tratamento das crianças. Barbosa e Araujo (2006) comprovaram que os pacientes expressaram alta satisfação com o atendimento, mas sem a participação ativa dos usuários. Esses estudos evidenciam que, quando as relações são verticais e hierarquizadas, maior é a tendência do paciente aceitar passivamente a palavra do profissional.

Segundo Marks e cols. (2004), nas últimas três décadas, a responsabilidade pela falta de uma comunicação eficiente durante o atendimento era atribuída às características pessoais dos participantes. A partir dos anos 1990, outros aspectos que influenciariam a comunicação, alterando o seu curso e sua eficiência, foram mais investigados (p.ex., o contexto, a cultura, a história de formação dos papéis). Byrne e Long (1976, conforme citado por Marks & cols., 2004) identificaram diferenças no estilo do médico em relação à comunicação com os pacientes. Analisaram 71 profissionais com 2.500 pacientes e encontraram dois diferentes estilos de informe diagnóstico e de terapêutica mais utilizados pelos pesquisados, que se restringiram ao estilo “centrado no paciente” e o “centrado no médico”. O primeiro relaciona-se ao uso do conhecimento do paciente e de sua experiência, o silêncio, a escuta e a reflexão no momento da consulta, produzindo, segundo os estudos, maior satisfação; o segundo estilo de comunicação, centrado no médico, vale-se principalmente do conhecimento e das habilidades dos médicos durante o atendimento, atribuindo maior importância ao exame clínico.

Caprara e Rodrigues (2004) analisaram 400 consultas realizadas por 20 médicos e demonstraram que, no início da consulta, quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente, mas muitos problemas se tornam evidentes após o contato inicial: 39,1% dos médicos não explicaram de forma clara e compreensiva o problema, 58 % dos médicos não verificaram o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico e 53% das consultas não avaliaram se o paciente compreendeu as indicações terapêuticas. A exploração dos medos e ansiedades dos pacientes não foi realizada em 91,4% das consultas, mesmo sabendo que estas concepções ajudam a entender um pouco a visão do processo de adoecer pelo paciente.

Um dos aspectos que prejudicam a participação do paciente é o fato de muitos profissionais, particularmente os médicos, tenderem a esconder más notícias; talvez por serem treinados para sanar a dor e aliviar o sofrimento, ou mesmo por acharem que o

informe diagnóstico irá gerar medos, angústias e sofrimentos nos pacientes (Caprara & Rodrigues, 2004; Street Jr. & Epstein, 2008).

De maneira diferente, alguns autores sugerem que os benefícios do informe são maiores que os riscos temidos, pois a comunicação proporciona benefícios psicológicos e melhor adaptação emocional do paciente a sua situação (Bascuñán, 2005; Carricart & cols., 1994; Heath, 1994a; Ogden, 2004; Straub, 2005). O relato do diagnóstico requer um processo de tempo em que se percebe a quantidade de informações que devem ser dadas, segundo o interesse e estado emocional do paciente. Indica-se, de maneira geral, que apenas uma pessoa da equipe, de preferência o médico, fique responsável pelo repasse de informações para que não haja comunicações contraditórias que podem aumentar a ansiedade e o sofrimento. O conhecimento do diagnóstico pelo paciente permite que ele, juntamente com o médico, possa avaliar as circunstâncias sociais, os hábitos e preferências, os riscos e benefícios, e a adaptação durante todo o processo de doença (Bascuñán, 2005; Heath, 1994a).

A literatura e o código de ética médico (Resolução CFM nº 1.246/88) destacam duas situações em que este profissional deverá omitir a verdade ao paciente, a primeira, quando este não deseja ser informado, e, a segunda, quando a verdade pode provocar *iatrogenia*, ou seja, quando as informações tenham efeitos maléficos para a saúde do paciente. É direito do paciente optar por conhecer ou não as informações e conseqüências de seu tratamento (Müller, 2009). No que tange aos atendimentos pediátricos, as orientações são as mesmas estabelecidas pelo código de ética, este ressalta ainda que seja vedado ao médico revelar segredo médico de paciente menor de idade, mesmo aos pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo (http://www.ippmg.org.br/imagebank/codigo_etica_medica.pdf).

Soares e Camargo Jr. (2007) argumentam que a autonomia do paciente é necessária para: a) fortalecimento das relações entre pacientes e familiares; b) reconhecimento da heterogeneidade e da diversidade das relações; c) reconhecimento de que a medicina e as tecnologias são apenas meios para alcançar o processo terapêutico; d) estímulo ao empoderamento; e) resgate e valorização da subjetividade e da dimensão do cuidado na medicina; e, finalmente, f) a necessidade de transformações profundas nos conceitos de saúde e doença.

Há uma tensão ética muito presente na prática médica, decorrente do conflito entre os princípios da autonomia e da beneficência, entrelaçando-se à questão de quem pode e

deve tomar as decisões. Há algumas propostas que discutem o resgate de valores como democracia, ética, capacidade crítica e autonomia na medicina. Uma delas é que a medicina consideraria os sentimentos e valores dos pacientes, valorizando a autonomia deste em relação às escolhas terapêuticas e aos procedimentos a serem seguidos. Com isso, os pacientes e os médicos seriam considerados co-responsáveis pela qualidade e satisfação do serviço prestado (Heath, 1994a; Ogden, 2004; Soares & Camargo Jr., 2007).

Caprara e Rodrigues (2004) sustentam a concepção de que os currículos médicos deveriam ter o tema da relação médico-paciente presente durante todo o processo formativo, assim como, a inserção imprescindível da importância da abordagem interdisciplinar. Coelho Filho (2007) vai mais além, advogando a idéia de que na seleção para o ingresso no curso de medicina sejam considerados também atributos de personalidade e vocação que estejam relacionados à uma interação satisfatória na relação médico-paciente.

1.4. Fatores facilitadores e dificultadores da comunicação em saúde

Por meio de uma comunicação satisfatória, tanto o profissional consegue expressar de forma clara a mensagem, quanto o paciente se sente encorajado a perguntar e esclarecer suas dúvidas, reduzindo ansiedade e estresse e sentindo-se mais satisfeito ao decidir junto com o profissional a alternativa mais adequada para seu tratamento (Carricart & cols., 1994; Müller, 2009; Ogden, 2004). Nesse sentido, uma comunicação eficiente pode ser considerada como ferramenta terapêutica, por reduzir o medo e a insegurança e por permitir que o paciente tome decisões desenvolvendo autonomia. Além disso, pode possibilitar o fortalecimento dos vínculos afetivos do paciente com os familiares e profissionais, ajudando-o no enfrentamento de sua situação de saúde.

Várias evidências empíricas têm apoiado a perspectiva de investir na melhoria da comunicação. Epstein, Alper e Quill (2004), ao revisarem a literatura entre 1966 e 2003 sobre comunicação entre profissional de saúde e paciente, evidenciaram que pacientes bem informados sobre sua situação tendem a participar ativamente de seus cuidados de saúde, tomam decisões mais sensatas e aderem mais aos tratamentos. De acordo com estes autores, há cinco ações que facilitam o estabelecimento da comunicação: a) compreender as expectativas e experiências dos pacientes e seus familiares; b) construir um vínculo com eles; c) oferecer evidências, incluindo uma discussão sobre fatores incertos e duvidosos; d) apresentar as recomendações oferecidas por julgamento clínico, levando em consideração

as preferências dos pacientes, e, finalmente, e) avaliar a compreensão e o consentimento destes.

Outros autores sugerem estratégias que devem ser adotadas pelos profissionais para garantir a qualidade da informação: dar explicações detalhadas sobre o diagnóstico e o tratamento proposto (opções, tempo estimado, regularidade das consultas); discutir sobre os efeitos colaterais; informar os motivos de sucesso ou falha no tratamento e estabelecer um diálogo sobre a importância e os efeitos da adesão ao tratamento (Laidlaw, Macleod, Kaufman, Langille & Sargeant, 2002; Savard, 2004).

Maldonado e Canella (2009), Silva (2003) e Travaline, Ruchinskas e D'Alonzo (2005) acrescentam, ainda, que os médicos para alcançarem uma comunicação efetiva devem: a) avaliar o conhecimento do paciente; b) avaliar suas dúvidas e questões; c) ter empatia pelo paciente; d) falar pausadamente; e) utilizar linguagem simples e acessível sem a utilização de jargões, principalmente com crianças e pacientes idosos; f) dizer a verdade, de acordo com as necessidades dos pacientes; g) ser esperançoso, mesmo em casos de doenças terminais; h) prestar atenção aos comportamentos não-verbais do paciente; i) conhecer os valores espirituais, culturais e medidas de apoio social dos pacientes e j) preparar-se para manejar as reações do paciente e/ou do(s) familiar(es) ao receberem notícias ruins. Ley (1981, conforme citado por Ogden, 2004) indica que uma das formas de se melhorar a adesão dos pacientes é aperfeiçoar o conteúdo da comunicação verbal. Isto pode ser alcançado por meio da explicação da importância da adesão, da simplificação de informações, do uso da repetição e de uma fala clara, prestando sempre atenção ao efeito primazia, isto é, a tendência que o indivíduo tem de recordar aquilo que lhes é dito em primeiro lugar.

Competência comunicacional é uma habilidade que pode ser aprendida e desenvolvida com treinamentos e aperfeiçoamentos (Laidlaw & cols., 2002; Ogden, 2004; Street Jr. & Epstein, 2008). Na pesquisa de Braga e Silva (2007), foi solicitado aos enfermeiros e docentes em enfermagem, todos especialistas na área de comunicação, que indicassem alguns aspectos que deveriam estar presentes numa comunicação competente. Os relatos afirmaram: ser um processo interpessoal que atinge o objetivo dos comunicadores; pressupor conhecimentos básicos de comunicação para ser alcançada; possuir tomada de consciência dos aspectos verbais e não-verbais da interação, assim como, clareza e objetividade na fala.

Bonvicini e cols. (2009) verificaram se uma intervenção educacional focada no treinamento da comunicação de médicos influenciava a expressão de empatia do médico

durante interações com os pacientes. Os autores constataram que o treinamento teve influência positiva na expressão de empatia do médico.

Ruiz-Moral (2007) ressalta alguns pontos para melhorar a relação médico-paciente: necessidade de se ampliar o ensino além da teoria biomédica na formação dos médicos, incorporando conhecimentos das áreas humanas; valorização do paciente e os resultados esperados por ele na consulta; importância da formação pessoal e ética do médico, como também, incorporação de habilidades técnicas e uma atitude reflexiva, considerando cada encontro único e singular.

Há ainda outras maneiras dos profissionais adquirirem habilidades de comunicação, como a inclusão de um *check-list* antes do momento de consulta (Martinali, Bolman, Brug, Van der Borne & Bar, 2001); o emprego de técnicas como o *role-play* para médicos, pacientes e estudantes da área da saúde (Brady, Schultz, Spell & Branch, 2002) ou mesmo, solicitar para que os pacientes verbalizem as informações que foram repassadas, com a finalidade de esclarecer as dúvidas (Tates & Meeuwesen, 2001).

A literatura indica alguns fatores que prejudicam o estabelecimento de uma comunicação de qualidade entre profissionais e pacientes: a) nível de instrução, cognição, cultura e idades diferentes entre o emissor e receptor; b) elevada carga de informações e nenhuma verificação da compreensão do paciente sobre elas; c) impacto emocional do diagnóstico, dificultando a continuidade de compreensão das informações sobre a doença, o tratamento e prognóstico; d) escassez de tempo nos atendimentos, devido grande demanda dos hospitais e poucos profissionais, restringindo a consulta apenas a uma busca de sintomas para fechar o diagnóstico e prescrever medicamentos; e) uso demasiado de perguntas fechadas pelos médicos, sinalizando já uma forma de resposta, sem oportunidade para esclarecer as dúvidas dos pacientes e f) contato visual restrito entre médicos e pacientes, seja pela atenção voltada para os recursos tecnológicos ou mesmo pelo não reconhecimento dos comportamentos não-verbais (Enskar & Essen, 2000; Lambert & cols., 1997; Müller, 2009; Straub, 2005).

Nunes (1999), ao abordar a relação médico-paciente como um sistema social, recorda que a inclusão de novas teorias, novos métodos e rotinas na área da saúde absorvem demasiadamente a atenção dos profissionais e estes passam a atribuir menor interesse às relações pessoais. No estudo de Dias e Vieira (2008) sobre a comunicação como promoção de saúde, os resultados mostraram uma hipervalorização do saber técnico-científico dos profissionais em detrimento dos conhecimentos, das crenças e valores das pessoas que buscaram o serviço de saúde.

Jangland, Gunningberg e Carlsson (2009) descreveram 105 queixas de pacientes e familiares sobre a comunicação nos encontros de cuidados em saúde, entre os anos 2002 e 2004, os autores identificaram três categorias de reclamações: não ter recebido informações ou não ter sido dada a opção de participar, não ter agido de maneira profissional e não ter recebido atendimento cuidadoso ou suporte prático. Foi percebido no estudo que os pacientes e familiares experienciaram ansiedade desnecessária e reduziram a confiança nos cuidados em saúde depois de encontros profissionais percebidos como negativos, isto é, informações, respeito e empatia insuficientes. Estas informações podem e devem ser usadas como ferramentas de reflexões na educação e supervisão dos cuidados de saúde para melhorar a comunicação e trazer novos entendimentos sobre a perspectiva do paciente.

Martins (2001) define algumas desqualificações comunicacionais que prejudicam o atendimento em saúde, dentre elas: declarações contraditórias (afirmando algo e o seu oposto na mesma consulta); mudanças bruscas de assuntos (respostas sem relação ao assunto em pauta, aparentando que não está ouvindo atentamente); tangencializações (isto é, fornecer respostas superficiais, evitando temas principais); uso de frases incompletas; interpretações errôneas a uma informação dada (pressupõe certa falta de sintonia com o informante) e maneirismo da fala (uso de linguagem rebuscada e perda de objetividade). Barbosa e Araujo (2006) e Santos (2001) indicaram que tanto características pessoais quanto a ausência de treinamentos específicos são os principais preditores do modo como os processos de comunicação são conduzidos pelo médico.

Especificamente sobre a comunicação de más notícias, Bascuñán (2005) recomenda uma série de cuidados: a) preparação pessoal e do lugar físico; b) exploração da informação que o paciente já possui; c) exploração do desejo de receber informação pelo paciente, assim como; d) compartilhamento das informações com o paciente; e) acolhimento dos sentimentos destes; f) clarificação de dúvidas e oferecimento de continuidade no acompanhamento e g) reconhecimento das próprias reações emocionais pelos médicos.

Não só os profissionais são responsáveis por uma comunicação deficitária em consultas, isto é, os pacientes também podem contribuir para isso, pois, geralmente, estão despreparados para comunicar suas expectativas, medos e as informações de sua história clínica. Muitas vezes, os pacientes abordam o sintoma de maior preocupação para eles de maneira casual, temendo que o profissional não seja honesto sobre a possível gravidade do problema. Contudo, quando são informados pelo médico, os pacientes podem entender de

maneira incompleta ou imprecisa a causalidade ou a gravidade da doença, conseqüentemente, não solicitam os devidos esclarecimentos (Cegala & Broz, 2003; Mendonça, 2007; Santos, 2001).

Há algumas estratégias que os médicos podem utilizar para ajudar a minimizar a confusão mental ou o esquecimento das indicações terapêuticas, como: panfletos, vídeos, indicações de livros e *sites* reconhecidos cientificamente. Isso ajudará os pacientes a lembrar das orientações após a consulta, incentivando-os a participarem ativamente no tratamento e a desenvolverem a assertividade (Müller, 2009; Straub, 2005)

Percebe-se que a literatura apresenta variados aspectos facilitadores e dificultadores da comunicação (ver Quadro 1), assim como, algumas ferramentas que poderiam auxiliar no aprimoramento da comunicação nas relações em saúde. Nesse sentido, habilidades comunicacionais podem ser adquiridas com formações e treinamentos nos currículos dos profissionais, embora se reconheça que não existe um padrão único, e sim, estilos próprios de comunicações eficientes, que dependem de características pessoais e contextuais. O objetivo principal da comunicação deve ser aprimorar a relação interacional do profissional com o paciente, melhorando o bem-estar do paciente e encorajando-o a participar de seu processo saúde-doença (Brown & cols., 2003; Enskar & Essen, 2000; Laidlaw & cols., 2002; Lambert & cols., 1997; Ogden, 2004; Straub, 2005; Street Jr. & Epstein, 2008).

Quadro 1. Principais facilitadores e dificultadores da comunicação

Facilitadores	Dificultadores
- Compreender expectativas e experiências	- Nível diferente de instrução, cognição, cultura e idade entre emissor-receptor
- Construir vínculos	- Elevada carga de informações
- Recomendações contextualizadas	- Impacto emocional com os informes
- Informações detalhadas	- Escassez de tempo
- Avaliar a compreensão do paciente e acompanhante	- Uso demasiado de perguntas fechadas
- Empatia	- Contato visual restrito
- Utilizar linguagem simples	- Hipervalorização do saber técnico-científico
- Falar pausadamente	- Desvalorização das crenças, costumes e valores do paciente
- Prestar atenção aos comportamentos não-verbais	- Não incluir o paciente nas decisões para tomada de decisão
- Conhecer valores culturais, sociais e espirituais dos pacientes	- Declarações contraditórias
- Usar a repetição de fala	- Mudanças bruscas de assunto
- Atitude reflexiva	- Tangencializações
- <i>Check-list</i>	- Não esclarecer dúvidas
- <i>Role-play</i>	- Uso excessivo de jargões médicos

1.5. Comportamentos não-verbais em situação de interação em saúde

Durante as seções anteriores, foram discutidos aspectos da comunicação que estavam mais relacionadas aos comportamentos verbais. Será evidenciado, nesta seção, de forma mais específica, as características e a relevância dos comportamentos não-verbais para as interações em saúde.

A comunicação interindividual, além de possuir outras características (p.ex., contextualidade e multifuncionalidade) pode ser repassada por multicanais, ou seja, ela ocorre através de trocas onde as produções verbais, as modulações vocais, as mímicas, gestos e olhares se combinam para constituírem um enunciado total. Por isso, as situações não-verbais são extremamente significativas para assegurar a coordenação interacional (Cosnier, 1994).

O estudo dos comportamentos não-verbais durante o atendimento em saúde é algo que não pode ser desconsiderado, porque se configura em uma forma de comunicação bastante informativa sobre a situação do paciente. Por meio de comportamentos e gestos, ou seja, de respostas corporais, os pacientes transmitem emoções importantes para o tratamento, algo que, muitas vezes, não consegue ser dito por palavras. Desta forma, são analisadas: a postura corporal assumida ao transmitir a mensagem, a capacidade (ou incapacidade) de olhar na direção de onde vem a fala e a distância mantida entre pessoas (Brown & cols., 2003; Flemmer, Flemmer, Sobelman & Aström, 1996; Nussbaum & cols., 2003; Vaysse, 1994).

As fontes dos comportamentos não-verbais provêm de programas neurológicos e embora seja comum a todos da espécie humana, são influenciadas pela cultura, classe social, família e indivíduo (Silva, 2006). Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti e Silva (2000) identificaram que dois terços do significado das mensagens percebidas pelo receptor nas relações interpessoais são de caráter não-verbal, sendo a percepção de uma pessoa influenciada pelo conteúdo verbal (7%), pelo tom de voz (38%) e pela expressão corporal (55%).

Segundo Flemmer e cols. (1996), Giannini, Giannini e Bowman (2000) e Silva (2006), os sinais não-verbais emitidos pelo corpo durante a comunicação humana podem ser classificados, como: paralinguagem, cinésica, proxêmica, tacêsica, características físicas e fatores ambientais. Todos estes aspectos influenciam a comunicação não-verbal, que tem como função, nas relações interpessoais, complementar a comunicação verbal, substituí-la, contradizê-la ou sustentá-la e demonstrar sentimentos. A *paralinguagem* refere-se à maneira como se diz algo e não ao conteúdo, ou seja, a altura e velocidade da voz, a duração dos sons, pausas, ritmo, velocidade ou, ainda, bocejos e gemidos. A *cinésica* refere-se à postura e ao movimento do corpo, contemplando os gestos e as expressões faciais. A *proxêmica* está relacionada à utilização do espaço social e pessoal, enquanto produto da comunicação interpessoal e social. A *tacêsica*, por sua vez, envolve o toque, sua duração, local e o tempo de contato, formas de aproximação, entre outros. As *características físicas* se relacionam à forma do corpo, beleza, altura, tipo de cabelo, peso, cor da pele, odores associados à pessoa e aos artefatos como roupas, óculos, jóias. Os *fatores ambientais* são todos os mobiliários, estilos arquitetônicos, decoração de interiores, condição de iluminação, temperatura, ruídos adicionais que interferem na relação humana.

Giannini e cols. (2000) compararam a percepção dos comportamentos não-verbais entre estudantes de artes, de ciências humanas, ciências sociais e medicina (com e sem

especialidades). Os resultados demonstraram que os estudantes de medicina percebem menos os comportamentos não-verbais que os outros estudantes, o que foi explicado, em parte, pela falta de treinamento nas escolas de medicina em oferecer uma formação que habilitasse os profissionais para a interação clínica. Foi verificado também que os estudantes de clínica geral e de cuidados primários apresentaram escores mais altos de percepção dos comportamentos não-verbais do que os que tinham especialidades médicas. Isto foi explicado pelo fato de que estudantes generalistas e de cuidados primários tendem a acompanhar os pacientes durante toda sua formação e, por isso, passam a conhecer a história de vida de seus pacientes. No entanto, os estudantes de especialidades médicas parecem ter um contato mais breve, focando sua prática muito mais em identificar os quadros clínicos do que na relação interpessoal.

Araújo, Silva e Puggina (2007) verificaram que os enfermeiros foram capazes de identificar situações em seu cotidiano de trabalho, nas quais os sinais não-verbais constituíram fatores *iatrogênicos*. Ao relatar situações *iatrogênicas*, também refletiram, lembraram e valorizaram situações em que a comunicação foi terapêutica, relacionando-as com a eficácia do cuidado prestado; além disso, exemplificaram o modo como o processo de ensino/aprendizagem relativo aos sinais não-verbais na interação com pacientes pode ocorrer por meio da reflexão crítica baseada na prática diária. Com isso, os comportamentos não-verbais puderam ser percebidos como mais conscientes e usados de forma mais adequada.

Flemmer e cols. (1996), Santos (2001) e Tates e Meeuwesen (2001) evidenciaram a existência de poucos estudos com foco nos comportamentos não-verbais durante as consultas, em que se analisam os médicos, pacientes e/ou acompanhantes. Estes autores, afirmam que estudos futuros devem buscar compreender as atitudes e gestos dos pacientes, adultos ou pediátricos, pois são fatores importantes para o entendimento da sua satisfação em relação ao atendimento em saúde.

1.6. Instrumentos de análise interacional em saúde

Os métodos para analisar as interações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde têm sido desenvolvidos enfocando principalmente consultas diádicas, entre médico e paciente. Os sistemas de análises interacionais da comunicação correspondem a técnicas observacionais diretas (observações sistemáticas *in loco*) ou indiretas por meio de gravações de áudio e imagem, cujas informações são organizadas por taxonomias e padrões operacionais para a interpretação dos dados (Araujo, 2009; Inui & Carter, 1985;

Roter & McNeilis, 2003). Os instrumentos que permitem observação direta oferecem a vantagem de fornecerem *feedback* logo após a consulta para situações de treinamentos. As gravações de áudio e imagens da interação, por sua vez, podem ser vantajosas por facilitarem as análises e, quando necessário ou desejável, possibilitarem re-analisar os dados (Boon & Stewart, 1998).

Em uma revisão dos instrumentos usados para avaliar a interação médico-paciente, Boon e Stewart (1998) avaliaram as publicações entre 1986 e 1996. Os autores identificaram 44 instrumentos, sendo que 21 foram utilizados apenas uma vez e 15 não apresentaram evidências de validade. Dentre os instrumentos mais utilizados neste estudo, destacam-se o *Bale's Interaction Process Analysis* e *Roter's Interactional Analysis System* (RIAS).

O *Bale's* foi um dos primeiros instrumentos criados para avaliação de pequenos grupos por meio da análise de comportamentos verbais e não-verbais, dividindo-os em três amplas categorias: sócio-emocional positiva, sócio-emocional negativa ou neutra e direcionada à tarefa. Este instrumento, contudo, não foi construído especificamente para a saúde, embora seja constantemente usado neste contexto. O *Roter's Interactional Analysis System* (RIAS) é uma adaptação do *Bale's* para avaliar a interação médico-paciente em diversos momentos (p.ex., na internação, nas consultas ambulatoriais) com pacientes das mais diversas patologias e médicos de diferentes especialidades. Ele também avalia comportamentos verbais e não-verbais, mas possui um sistema de categorias mais detalhado e específico para cada participante, incluindo ainda algumas características do contexto. De forma geral, essas categorias se dividem em trocas sócio-emocionais (rir, mostrar aprovação, fazer elogios, dar apoio, ter empatia, mostrar desaprovação, fazer críticas) e trocas instrumentais (tomar informações, dar orientações e instruções, parafrasear, repetir perguntas, perguntar com questões abertas ou fechadas, aconselhar) e são avaliadas por sua frequência e comparação entre elas (Araujo, 2009; Carter, Inui, Kukull & Haigh, 1982; Lewis, Pantell & Sharp, 1991).

Wasserman e Inui (1983) compararam três sistemas de análise da interação: o *Bale's Interaction Process Analysis*, o *Roter's Interactional Analysis System* (RIAS) e o *Stile's Verbal Response Mode* (VRM). Os autores identificaram uma diversidade de codificação dos dados nos sistemas existentes e indicaram o desenvolvimento de sistemas de análises unificados para comparação dos resultados. Corroborando com este estudo, Roter e Hall (1989) realizaram uma meta-análise de 28 sistemas de codificação usados em 60 estudos. Eles identificaram mais de 200 processos de comunicação diferentes entre

médico e paciente, sendo organizados em seis categorias: informações dirigidas, informações recebidas, falas sociais, fala positiva, fala negativa e parceria construída.

Os instrumentos de análise interacional têm sido usados tanto em observações no contexto de atendimento, quanto na análise posterior por meio de gravações da consulta. Eidea, Graugaarda, Holgersena e Finseta (2003) utilizaram o RIAS na observação *in loco* e comprovaram que a satisfação dos pacientes nas consultas se correlacionava positivamente com as falas informais dos médicos, associada aos aspectos sócio-emocionais nos momentos do relato da história clínica. Todavia, a satisfação se correlacionou negativamente quando a comunicação se centrava em conteúdos psicossociais no momento dos exames clínicos. O estudo concluiu que os médicos não devem conduzir a comunicação usando tópicos psicossociais durante o momento dos exames.

Na pesquisa de McNeilis (2001) cujo objetivo era examinar as seqüências de propriedade da fala na consulta médica e identificar padrões competentes de comunicação, as consultas foram gravadas em vídeo e analisadas pelo Sistema de Coordenação e Competência (Gilotti, Thompson & McNeilis, 2002). Os autores constataram que 94% das mudanças de tópicos são feitas pelos médicos e que estes permanecem no papel de coletar informações e o paciente de somente respondê-las. Contrapondo-se a este estudo, Meredith, Stewart e Brown (2001) propuseram identificar escores de atendimentos centrados nos pacientes, utilizando-se também consultas gravadas em vídeo, mas analisando-as pelo Método Clínico Centrado no Paciente (Weston, Brown & Stewart, 1989, conforme citado em Meredith & cols., 2001). Esta pesquisa verificou resultados positivos, demonstrando que em quase todas as consultas pesquisadas os profissionais parecem adotar o modelo centrado no paciente durante o atendimento.

Embora ao longo das últimas décadas, muitos pesquisadores se dediquem ao desenvolvimento de sistemas de análises interacionais para aplicação em saúde, observam-se ainda algumas lacunas. A literatura indica que pouca atenção tem sido dada na elaboração de instrumentos que avaliam o envolvimento do paciente na tomada de decisão (Araujo, 2009; Boon & Stewart, 1998; Elwyn & cols., 2001). Elwyn e cols. (2001) revisaram trabalhos e não encontraram instrumentos especificamente elaborados para avaliar o processo de tomada de decisão pelo paciente. Boon e Stewart (1998) notaram, ainda, que existem poucos instrumentos específicos para avaliar a comunicação não-verbal. Apenas um foi identificado, o *Profile of Nonverbal Sensitivity* (PONS); porém, outros instrumentos são aplicados para avaliação do comportamento não-verbal em diferentes níveis, embora não sejam específicos para este uso.

Araujo (2009) ressalta, ainda, após traçar um panorama sobre as ferramentas metodológicas, que há limitações porque: a) os instrumentos geralmente não são suficientes para explicitar, simultaneamente, a sequência da interação e a situação observada; b) ao examinarem a díade paciente-profissional tendem a privilegiar fatores interpessoais e afetivos quando focalizam o primeiro membro e fatores informacionais e técnicos são preferencialmente discutidos a partir dos comportamentos do segundo membro e c) a dificuldade de avanços na metodologia observacional se deve a pouca aceitação por parte de alguns profissionais e instituições na utilização deste recurso audiovisual.

Alguns autores têm criticado e apontado as limitações do RIAS. Embora ele seja atualmente um dos instrumentos mais utilizados na saúde, há críticas como: a) o registro no sistema não permite codificar interrupções na comunicação; b) pausas e silêncios deveriam ser marcados como um critério e não apenas demarcações da comunicação; c) distinções claras devem ser feitas entre as categorias; d) as perguntas deveriam ser codificadas muito mais pela função do que pelas formas linguísticas e e) algumas características sócio-emocionais são limitadas e outras muito amplas (Roter & Larson, 2002; Sandvika & cols., 2002).

Para Wasserman e Inui (1983), um sistema de interação satisfatório deve levar em conta transferências de informações ocorridas em diferentes níveis através de uma variedade de comportamentos, incorporando também os contextos de interação, de acordo com características exclusivas dos encontros clínicos. Esses autores afirmam, ainda, que o treino dos observadores e o uso de gravação da interação em vídeo e áudio são necessários para obter maior confiabilidade nos resultados das pesquisas.

No contexto internacional, a temática da comunicação entre médico e paciente tem tido relevância tanto na produção científica quanto na formação e práticas clínicas. O aumento do interesse no campo da comunicação médico-paciente resultou na proliferação de instrumentos de avaliação da comunicação. Entretanto, poucos são amplamente usados e muitos não têm demonstrado sua confiabilidade e validade, produzindo dificuldades para comparação entre os resultados dos estudos (Araujo, 2009; Connor & cols., 2009; Tagliavini & Saltini, 2000; Tates & Meeuwesen, 2001).

No âmbito nacional, alguns estudos brasileiros utilizam aspectos multimetodológicos, agregando a técnica de entrevista com o recurso da observação, analisando os dados observados em *setting* natural ou através de gravações em imagens das interações. Na pesquisa de Martins e Araujo (2008), foram observadas quatro díades

enfermeiro-paciente durante o atendimento de curativo. As autoras verificaram que os profissionais expressam conceitos e valores compatíveis com o modelo holístico de saúde, mas mantêm uma atuação que prioriza a comunicação de natureza informativa e técnica, em detrimento dos aspectos relacionais.

De modo semelhante, a pesquisa efetuada por Ramos (1999), tinha a finalidade de avaliar a participação do paciente nas tomadas de decisões, por meio de entrevistas com os pacientes e observações de situações de atendimento em visitas clínicas e reuniões clínicas. As autoras concluíram que a participação do paciente se configurava como de natureza informativa e de tendência passiva quando se tratava de decisões sobre o tratamento e ativa quando versava sobre decisões não técnicas ou quando se reportava a alguma discussão imprescindível sobre seu caso.

A exemplo destes estudos que empregaram metodologia observacional complementada por entrevistas, a investigação realizada por Costa Neto e Araujo (2001) objetivava avaliar o processo decisório de uma equipe multiprofissional com a aplicação de escalas e realização de entrevistas com diferentes categorias profissionais e observações das reuniões de trabalho de equipe (com o registro direto e gravações em áudio das reuniões de estudo de caso). Constatou-se que o tempo de emissão verbal da categoria médica foi superior às demais e o segundo profissional que mais verbalizava era o psicólogo. Continuando nessa temática, a pesquisa de Queiroz e Araujo (2007) caracterizou a comunicação estabelecida entre diferentes profissionais em uma reunião para discussão de casos, compreendendo os padrões de interação e identificando os elementos que subsidiam a tomada de decisão da equipe de reabilitação. Os resultados sugeriram que o processo decisório era centrado no paciente e as autoras evidenciaram que uma abordagem multimetodológica favoreceu uma maior compreensão do processo de trabalho desenvolvido em equipe e forneceu subsídios para o treinamento dos profissionais envolvidos.

Embora cada uma destas pesquisas tenha adotado sistemas complexos de análise da observação, trazendo contribuições significativas nesta área, constata-se ainda uma escassez de estudos empíricos que contribuam para a pesquisa e a atuação sob o ponto de vista da Psicologia, ou que se propõem a validar e adaptar os instrumentos já existentes (Araujo, 2009; Caprara & Rodrigues, 2004; Santos, 2001; Sucupira, 2007a). Além disso, poucas pesquisas têm explorado o papel e a influência de um terceiro participante na dinâmica da interação na consulta, especialmente entre o médico, o paciente pediátrico e seu acompanhante (Connor & cols., 2009; Tates & Meeuwesen, 2001).

No que tange à questão das metodologias empregadas em pesquisas com tríades, Tates e Meeuwesen (2001) analisaram 12 artigos publicados entre 1968-1998 e identificaram que seis deles se basearam exclusivamente em transcrições de áudio; a outra parcela se baseou em gravações em vídeo. Além disso, apenas quatro estudos consideraram os comportamentos não-verbais dentro dos relatos. Considerando o instrumental de observação, sete estudos quantitativos aplicaram sistemas de categorização para codificar o comportamento verbal dos participantes. A maioria usou o *Bale's* e o RIAS. Outros três estudos usaram o *Child Allocated Turns System* (CAT) ou a sua versão modificada, o *Turn Allocation System* (TAS). O CAT foca a análise das díades na distribuição das falas da criança com o médico, desconsiderando o acompanhante na interação. O TAS operacionaliza a descrição do padrão dos três participantes, analisando todo o conjunto em termos de iniciativa, alocação e respostas/reações, mas não apreende comportamentos não-verbais.

Tates e Meeuwesen (2001) explicitam que, embora algumas pesquisas tenham o objetivo de analisar a interação entre médico, crianças e pais, somente parte dos estudos focou na comunicação entre todos os três participantes; outra parte se restringiu às díades, isto é, médico-acompanhante ou médico-criança. Quanto às distinções entre comportamentos instrumentais e afetivos, quando a interação é com os pais, a maioria dos estudos ressaltou que os médicos mostram um número maior de comportamentos instrumentais, fornecendo informações e instruções e respondendo aos questionamentos realizados. Com relação à interação com as crianças, os médicos emitem mais comportamentos afetivos (p.ex., fazer brincadeiras), corroborando com o estudo de van Dulmen (1998). Tates e Meeuwesen (2001) concluíram que a comunicação entre pediatras, pacientes e acompanhantes foi insuficientemente estudada, já que muitos estudos revisados ignoram a presença da criança na comunicação médica.

Em síntese, os estudos aqui apresentados ressaltaram, na década de 1980, a necessidade de criação de novos instrumentos que avaliassem a interação médico-paciente. Na década de 1990 e início do século XXI, com o surgimento de novos instrumentos, emergiram outros problemas, pois muitos deles não possuem validade comprovada; alguns não avaliam os comportamentos não-verbais; outros não tratam especificamente do tema da tomada de decisão e poucos podem ser utilizados na interação entre tríades (Roter & Larson, 2002; Roter & McNeilis, 2003). Percebe-se, além disso, a necessidade de criar instrumentos que contemplem não só a codificação de comportamentos instrumentais e sócio-emocionais, mas também as características peculiares do contexto da interação.

CAPÍTULO 2

PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE PEDIÁTRICO EM PESQUISA E NO ATENDIMENTO EM SAÚDE: FOCO NA COMUNICAÇÃO

Inicialmente, este capítulo propõe uma discussão sobre implicações e limites metodológicos e éticos relativos à participação de crianças em pesquisas. Em seguida, retoma-se este debate contextualizando-o no campo da assistência em saúde. Considerando a importância da literatura reunida até hoje sobre a compreensão de crianças a respeito da saúde e doença, foi organizada uma síntese retrospectiva sobre tais questões. Por fim, apresentam-se criticamente estudos relacionados à comunicação em Pediatria, ressaltando-se necessidades e desafios.

2.1. Participação de crianças em pesquisas: perspectivas metodológicas e éticas

Para alguns autores, as crianças possuem uma presença social ativa, antes silenciada por uma visão hegemônica centrada na ação e escuta dos adultos (Áries, 1986; Bibace & Walsh, 1980; Nussbaum & cols., 2003). Áries (1986) foi um dos pioneiros na construção da história da infância, representando a criança como sujeito, com estatuto próprio e que ocupa lugar social específico. Este autor relata que a forma como o adulto concebe a criança vem sofrendo alterações desde o final da Idade Média (século XVI). Essas transformações sucedem de outras mudanças como a institucionalização da escola pública e o reordenamento da dinâmica no interior da família. Com isso, a criança passou a ser o centro de proteção e de cuidados, possibilitando a construção de conhecimentos que tentam delimitar um desenvolvimento “normal” e, conseqüentemente, guias para nortear as intervenções dirigidas às crianças (Áries, 1986).

A concepção de que a criança é pouco competente, dependente do desejo do adulto, e, conseqüentemente, sem direito a voz, ainda existe em muitos contextos, como em algumas famílias, creches, escolas e também em alguns serviços de saúde. Essas concepções, no entanto, coexistem com os novos discursos da criança como sujeito completo, competente, curioso, criativo, com direito a ser ouvido e atendido em suas necessidades específicas. Essa última concepção vem sendo adotada em pesquisas e práticas profissionais de diferentes áreas que estão utilizando a escuta atenta e um olhar sensível, para ver e ouvir as crianças em suas “realidades” (Enskar & Essen, 2000).

Desde meados do século XX, a criança tornou-se “objeto de estudo”, sendo inicialmente avaliada quanto às suas habilidades específicas, principalmente no

desempenho para realização de tarefas escolares. Os desejos, julgamentos, receios e preferências da criança ainda não eram alvos de interesse em pesquisas, pois as crianças sofriam a desconfiança quanto à suas competências para se comunicarem de maneira clara e objetiva, e geralmente, a prática mais comum era recorrer aos adultos, tanto familiares, como professores, para obter essas informações (Gomes, 2007; Tates, Meeuwesen, Bensing & Elbers, 2004).

As crianças eram observadas, medidas, descritas, analisadas e interpretadas. Contudo, essas pesquisas eram realizadas *sobre* as crianças e não *com* elas, onde o discurso do adulto imperava, sendo a criança ainda pouco escutada (Campos, 2008; Gomes, 2007).

Ouvir e considerar o que a criança fala pode auxiliar na construção de ações em seu favor (p.ex., medidas de proteção e intervenções na área da saúde), fortalecendo entidades e pessoas preocupadas com os interesses das crianças e lutando por melhores condições para que ela viva a sua infância (Rocha, 2008).

Atualmente, ganham visibilidade os estudos que procuram compreender as experiências das crianças pelo uso de informações construídas diretamente com elas, concebendo a criança como alguém capaz, produtora de cultura e portadora de história. Deste modo, a participação da criança como sujeito de pesquisa com direito à voz, tem sido motivo de crescente debate na literatura (Carvalho, Beraldo, Pedrosa & Coelho, 2004; Sólón, Costa & Rossetti-Ferreira, 2008; van Dulmen, 1998). Como exemplo, pode-se citar o estudo de Arrais e Araujo (1999) que objetivava descrever e compreender a experiência de sobreviver ao câncer na infância. A investigação foi conduzida entrevistando-se 10 crianças, que responderam ainda a duas escalas, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-C) e o Inventário de Depressão Infantil (CDI). Os resultados encontrados nos relatos das crianças permitiram conhecer mais o paradoxo, vivenciado por elas, entre o reconhecimento da condição de curado e a possibilidade constante de recidiva.

Alguns cuidados éticos já foram relatados no capítulo anterior no que se tratava de informes diagnósticos, mas no que tange a participação da criança em pesquisa, Mann e Tolfree (2003), Silva (2000), Silva, Barbosa e Kramer (2008) sugerem que sejam considerados, pelo menos, seis aspectos: a) idade, uma vez que crianças menores têm mais dificuldades de falar, sendo necessário, por exemplo, o uso de desenhos ou jogos; b) gênero, isto porque, em algumas culturas, as meninas não possuem as mesmas regalias que os meninos; c) tempo, pois ajudar as crianças a elaborarem uma forma de se expressar pode ser demorado; d) escuta e cuidado com os adultos responsáveis por elas, isto é, deve-se também escutar os adultos para que eles não se sintam excluídos ou percebam a situação

como sendo injusta, entretanto, deve-se manejar adequadamente a situação, quando o adulto se interpõe entre o pesquisador e a criança; e) nível de desenvolvimento da linguagem e escolaridade da criança, que influenciará no seu comportamento de resposta e f) cuidados com as crianças escolhidas para serem ouvidas dentro de um grupo, para que as selecionadas possuam características representativas deste grupo.

Mann e Tolfree (2003) recomendam que seja claramente apresentado o objetivo e o papel do pesquisador e que este deve obter os consentimentos necessários antes do início da pesquisa, cuidando para que as informações recolhidas não exponham a criança e/ou tornem-na vulnerável. Estes autores mencionam ainda, evitar colocar questões que causem estresse e sofrimento à criança. Ademais, os pesquisadores devem ter conhecimento da cultura local para não constranger a criança.

Na relação com a criança, é importante considerar o contexto social para poder relacionar as respostas emitidas com o ambiente em que vive. Isto possibilita ir além das respostas estereotipadas e reiteraões que, não raro, significam defesas e resistências que a criança desenvolve para se adaptar aos ambientes repressores do seu contexto ou da sua comunidade (Punch, 2002). Silva e cols. (2008) ressaltam, ainda, a necessidade de o pesquisador considerar os jogos de poder que envolvem a relação entre o adulto e a criança, assim como, as desigualdades étnicas e de gênero, questões de classe social e geracional. Esses aspectos podem influenciar a criança a fornecer informações que ela acredita que sejam as que os pesquisadores querem, em vez de suas “reais” concepções.

Rocha (2008) discute os termos “ouvir” ou “escutar” a criança em pesquisas, justificando que deveria se utilizar a palavra “auscultar”, que segundo a autora, é envolver-se na compreensão da comunicação feita pelo outro. Ela argumenta, ainda, que, quando o outro é uma criança, a linguagem oral não é central, nem única, pois é acompanhada por expressões corporais, gestuais e faciais também importantes. Isto implica alguns problemas metodológicos envolvidos na pesquisa com criança, como a necessidade de atenção às diferentes linguagens, utilização de métodos que apreendam também a comunicação não-verbal e os limites no grau de compreensão que podemos alcançar. Assim, são necessários métodos adequados a cada faixa etária e ao contexto cultural, partindo de experiências prévias da criança, facultando o seu envolvimento na pesquisa (Arfouilloux, 1976, conforme citado por Silva & cols., 2008).

Nesta mesma direção, Campos (2008), Rocha (2008) e Silva e cols. (2008) recomendam atenção e cuidado na utilização de técnicas de entrevista com criança, para não impor à ela algo que é do interesse da pesquisa. Em muitos casos, o adulto decide

unilateralmente o que é legítimo para a criança e, deste modo, as respostas dela refletiriam desejabilidade social, isto é, a criança responderia em conformidade com a expectativa das pessoas, do seu acompanhante ou do próprio pesquisador. Sendo assim, ouvir a criança exige um conjunto de estratégias de troca, de interação, mais do que apenas perguntas e respostas, considerando, portanto, o verbal e o não-verbal, que podem ser apreendidos pelo uso de duas ou mais técnicas de pesquisa, como a entrevista e a observação.

Docherty e Sandelowski (1999) e Punch (2002) identificaram duas indicações em relação ao melhor momento da realização da entrevista na pesquisa com criança. Um deles é em favor de que seja logo após o evento investigado, sob a justificativa de que isto ajudará a obter um relato mais fidedigno. O outro argumento advoga que se deve decorrer uma quantidade de tempo suficiente após o evento estudado, para que ele possa se tornar história e, assim, ser narrado.

Em relação ao formato da entrevista, alguns estudos sugerem mesclar métodos tradicionais usados com adultos e técnicas consideradas mais apropriadas para crianças (Arfouilloux, 1976, conforme citado por Silva & cols., 2008; Campos, 2008; Carvalho & cols., 2004; Mann & Tolfree, 2003) Um exemplo disso pode ser o uso de entrevista com perguntas abertas, possibilitando uma “conversa” com a criança, e a utilização de métodos baseados em atividades usuais, como desenhos e jogos (Rocha, 2008).

De acordo com Silva e cols. (2008), Arfouilloux apresenta o desenho infantil como uma das linguagens essenciais para o desenvolvimento de pesquisas com crianças pequenas, sobretudo aquelas que ainda não falam de forma articulada, num processo de entrevista. Insiste, ainda, na necessidade de contextualizar a situação de produção dos desenhos com a situação afetiva existente, tanto individual, como com aqueles que estavam em seu entorno, enquanto o sujeito desenhava. Para Arfouilloux (conforme citado por Silva & cols., 2008), o momento ideal para que o pesquisador utilize o desenho como recurso é após a entrevista, pois esta serviria como uma porta de entrada para que o adulto conhecesse mais e melhor a percepção da criança de seu próprio universo, seu estado afetivo, sua vida imaginária e suas possibilidades de criação.

Vale ressaltar que, em nossa cultura, a criança não é acostumada a se comunicar com adultos não-familiares em situações individuais, o que vai depender muito da postura, da forma e da linguagem utilizada pelo pesquisador para conseguir a participação da criança na pesquisa (Sólón & cols., 2008).

Silva e cols. (2008) analisam criticamente as mudanças nos papéis e nas formas de interação entre criança e adulto, concebendo as crianças como sujeitos em interação

constante, seja com outras crianças ou jovens e adultos. É fundamental ver e ouvir de forma diferenciada as pesquisas com crianças, já que se analisam sempre relações, para que se possa compreender, gestos, discursos e ações, valorizando a narrativa, olhando e escutando para captar o que não é dito e assim entender melhor a história (Rocha, 2008; Silva & cols., 2008).

Pesquisas demonstram que a criança pode exercer potencialmente influência tanto na estrutura, quanto no conteúdo da comunicação (Nussbaum & cols., 2003; Perosa & Gabarra, 2004; Silva, 2000; Street Jr. & Epstein, 2008; Tates & cols., 2004; Tates & Meeuwesen, 2001; van Dulmen, 1998; 2004). Deve-se então, considerá-la como sujeito participante e ativo na realização de pesquisas com foco nessa população, utilizando-se metodologias que apreendam suas percepções e que façam uso de uma escuta contextualizada.

2.2. O paciente pediátrico como participante de pesquisa

Conforme mencionado no capítulo anterior, os atendimentos em saúde envolvem outras pessoas além do médico e do paciente, como é o caso dos serviços pediátricos, em que se faz necessária a presença de um acompanhante responsável. A literatura indica que a presença do acompanhante pode afetar a dinâmica na comunicação da consulta. van Dulmen (2004) evidenciou que quanto mais o acompanhante se insere na comunicação, menos a criança participa; entretanto, quanto maior a idade do paciente, mais o médico tende a estimular a participação dele na interação comunicacional. Na investigação realizada por Armelin, Wallau, Sarti e Pereira (2005) sobre as dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes pediátricos, verificou-se que a comunicação se estabelece preferencialmente entre o profissional e o acompanhante, deixando a criança em um plano secundário.

O interesse pela criança no *setting* pediátrico surgiu a partir de algumas mudanças ocorridas no contexto da saúde, como: relações mais igualitárias nos serviços de saúde entre médicos e pacientes; declínio das relações autoritárias na família, principalmente na tomada de decisão sobre tratamentos e pela preocupação com a promoção de saúde (Leite & cols., 2007; Street Jr. & Epstein, 2008).

Os primeiros estudos realizados com crianças, no contexto de saúde, propuseram apreender as reações afetivas dos pacientes pediátricos (crônicos ou internados) perante a doença. Os resultados sugeriram que a hospitalização produzia privação de contato,

segurança e confiança, ocasionando, conseqüentemente, perturbações emocionais nas crianças (Bibace & Walsh, 1980).

Alguns fatores associados à própria criança podem aumentar o estresse dela no período da doença: falta de adaptação entre a criança e os pais, idade (especialmente entre seis meses e cinco anos) e sensação de incômodo dos procedimentos invasivos dos exames. Outros fatores estão associados ao ambiente de atendimento em saúde: a estrutura física, as rotinas, o quantitativo de pessoal presente no setor e uma relação deficitária entre os profissionais, as crianças e seus acompanhantes (Gomes, 2007; Pina, 2006).

Na relação com o adulto, os profissionais de saúde geralmente informam e orientam condutas; entretanto, com crianças, estes mesmos profissionais, não raro, tendem a dirigir uma comunicação que se restringe aos aspectos afetivos (p.ex., fazer brincadeiras). A relação afetiva é importante na interação médico-paciente, porém, o foco neste tipo de relação pode limitar a troca de informações e a tomada de decisão pelo paciente pediátrico (Perosa & Gabarra, 2004; Silva, 2000; van Dulmen, 2004).

Embora os pais possam verbalizar informações importantes sobre a história clínica das crianças, auxiliando no fechamento de um diagnóstico, a decisão sobre a melhor terapêutica precisa ser resolvida considerando-se a fala do paciente pediátrico, pois nem sempre as percepções dos pais sobre a doença, refletem nos sentimentos e necessidades das crianças (Nussbaum & cols., 2003; Tates & Meeuwesen, 2001).

Indicações clínicas e teóricas sugerem que a participação da criança é fundamental para atingir níveis favoráveis de satisfação e adesão ao tratamento, proporcionando um prognóstico positivo nas consultas pediátricas. Entretanto, estudos apontam que embora inicialmente as pesquisas pretendam analisar o processo de comunicação dentro da tríade, geralmente se focam na percepção de um ou dois participantes, especialmente da mãe e do pediatra (Perosa & Gabarra, 2004; Tates & Meeuwesen, 2001)

O interesse crescente em conhecer a opinião da criança e envolvê-la no tratamento suscitou várias questões relativas ao conteúdo da comunicação. Por um lado, os profissionais se perguntam quais recursos devem ser oferecidos para que ela possa expressar, de forma confiável, seu ponto de vista; de outro lado, há uma necessidade de saber como os profissionais de saúde devem se dirigir a ela, ou seja, o que pode ser dito, em que momento e de que forma (Leite & cols., 2007; Perosa, Gabarra, Bossolan, Ranzani & Perreira, 2006; Perrin, 1991).

Durante o atendimento, é preciso ter atenção ao se dirigir à criança, bem como evitar infantilizá-la, ignorando sua capacidade, embora algumas vezes limitada, de

compreender a situação. É necessária sensibilidade para adequar as rotinas às necessidades do paciente, e não forçar uma criança nem ameaçá-la para executar um procedimento. O diálogo é a melhor forma de resolver conflitos, seja com adultos ou crianças (Morsch & Aragão, 2006; Silva, 2000).

A partir do conhecimento das diferentes fases do desenvolvimento infantil, será possível amenizar os efeitos do processo de adoecimento na criança e sua família. Portanto a equipe de saúde precisa perceber que a criança é mais que uma pessoa doente ou uma doença, é um paciente com direitos e deveres, onde suas concepções, expectativas, medos e ansiedades são importantes para a tomada de decisões, para que se obtenha não só uma adesão ao tratamento, como um melhor prognóstico e uma qualidade de vida (Arrais & Araujo, 1998; van Dulmen, 2004).

2.3. Compreensão de crianças sobre saúde e doença

Os primeiros estudos realizados sobre a relação da criança com questões de doença se focavam principalmente nos aspectos afetivos, priorizando a repercussão emocional que a doença trazia para ela. Este foco de pesquisa começou a mudar a partir dos anos 1980, com a influência de Piaget (1936; 1937, conforme citado por Bibace & Walsh, 1980). O crescimento do interesse em pesquisar a aquisição de conceitos pela criança, inclusive aqueles relacionados à saúde, doença e morte, se focavam em conhecer como as crianças assimilavam suas experiências com a doença, ficando em segundo plano as reações afetivas que elas emanavam durante o adoecimento (Bibace & Walsh, 1980).

Em seus estudos, Piaget (1936; 1937, conforme citado por Bibace & Walsh, 1980) havia demonstrado experimentalmente que a criança apresenta uma lógica com princípios próprios, qualitativamente diferentes da do adulto, na aprendizagem de áreas fundamentais do conhecimento, como na aquisição da noção de espaço, tempo, causalidade e número. A hipótese de que há uma mudança previsível nos conceitos infantis sobre a causa, prevenção e cura das doenças, que acompanha a compreensão dos outros fenômenos físicos e que é a consequência do aumento da idade e experiência, foram devidamente comprovadas por alguns estudos (Bibace & Walsh, 1980; Hansdottir & Malcarne, 1998; Tates & Meeuwesen, 2001).

Ao longo dos anos 1980, Bibace e Walsh, (1980) se propuseram a avaliar como as crianças assimilam sua experiência com a doença, do ponto de vista do desenvolvimento cognitivo. Estes autores desenvolveram um modelo de como as crianças concebiam as doenças, baseado nos estágios de desenvolvimentos piagetianos: crianças em Estágio Pré-

operatório (dois a seis anos) conceituam a doença em termos circulares, indiferenciados e mágicos. Fixam-se em características externas e recorrem a explicações auto-culpabilizantes. Além disso, acreditam que adoecem porque não obedeceram ações concretas e vão sarar de forma mágica. As crianças em Estágio Operacional Concreto (sete a 11 anos) fazem uma distinção clara entre fenômenos internos e externos, mas continuam dando maior importância a fenômenos externos como causa das doenças. Acreditam que são os germes os principais responsáveis pelo adoecimento e que podem evitar a doença evitando o contágio. As crianças do Estágio Operatório Formal (12 a 16 anos), por sua vez, conseguem ter um pensamento hipotético e entender a doença como uma combinação de um estado corporal que responde às diversas agressões externas. Para eles, as doenças são causadas por uma interação complexa entre agentes e hospedeiros (Bibace & Walsh, 1980).

Baseados nestes estudos, pesquisadores apontam a necessidade de considerar a idade ou o estágio cognitivo da criança no momento de explicar a doença, por exemplo, no Estágio Pré-operatório, utilizar comparações, metáforas e explicar as cirurgias atendo-se aos aspectos externos, deixando as explicações anatômicas para crianças no Estágio Operatório Formal (Hansdottir & Malcarne, 1998; Perosa & cols., 2006).

Outsubo e Becker (2005) realizaram uma investigação com duas crianças com quatro anos e duas com oito anos, investigando o que as crianças com doenças crônicas pensavam sobre suas enfermidades. Os autores verificaram que independentemente da idade, as crianças se referiram à doença como sintomas, tais como, tosse, febre, vômito, espirro; assim como, associavam a doença aos hábitos e comportamentos inadequados, dentre eles: não dormir direito, pisar no chão gelado, tomar chuva, não lavar as mãos. Em relação ao órgão afetado, todas as crianças tinham noção precisa do órgão afetado.

Alguns trabalhos adotam a vertente piagetiana, mas outros sustentam enfoques mais funcionalistas, dando prioridade ao papel da aprendizagem, experiência e cultura na aquisição dos conceitos. A partir deste enfoque, a vivência do adoecer é uma experiência aprendida, devendo sofrer influências maiores das experiências do que dos estágios cognitivos. Eiser, Patterson e Eiser (1989; 1994), apontam que ter conhecimento sobre a doença permite às crianças superarem os limites dos estágios cognitivos, sendo possível que tanto a qualidade como a quantidade de informações repassadas sejam maiores, assim como, quando a criança está vivenciando o processo do adoecer, este aspecto aumenta seus conhecimentos em saúde.

Algumas evidências empíricas parecem dar suporte ao enfoque funcionalista. Perosa e Gabarra (2004) estudaram o desenvolvimento cognitivo e as explicações de causalidade das doenças em 50 crianças hospitalizadas (entre cinco e nove anos). Os autores constataram que foi estatisticamente significativa a relação entre a complexidade das explicações e o número de interações. Além disso, a maioria das crianças, independentemente da idade, atribuiu o adoecimento à desobediência.

Entretanto, também existem evidências contrárias a esta concepção. Perrin (1991) verificou as concepções das crianças sobre a causalidade das doenças, bem como a parte do corpo afetada. O resultado evidenciou que as crianças doentes apresentavam menor compreensão de doença quando comparadas com as saudáveis.

Para alguns autores, as concepções das crianças sobre as doenças também são influenciadas pela escolaridade, principalmente se elas estudam em uma escola onde há aulas de ciências (Hansdottir & Malcarne, 1998; Mann & Tolfree, 2003). Outros autores, ainda, consideram que as diferenças culturais incidem sobre a conceituação do processo saúde/doença (Outsubo & Becker, 2005; Perrin, 1991; Tates & cols., 2004) e sugerem a realização de estudos transculturais. A justificativa subjacente é de que a maioria das pesquisas ocorre em países desenvolvidos e com crianças com doenças crônicas, internadas ou saudáveis; porém, acredita-se que as mudanças climáticas, as diferenças de recursos lingüísticos, a facilidade/dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à escola, podem influenciar a resposta das crianças em diferentes países e contextos (Tates & cols., 2004; van Dulmen, 2004).

O debate ainda está em aberto, entretanto, parece haver um consenso de que a aquisição dos conceitos de saúde e doença pelas crianças é bastante precoce, iniciando-se no Estágio Pré-operatório, de acordo com a perspectiva piagetiana. Por este motivo, parece não haver justificativas para a passividade infantil que se observa, ainda, em alguns serviços de saúde. A pouca participação da criança parece ter uma conexão maior com as expectativas que se tem dela no contexto da consulta médica, do que com sua capacidade de compreensão (Nussbaum & cols., 2003; Perosa & Gabarra, 2004).

Essa realidade precisa mudar, tendo em vista que compreender as concepções da doença, a partir do próprio discurso da criança, auxiliaria tanto na promoção da humanização nos contextos de saúde, como facilitaria ou ampliaria os caminhos de diálogo entre a criança e os profissionais de saúde, auxiliando no desenvolvimento de estratégias eficazes de comunicação de acordo com cada idade (Nussbaum & cols., 2003; Outsubo & Becker, 2005).

2.4. Comunicação com pacientes pediátricos: necessidades e desafios

Conforme anteriormente exposto, as crianças conseguem entender mais sobre concepções de saúde e doença do que geralmente se supõe. Geralmente, quando há compreensão por parte da criança de sua situação, os sintomas tornam-se menos assustadores e o tratamento é facilitado, pois se entende a função da medicação e a prevenção (Eiser & cols., 1994; Perosa & cols., 2006; Silva & cols., 2008). Destarte, a comunicação direta entre médicos e crianças contribui para melhorar o relacionamento em termos de satisfação com cuidados, adesão ao tratamento e melhores resultados para a saúde.

Os estudos revisados por Tates e Meeuwesen (2001) apresentaram características semelhantes quanto à contribuição do médico durante a conversação (média de 60%). A contribuição dos pais variou entre 26-39% e das crianças de 2-14%. Embora existam algumas variações, a participação da criança nas verbalizações é muito pequena ou quase ausente. Verificou-se, também, que nesta investigação, a contribuição da criança se torna maior em termos do aumento da idade.

Quanto às distinções entre comportamentos instrumentais e afetivos, estudos ressaltaram que quando a interação é com os pais, os médicos mostram uma boa quantidade de comportamentos instrumentais, fornecendo informações e instruções e respondendo aos questionamentos realizados. Entretanto, na interação com as crianças, os médicos emitem mais comportamentos afetivos (Armelin & cols., 2005; Tates & cols., 2004).

Lidar com uma criança doente requer habilidades comportamentais e comunicacionais. A criança necessita de um espaço para compartilhar seus pensamentos, medos e fantasias sobre seu estado de saúde, mas muitos adultos, por não saberem abordar assuntos difíceis, em alguns casos, se calam ou evitam a criança, deixando-a sozinha e desamparada. Em outros casos, chegam a mentir para o paciente pediátrico. Por meio dessas condutas, o adulto acredita estar protegendo-o do sofrimento, mas também pode estar negando ao paciente, nas ocorrências mais graves, a possibilidade de elaboração do luto e da realização de despedidas (van Dulmen, 1998; Tates & cols., 2004).

Muitas crianças possuem a capacidade de comunicar-se claramente, mesmo diante de assuntos como a morte, seja através da fala, do desenho, de pinturas ou brincadeiras, mas a postura adotada pelos adultos pode interromper este processo, pois a mentira ou o silêncio acrescentam confusão e dor à criança, ao confrontar o que ela percebe com o que o adulto lhe relata. A comunicação clara e efetiva sobre a morte cria um espaço que evita que

o paciente pediátrico tenha prejuízos emocionais (Bibace & Walsh, 1980; Melo & Valle, 2004; Perosa & cols., 2006).

A quantidade de informações e os detalhes acerca do diagnóstico variam de acordo com a idade. Alguns autores acreditam que contar a verdade para a criança tem conseqüências positivas, possibilitando a ela colocar suas dúvidas e sentimentos, mesmo que seja sobre estágios terminais, atribuindo a criança a decisão sobre a melhor terapêutica paliativa (Mann & Tolfree, 2003; van Dulmen, 2004). Entretanto, Gomes (2007) e Leite e cols. (2007) defendem que expressar abertamente o prognóstico impossibilita que a criança utilize a negação, mecanismo psicológico de defesa, importante em alguns momentos para manter a esperança da criança. Entre os dois extremos, um posicionamento cauteloso pode ser uma estratégia interessante, isto é, escutar a criança e avaliar que tipo de informação ela deseja e em que momento, criando um ambiente de confiança, para que ela possa expressar seus medos, preocupações e interesses (Rocha, 2008).

As pesquisas que possuem o interesse de estudar a participação da criança e sua interação no contexto de saúde, tendem a reduzir suas coletas de dados e análises a percepções de apenas dois participantes, o médico ou profissional e o acompanhante, tentando, muitas vezes, apreender concepções das crianças por meio do relato de seus responsáveis. O foco principal de pesquisas recentes ainda continua sendo a díade formada pelos adultos, e é a partir da percepção dos pais/acompanhante que se restringem as análises da interação e de satisfação nas consultas pediátricas (Mendonça, 2007; Perosa & cols., 2006; Tates & Meeuwesen, 2001)

Mesmo quando os estudos não têm a intenção de apreender somente os comportamentos dos adultos, os acompanhantes interferem de tal maneira na comunicação que excluem a participação do paciente pediátrico. Connor e cols. (2009) e Tates e Meeuwesen (2001) constataram que sempre que o médico se dirigia ao paciente, seu acompanhante tomava a frente para responder as questões ou interrompia a fala das crianças. Entretanto, foi percebido que quando o paciente pediátrico insistia em participar, o médico lhe dirigia mais atenção e a contribuição da criança aumentava. Portanto, o médico, geralmente por falta de habilidade, não estabelece contato diretamente com a criança, sendo este comportamento reforçado pela postura adotada pelos acompanhantes, que atuam como ponte ou como barreira na relação entre profissional e paciente pediátrico.

A participação do acompanhante na consulta pediátrica é importante, pois com o convívio diário com a criança as informações trazidas sobre o estado de saúde do paciente são importantes para a história clínica e o fechamento do diagnóstico. Contudo, não se

pode supor, a *priori*, que a percepção do acompanhante sobre a doença, o tratamento e a prevenção reflita a concepção, os sentimentos e as necessidades do paciente, principalmente quando este é mais independente. Isto deve ser especialmente considerado quando o vínculo existente entre o acompanhante e o paciente pediátrico é permeado por algum conflito relacional, o que pode prejudicar o repasse de informações relevantes para o diagnóstico ou tratamento à equipe de saúde (Armelin & cols., 2005; Enskar & Essen, 2000).

Apoiando a participação ativa da criança nos encontros médicos, alguns autores defendem a tomada de decisão compartilhada nos atendimentos, bem como, a relevância da elaboração de um consentimento informado específico (Marks & cols., 2004; Tates & Meeuwesen, 2001). O aumento da comunicação por parte da criança é influenciado pelo número de vezes que ela entra em contato com o mesmo profissional. Na investigação de Perosa e cols. (2006), quanto mais recebia visitas, mais o paciente falava e interagiu com o médico. Estes autores defendem que o fato da mesma equipe acompanhar a criança poderá facilitar na assimilação das informações, trazendo conseqüências positivas para a sua colaboração no tratamento ou na aceitação da situação de proximidade da morte.

Com relação aos médicos, algumas pesquisas evidenciam que eles comumente não dirigem informações às crianças por três motivos: primeiro, pela concepção de que elas podem não entender, considerando que falta na criança competências para assumir responsabilidades por escolhas e decisões em consultas médicas; segundo, pela dificuldade em abordá-las verbalmente, por não saberem como fazê-lo, que linguagem utilizar, que quantidade de informação repassar; e terceiro, pela percepção de que os pacientes podem sofrer perturbações emocionais com as informações, ou seja, por uma tentativa de proteção do médico (Mendonça, 2007; Tates & cols., 2004; Tates & Meeuwesen, 2001).

A pouca participação da criança nos contextos de saúde resultam tanto das inabilidades dos profissionais em manter a interação focada nela, quanto do contexto social mais amplo, incluindo a idade, o sexo, a classe social. Isto pode expressar um conflito de poder entre os participantes, condicionados aos seus papéis específicos (médico e pais), do poder exercido pelo adulto nas relações sociais de modo geral e do poder determinado pelo *status* exercido pelo médico (Inui & Carter, 1985).

As crianças, tal qual como os adultos, geralmente se sentem mais confortáveis quando são cumprimentadas pelo nome e envolvidas em interações agradáveis antes de serem inquiridas com perguntas delicadas ou ameaçadas com exames clínicos (Leite & cols., 2007).

Por estarem em fase de crescimento físico, de desenvolvimento intelectual e emocional, os atendimentos às crianças se tornam singulares, mas, todavia, no campo clínico, o aspecto que deve sobressair é a lógica da prevenção e da orientação antecipada. Assim, além das respostas aos problemas específicos de saúde física, as estratégias de prevenção e de orientação antecipadas devem fazer parte da consulta, como por exemplo: orientar sobre vacinas, atenção aos hábitos de alimentação e às situações cotidianas que podem provocar acidentes (Armelin & cols., 2005; Tates & cols., 2004).

Na maioria dos encontros clínicos, a dimensão da doença precisa ser ampliada para além do biológico, incluindo o entendimento da criança no seu modo de vida e os cuidados globais que lhes são destinados por sua família. Os recursos de comunicação facilitam essa abordagem e entendimento, propiciando ao profissional, condições para a criação do vínculo, a coleta de informações, o exame clínico, a adesão à terapêutica e o retorno às consultas subseqüentes.

Sabendo a dificuldade da equipe de saúde, bem como da família do paciente pediátrico informar este sobre seu quadro de saúde, a Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (SIOP) prevê, em documento oficial publicado em 2000, orientações sobre a comunicação do diagnóstico de câncer, que podem ser utilizadas para outros quadros clínicos. Segundo esta instituição, a comunicação deve atender as expectativas dos envolvidos e proporcionar confiança entre a equipe de saúde, a criança e sua família, levando-se sempre em consideração, tanto a necessidade de informação e a capacidade de compreensão da criança, quanto a habilidade dos profissionais em preparar, informar e orientar sobre o estado de saúde do paciente e também, sobre o andamento do tratamento. O documento afirma, ainda, que, raramente, os pais estão preparados para ouvir e eles devem planejar e serem ajudados a saber usar seus recursos materiais e emocionais e suas energias para auxiliar seus filhos durante os tratamentos. A criança precisa compreender a sua nova situação de vida, a natureza da doença, os efeitos colaterais, as formas de tratamento, as possibilidades de cura, dentre outros.

Quanto à comunicação, no âmbito geral, as orientações da SIOP (2000) aos médicos, são: estabelecer um protocolo de comunicação; comunicar imediatamente o diagnóstico e acompanhar posteriormente; comunicar em local privativo e confortável; comunicar aos pais e os outros membros da família, se o paciente desejar; realizar reunião separada com a criança; solicitar questões dos pais e da criança e encorajar a família toda a conversar juntos. Tudo isso considerando as características culturais, médicas, dinâmicas familiares, recursos e habilidades dos pais, das crianças e da equipe médica.

Em suma, diante do que foi exposto neste capítulo, a necessidade de mais pesquisas se justifica porque: algumas investigações ainda desconsideram que o paciente pediátrico pode e deve se envolver em decisões sobre seu próprio cuidado em saúde e também, porque grande parte dos estudos que afirmam examinar a interação entre médicos, paciente e acompanhante, se detém a apreender apenas a concepção da díade adulta (pediatra e acompanhante) não considerando a presença dos três participantes (Punch, 2002; Sólón & cols., 2008; Tates & Meeuwesen, 2001).

CAPÍTULO 3

NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: ALGUMAS ESPECIFICIDADES DA COMUNICAÇÃO

Tendo em vista a temática da comunicação, são discutidos neste capítulo os seguintes tópicos principais: estruturação dos serviços de saúde, etapas da consulta e caracterização da assistência em nível de assistência primária (atenção básica) e assistência terciária (média e alta complexidade).

3.1. Estruturação de serviços de saúde

Algumas pesquisas sobre comunicação em saúde, ao analisarem as consultas médicas, têm focado especialmente nos tipos e modelos de relação médico-paciente, sem considerar o contexto de interação. Entretanto, a comunicação pode variar de acordo com o tipo, o funcionamento e a finalidade da instituição em que ela ocorre (Cosnier, Grosjean & Lacoste, 1994; Sucupira, 2007b). Martins e Araujo (2008) indicam que a comunicação é influenciada pelos comportamentos e atitudes dos profissionais e pacientes, pelos fatores associados à doença, e também, pela organização do atendimento. Este último aspecto surge como mais uma variável que poderá interferir na participação do paciente.

A diversidade de serviços de saúde pode produzir diferentes padrões de consulta, tanto do ponto de vista técnico como das relações que se estabelecem entre profissionais, pacientes e acompanhantes. A literatura propõe, ainda, a existência de culturas específicas nesses diferentes locais, bem como, diferenças nos modos de perceber e exercer o trabalho, refletindo em possíveis mudanças nas relações que se estabelecem em cada ambiente (Cosnier & cols., 1994; Maldonado & Canella, 2009; Martins & Araujo, 2008; Tates & cols., 2004). Isto justificaria uma abordagem para investigar semelhanças e diferenças (comparação) entre os níveis de assistência à saúde.

O aspecto que mais diferencia as consultas realizadas nas organizações, contudo, é o atendimento pessoal dispensado ao paciente. O relacionamento com este vai depender do modo como o médico percebe os direitos do paciente e como ele vê a função do serviço em que está inserido (Coelho Filho, 2007; Lambert & cols., 1997; Ogden, 2004; Ruiz-Moral, 2007).

No entanto, as novas propostas de promoção de saúde trouxeram para a consulta médica a necessidade de intervenções no modo de vida dos indivíduos (p.ex., na alimentação). As questões familiares e sociais, como a drogadição, os maus-tratos e baixo

rendimento escolar, passaram a ser demandas de consultas em qualquer nível de assistência em saúde, requerendo dos profissionais uma comunicação eficiente na escuta e no repasse de indicações terapêuticas (Freire & Vilar, 2006; Salmon & Atkin, 2003).

Coelho Filho (2007), Hertage e Stivers (1999), Tates e cols. (2004) e Travaline e cols. (2005) identificaram que um dos principais fatores associados à diminuição da participação dos pacientes no momento de consulta foi a organização e estrutura do atendimento, incluindo a ausência do paciente durante os momentos em que seu tratamento está sendo discutido. Uma sugestão sinalizada por alguns autores seria a possibilidade de adequação do protocolo de atendimento às necessidades dos pacientes, onde as rotinas pudessem ser adaptadas aos costumes de cada paciente e seu tratamento tornar-se individualizado (Tates & cols., 2004; Travaline & cols., 2005).

Destarte, atualmente, a organização dos serviços de saúde deve considerar o respeito aos valores subjetivos do paciente, a promoção de sua autonomia e a diversidade cultural. Fatores organizacionais, tais como, a alta rotatividade dos médicos e as estruturas físicas inadequadas de muitos hospitais, afetam o atendimento devido à falta de privacidade e às interrupções. Os obstáculos organizacionais estruturais e o caráter dinâmico da atividade terapêutica, mais a carga física e emocional que implica o exercício do profissional de saúde, prejudica os aspectos interacionais que são o ponto central da relação de cuidado (Consier & cols., 1994).

3.2. Estrutura de consulta

A consulta médica é um momento singular de interação entre médicos e pacientes, cuja finalidade deve ser responder à demanda trazida pelo paciente. Geralmente, nos hospitais públicos ou privados, os consultórios se localizam na área ambulatorial. Esta área é caracterizada pela disposição de diversas salas de atendimento clínico em diferentes especialidades e pela alta rotatividade de pacientes. Sua finalidade, além de promover saúde, é o atendimento destinado à identificação de doenças, medicação e alívio de sintomas imediatos (Epstein & cols., 2004; Jangland & cols., 2009; Sucupira, 2007b).

Do ponto de vista da interação, o médico e o paciente assumem papéis para favorecer o andamento da consulta. Estes papéis sofrem algumas modificações ao longo do atendimento, sendo denominados de ritualizações (Cosnier & cols., 1994). Estes autores definem cinco tipos de rituais. Os *rituais de acesso* são os comportamentos emitidos pelos participantes no momento inicial de recepção, como, por exemplo, bater na porta, saudar e acenar com a cabeça. Os *rituais de separação* são semelhantes aos rituais de acesso, mas

são realizados no momento da despedida. Os *rituais de acolhimento* são fundamentais e requerem habilidades sociais que servirão para possibilitar abertura para interações subseqüentes, em que poderá ser criada uma relação favorável entre médico e paciente. Os *rituais de confirmação*, por sua vez, são formalidades socioculturais e educacionais em que se busca a confirmação da imagem que um participante pretende transmitir ao outro. E finalmente, os *rituais de reparação* estão presentes quando surge a necessidade de reparar possíveis mal entendidos e conflitos que surjam na relação clínica, atenuando os procedimentos médicos dolorosos ou desagradáveis (p.ex., injeções e exames dolorosos) e geralmente, se manifestam por comentários do médico tentando aliviar o incômodo do paciente.

Em alguns casos, a consulta, caracterizada por rituais e procedimentos sistemáticos, deixa de ser percebida como uma prática contextualizada, tornando-se automatizada. Entretanto, a consulta não pode ser entendida apenas no seu aspecto técnico, pois é sempre influenciada pelos indivíduos que dela participam e pelo local onde ela se realiza assumindo configurações específicas e singulares (Cosnier, 1994; Maldonado & Canella, 2009; Martins & Araujo, 2008; Tates & cols., 2004).

Os ambulatórios, onde a maioria das consultas ocorre, possibilitam a realização do atendimento à grande maioria dos problemas de saúde, com custos mais reduzidos. Foi na prática ambulatorial, que a divisão do trabalho médico, imposta pelo desenvolvimento tecnológico, promoveu o aumento no número de especializações realizadas pelos médicos, o que resultou na complementaridade entre o médico generalista e o especialista, e conseqüentemente um entendimento mais amplo do paciente (Jangland & cols., 2009; Vaysse, 1994).

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve aumento expressivo no acesso da população aos serviços de saúde. Nesta nova concepção, os antigos centros de saúde passaram a ser considerados as principais portas de entrada do SUS. Recentemente, em alguns estados brasileiros, ao receberem a nova denominação de unidades básicas¹, os centros de saúde passaram a incorporar o modelo médico-assistencial, perdendo o seu caráter educativo (Brasil, 2007a).

A organização da atenção médica nos serviços de pronto atendimento, isto é, atendimentos que não são de urgência e se destinam ao atendimento imediato das queixas, introduziu um padrão de consulta que se apóia na idéia de racionalização. O pronto

¹ Embora todos os centros de saúde do país tenham mudado o caráter de atendimento, alguns ainda não modificaram seus nomes para unidades básicas de saúde.

atendimento teve como principal conseqüência a redução da consulta a um modelo definido como “queixa-conduta”, não estabelecendo na prática comunicações que promovam saúde e previnam doenças (Brasil, 2007b; Ministério da Saúde, 1998).

Pela gama de serviços que tem como atividade principal a consulta, como centros de saúde, hospitais ou clínicas, é importante que os médicos tenham a compreensão do tipo de atendimento fornecido nos diferentes modos de prestação de serviços ambulatoriais, para que possam entender suas características e o modo como essas peculiaridades interferem na relação médico-paciente. Por sua vez, os serviços de saúde, ao definirem uma proposta de atendimento, configuram suas demandas específicas, reorientando a clientela que aprende (ou deve aprender) a recorrer ao tipo de serviço, de acordo com o seu problema de saúde. Apesar dos distintos padrões de consulta, é oportuno considerar a existência de algo que permeia todos eles: a finalidade de identificar o problema e buscar os meios adequados para resolvê-los, seja de forma reducionista ou ampliada, com menos ou mais tecnologia (Jangland & cols., 2009; Sucupira, 2007b).

Nas situações de atendimento ambulatorial, a consulta requer que o médico e o paciente estabeleçam um “contrato simbólico”, isto é, uma permissão para que todos os procedimentos necessários sejam feitos a cada encontro; para que este realize os exames solicitados e cumpra a prescrição medicamentosa e para que o paciente compareça aos retornos agendados. Deste modo, a adesão ao tratamento precisa ser conquistada pelo médico (Heath, 1994b; Hertage & Stivers, 1999).

Segundo Cosnier (1994), a consulta médica desenvolve-se a partir de um *script* que se inicia no acolhimento do paciente e segue com a apresentação da queixa e a exploração dos sintomas pelo médico. Posteriormente, são realizados os exames físicos, as explicações diagnósticas, as prescrições e o fechamento. Este é, portanto, o modelo tradicionalmente adotado na medicina que seria compatível com as necessidades do atendimento clínico. A seguir, descrevem-se brevemente cada uma destas etapas.

1) *Acolhimento e apresentação da queixa*: a etapa de acolhimento marca a relação que se estabelece entre o médico e paciente e personaliza esta relação tanto através de emissões verbais, quanto de elementos não-verbais como o sorriso, o aperto de mão, a postura, as atitudes, o tom de voz. No momento do informe da queixa se obtém as informações iniciais que permitem conhecer o indivíduo que possui a queixa, bem como a história da doença. As informações provenientes da anamnese oferecem indícios para a formulação do diagnóstico e, não raro, é o procedimento que mais contribui para

fechamento do quadro clínico (Marvel, Epstein, Flowers & Beckman, 1999; Penchansky & Thomas, 1981).

Alguns elementos materiais também são necessários para facilitar este momento: um ambiente acolhedor com cadeiras para pacientes e acompanhantes, mesa de exame adequada, biombo para manter a privacidade no exame clínico e lençol caso o paciente precise se despir. A queixa é uma etapa que varia de acordo com o serviço. Nas consultas de emergências ou no pronto atendimento, devido à urgência do paciente, as queixas geralmente estão centradas nos sintomas e nos meios disponíveis para tratá-los. Nos ambulatorios, é possível buscar compreender de maneira mais ampla os determinantes do adoecimento (Sucupira, 2007b). A consulta pode ser motivada pela percepção de um sintoma que antecipa a doença, por um sofrimento expresso de forma difusa em várias queixas ou pela proposta de promoção de saúde, ou seja, a solicitação de um *check-up* (Ministério da Saúde, 1998).

No momento de investigação da queixa do paciente, o médico deve tentar propiciar uma atitude aberta, de escuta atenta para incentivar a participação do paciente. Essa escuta é um dos aspectos mais comprometidos nas consultas. Na pesquisa de Marvel e cols. (1999) os médicos pesquisados disponibilizaram um tempo médio de apenas 23,1 segundos para o paciente expressar sua queixa, antes deles fazerem o primeiro redirecionamento da anamnese. Estes autores concluíram que depois que a discussão havia sido focalizada em um problema específico, o retorno para exposição de outras queixas foi muito baixo (8%). Isto foi explicado pelo uso freqüente de questões fechadas, pela não solicitação para que o paciente voltasse a expor novas queixas e pelo fato de o médico dirigir a entrevista para o que lhe interessa, a fim de fechar o diagnóstico formulado previamente.

É importante que na primeira etapa da consulta, o médico tenha capacidade de saber ouvir o paciente e manter o diálogo, sem perder a objetividade necessária para obtenção das informações relevantes da história do paciente. Como já discutido em capítulos anteriores, a habilidade de manter um diálogo pode ser apreendida. Observar aqueles que se comunicam bem, é uma forma de aprender com eles, como ser mais atento com os outros, como se movimentar, como expressar o verbal e o não-verbal, a fim de identificar os reforçadores destes comportamentos. Entretanto se o médico não dispõe desta habilidade e se o paciente tem um grau de instrução diferente do médico e este não se empenha na conversação, essa atitude pode vir a prejudicar o conhecimento, por parte do médico, de fatos importantes para o esclarecimento da queixa trazida (Porto, 2003; Salmon & Atkin, 2003; Straub, 2005).

Uma das razões atribuídas à baixa qualidade da consulta é o tempo disponível para elas. Alguns autores argumentam que o tempo médio é de 15 minutos para realização da consulta (Marvel & cols., 1999; Sucupira, 2007b). No entanto, Sucupira (2007b) constata que nos serviços de saúde de alguns municípios brasileiros, as consultas não passam de cinco minutos. Cabe ao médico organizar seu tempo, segundo a necessidade de cada paciente, pois o fator tempo não pode ser visto como limitante da qualidade da consulta.

2) *Exame físico*: é o momento em que o paciente revela seu corpo. Por isso mesmo, pode gerar reações físicas provenientes da tensão que surge nesta etapa da consulta, como taquicardia, sudorese ou mesmo a recusa explícita nas crianças, nos adultos e/ou nos idosos. Isso justifica o cuidado que o médico precisa ter em manter a privacidade requerida para o exame, embora seja comum, especialmente nos serviços públicos, encontrar diversos profissionais que interrompem as consultas pelos mais diferentes motivos ou deixam a porta do consultório aberta sem que haja um biombo para a realização dos exames (Heath, 1994b; Sucupira, 2007b).

Durante esta etapa da consulta, os pacientes, geralmente, adotam a postura de pessoas insensíveis para que o seu corpo possa ser passível de análise. Este comportamento tem a intenção de auxiliar para que o exame se desenvolva sem constrangimentos e de autorizar o médico a desenvolver atividades que não seriam permitidas a outras pessoas. Mas, este momento exige do paciente um equilíbrio no envolvimento, pois ao mesmo tempo em que ele precisa ter uma insensibilidade que permita que seu corpo seja manipulado, é necessário também, que ele tenha sensibilidade para estar atento e cooperativo, às exigências do exame (p.ex., deitar, abrir mais a boca, dizer onde dói) (Heath, 1994b).

Segundo Hertage e Stivers (1999) diferentes formas de comunicação são estabelecidas no momento do exame. Primeiramente, o médico fornece orientações sobre as ações do paciente para, posteriormente perguntar sobre sensações associadas com o exame. Santos (2001) ressalta que muito pouco se sabe sobre práticas em que médicos explicam aos seus pacientes o que eles estão fazendo, ou vendo, e para quê.

Recomenda-se, durante o exame, que o médico informe os procedimentos que irá realizar para deixar o paciente mais tranquilo, deixando os procedimentos mais dolorosos e constrangedores para o final. Nas crianças, o médico deve focar nos setores que podem estar mais diretamente relacionados à queixa, mas, como as características principais da infância são o crescimento e o desenvolvimento, o exame deve ser sempre completo e

realizado por segmentos, seja no sentido crânio-caudal ou vice-versa (Enskar & Essen, 2000; Leite & cols., 2007).

3) *Formulação do diagnóstico*: de acordo com Heath (1994a), em geral, é nesse momento que as hipóteses elaboradas durante toda a consulta são confirmadas ou abandonadas. Entretanto, ressalta-se a existência de casos em que se termina a consulta sem um diagnóstico confirmado, sendo necessários alguns exames complementares. Neste aspecto, pode ocorrer a solicitação exagerada de exames extras nos atendimentos, assim como encaminhamentos desnecessários para especialistas.

No diagnóstico, deve-se procurar estabelecer a natureza e a causa dos problemas, assim como, os fatores psicológicos, sociais e culturais envolvidos. O grande desafio do médico neste momento é como informar ao paciente seu diagnóstico. Em muitos casos, ele pode parecer simples para os médicos, mas é recebido como grave pelas experiências anteriores dos pacientes (Straub, 2005). Nesse sentido, é essencial que haja uma comunicação eficiente, para que o médico perceba as crenças e mitos dos pacientes, deixando espaço para que estes consigam verbalizar suas dúvidas, desejos e medos pelo informe do diagnóstico (Heath, 1994a; Leite & cols., 2007; Maldonado & Canella, 2009; Straub, 2005).

O informe diagnóstico pode ser feito por uma palavra apenas ou uma descrição detalhada do desenvolvimento dos sintomas da doença. Geralmente, o médico informa ao paciente sobre a natureza e a gravidade do seu quadro clínico, compreendendo descrições de seu estado, avaliações e denominações das doenças. Os médicos generalistas geralmente informam o diagnóstico logo após o exame físico (Heath, 1994a).

4) *Elaboração do plano terapêutico*: compreende desde a prescrição de medicamentos e exames até orientações dietéticas e indicações de hábitos de vida mais saudáveis (Sucupira, 2007b). Este momento deve ser amplamente discutido com o paciente, respeitando sua compreensão e repassando propostas contextualizadas com as rotinas e as condições de vida do paciente. A sua participação na tomada de decisão está associada à aderência ao plano terapêutico (Elwyn & cols., 2001; Epstein & cols., 2004; Straub, 2005).

Há a recomendação de que as consultas tenham um enfoque educativo, responsabilizando os indivíduos na aquisição de hábitos saudáveis de vida. Para isso, orientações de promoção de saúde e medidas específicas de prevenção de agravos são necessárias em todas as consultas (Porto, 2003; Salmon & Atkin, 2003)

Nas consultas em ambulatório, o paciente é responsável por seguir o tratamento e, como não é possível acompanhá-lo ostensivamente como ocorre nas internações, o médico precisa conhecer as possibilidades do paciente em aceitar suas propostas terapêuticas. O objetivo da consulta deve ser conseguir que o paciente, seja ele adulto ou criança, compreenda todos os aspectos envolvidos na sua doença/sufrimento, assim como as possibilidades de tratamento disponíveis e adequadas à sua situação (Gomes, 2007; Straub, 2005; Sucupira, 2007b).

3.3. Parâmetros regulamentadores da assistência primária/atenção básica²

A assistência primária configura-se em um dos pilares na estruturação dos sistemas de saúde e sua lógica possui raízes históricas. Em 1920, na Inglaterra, foi publicado o Relatório Dawson, que se tornou um marco na história da organização dos sistemas de saúde, propondo a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde como meios para se alcançar maior eficiência. A idéia era implantar um sistema integrado de medicina preventiva e curativa, coordenando ações primárias, secundárias e terciárias. Esta concepção está na base do sistema nacional de saúde britânico, criado em 1948, e orientou a reorganização dos sistemas de saúde em vários países. No Brasil, por exemplo, a primeira proposta nesse sentido foi apresentada na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, pelo Dr. Mário Magalhães Silveira (Mendes, 2002; Monnerat, Senna & Souza, 2002).

O conceito de assistência primária tem diferentes interpretações na realidade internacional. Mas, aqui no Brasil, sua concepção é definida pela Organização Mundial da Saúde, como atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos. A assistência primária é baseada em tecnologias tornadas acessíveis às comunidades e a um custo que as comunidades e o país podem suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento. São os serviços de saúde mais próximos possíveis aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (World Health Organization, 2008).

A atenção básica ocupa o papel central na organização dos sistemas, ela é capaz de melhorar o estado de saúde da população com equidade, diminuir custos e aumentar a satisfação dos usuários com a rede de serviços (Freire & Vilar, 2006; Salmon & Atkin, 2003).

² O termo atenção básica será utilizado neste capítulo como sinônimo de assistência primária

Embora se tenha uma divisão dos serviços de saúde (primário, secundário, terciário e quaternário), ela não deve ser entendida de maneira fragmentada ou organizada em formato piramidal e hierarquizada, em que na base estariam os serviços de baixa complexidade e, portanto, estes seriam considerados de menor importância. Isto porque a atenção básica, embora possua menos densidade tecnológica, requer conhecimentos interdisciplinares, atitudes e habilidades especializadas. Desta forma, em vez da hierarquização entre os serviços, existe uma diferenciação por suas funções específicas e pelas densidades tecnológicas utilizadas (Mendes, 2001; Monnerat & cols., 2002).

No Brasil, os atendimentos primários em saúde ocorriam, inicialmente, nos centros de saúde, criados por Geraldo de Paula Souza em 1924, em que articulavam ações preventivas e curativas restritas às doenças infecciosas e carenciais. A partir de meados da década de 1960, com a hegemonia do modelo médico assistencial privatista, a assistência primária focalizou suas ações na promoção de saúde e na prevenção das doenças. A atenção médica incorporava, ainda, um modelo dirigido para o grupo materno-infantil (Bodstein, 2002; Mendes, 2002).

Com o advento do SUS, o número de unidades básicas de saúde (antigos centros de saúde) aumentou na quantidade e melhorou a qualidade, em função do preceito da integralidade e da descentralização. Com isso, a gestão das unidades passou a ser coordenada e dirigida pelos municípios. A portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo uma revisão das normas e diretrizes anteriores, caracteriza a atenção básica como: *“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção de saúde”* (p. 58).

A assistência primária deve ser consolidada como o eixo estruturante das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no SUS, e não somente como o primeiro nível de atenção dos usuários, reduzindo seu potencial transformador. Para isso, a rede de atenção básica, seja no nível municipal e/ou regional, deve possuir algumas características organizacionais essenciais ou atributos: a) acesso facilitado dos usuários; b) continuidade e integralidade do cuidado; c) responsabilização das equipes frente às comunidades atendidas; d) formação de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários; e) fluxo efetivo dos usuários entre diferentes níveis do sistema e orientação familiar e f) realização comunitária das ações individuais e coletivas das equipes de saúde. A partir disso, a assistência primária poderá atuar como ordenadora do cuidado e articuladora das demais

tecnologias, ações e serviços para compor sistemas de saúde funcionais, resolutivos e acolhedores (Bodstein, 2002; Mendes, 2002)

Uma equipe de atenção básica qualificada pode resolver entre 85 e 90% dos problemas de saúde de uma comunidade, mas, para isto, é fundamental que ela atue tanto na promoção de saúde e prevenção de doenças, como também no atendimento às pessoas doentes. Entretanto, por um lado, não é incomum encontrar profissionais atuando na atenção básica como se estivessem nos pronto-atendimentos, ou seja, realizando consultas sem nenhuma ênfase em promover saúde e/ou prevenir doenças. Por outro, existem profissionais que crêem que seu trabalho é somente de promoção e prevenção, deixando a atenção aos usuários doentes em segundo plano (Salmon & Atkin, 2003; Street Jr. & Epstein, 2008). O equilíbrio adequado, portanto, entre atividades promocionais, preventivas e curativas pode variar, dependendo das necessidades de cada comunidade. Pode alterar também a necessidade de consultas com médicos especialistas, de atendimentos com outros profissionais da saúde, de procedimentos diagnósticos/terapêuticos e de internações hospitalares (Bodstein, 2002).

A inexistência de uma rede integrada entre as equipes de assistência primária e os níveis secundário e/ou terciário pode gerar prejuízos à saúde da população (p.ex., quando o número ou diversidade de ações ofertadas é subestimado), além de prejuízo financeiro para a gestão municipal (p. ex., quando a rede de nível secundário é superestimada e/ou superutilizada devido a problemas de saúde não tratados de forma correta na assistência primária (Brasil, 2007a).

Por esta razão, a integralidade do cuidado só poderá ser alcançada com a constituição de uma rede qualificada de cuidado no nível primário, secundário e terciário. Isto pode ocorrer por meio de um sistema de encaminhamentos, referência e contra-referência, em que os usuários sejam atendidos em tempo de evitar complicações e na qual a responsabilidade pelo cuidado continuado esteja nas mãos das equipes de Saúde da Família. Para que esta última condição se imponha, a comunicação e retro-alimentação de informações entre os diferentes níveis de cuidado devem ser realizadas de forma efetiva (Brasil, 2007a; Monnerat & cols., 2002).

3.4. Parâmetros regulamentadores da assistência terciária/média e alta complexidade³

Brasil (2007b) define média complexidade ambulatorial como:

ações e serviços que visem atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (p.45).

A Alta Complexidade, por sua vez, é conceituada, como

um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde, como a atenção básica e de média complexidade (p.46).

Estas definições, no entanto, não têm o objetivo de fixar uma “relação definitiva” de média e alta complexidade de atenção à saúde, mas demonstrar que essas áreas de atenção foram sempre fragmentadas em um conjunto de procedimentos relacionados nas tradicionais “tabelas de procedimentos do sistema”, ambulatorial ou hospitalar, selecionados por exclusão. Em outras palavras, são os procedimentos que “não cabem” nas unidades básicas de saúde e na assistência primária em saúde, pelos custos ou densidade tecnológica envolvida. Isso resulta em dificuldades de entendimento das assistências em saúde de forma mais integralizada não só pelos usuários, mas também pelos profissionais e gestores do SUS (Oliveira, Simões & Andrade, 2008).

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se, para os gestores, em importantes elementos de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Torna-se fundamental, então, o conhecimento das áreas de atenção em saúde de média e alta complexidade, objetivando adequada implementação de suas ações em complementação à atenção básica, garantindo que o sistema público de saúde no Brasil atenda integralmente a população e não se converta em um “SUS para pobres” (Brasil, 2006).

O Ministério da Saúde utiliza frequentemente o conceito de redes de alta complexidade para designar uma organização sistêmica que desenvolve ações planejadas para atender às necessidades de eventos, agudos e crônicos, do ciclo de vida de uma

³ Os termos média e alta complexidade são utilizados aqui como sinônimos de assistência terciária.

condição ou doença. Além disso, todos os atendimentos da rede têm a perspectiva de promover a saúde, prevenir doenças ou danos, conter risco evolutivo, tratar, reabilitar e dar suporte individual e familiar para o autocuidado (Monnerat & cols., 2002; Oliveira & cols., 2008).

Esse atendimento às necessidades é feito por meio de um conjunto integrado de pontos de atenção à saúde que presta uma atenção contínua à população – no lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população (Mendes, 2002; Penchansky & Thomas, 1981).

Desta forma, a Média e Alta Complexidade Ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento. A visão de integralidade, comentada anteriormente, determina a implementação de ações também de promoção de saúde e prevenção direcionadas a agravos específicos, a detecção precoce de doenças e a ampliação do acesso aos serviços de média e alta complexidade (Brasil, 2007b).

Na média e alta complexidade, existem políticas específicas para crianças (por ex., método canguru, cuidados intermediários neonatais, hospital amigo da criança e programa de humanização ao pré-natal e nascimento, a triagem neonatal, terapia intensiva, terapia auditiva, etc.), assim como para mulheres, pacientes renais, pessoas com problemas cardíacos, doenças respiratórias, doenças neurológicas e outros. Estas ações devem ser implantadas proporcionando qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos. Além disso, deve proteger e desenvolver a autonomia, a equidade de indivíduos e coletividade e organizar uma linha de cuidados integrais com assistência multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2007b). Desta forma, o SUS enxerga uma tríplice dimensão da integralidade, isto é, promoção, proteção e recuperação da saúde para todos os níveis de atendimento prestados, e não somente nos primeiros cuidados. A lógica do sistema é a da integralidade de ações numa rede de serviços regionalizada e hierarquizada de complexidade crescente (Monnerat & cols., 2002; Oliveira & cols., 2008).

Embora exista essa tríplice dimensão da integralidade, na prática, a assistência básica está mais voltada para realizar ações de promoção de saúde, proteção específica e diagnóstico e tratamento precoces. Os serviços de saúde de média e alta complexidade, por sua vez, estão mais direcionados à limitação/redução do dano e reabilitação, com a função de recuperar a saúde do paciente, com ações de diagnóstico e tratamento de doenças,

acidentes ou danos de toda natureza, de limitação da invalidez e de reabilitação (Monnerat & cols., 2002).

Como o acesso da população a estes serviços de saúde é realizada, geralmente, de forma espontânea e voluntária, os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade se tornaram frequentemente a porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica. Conseqüentemente, há um prejuízo na qualidade do atendimento primário e no acesso da população aos tratamentos especializados, representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS e dificuldades de alocação racional de serviços e equipamentos (Brasil, 2007b).

CAPÍTULO 4

DELINEAMENTO DA PESQUISA DE CAMPO

O presente capítulo tem como finalidade apresentar os objetivos gerais e específicos da pesquisa de campo realizada entre março e julho de 2009. Também são descritos os procedimentos éticos e metodológicos adotados na condução da investigação.

4.1. Objetivos

A presente pesquisa teve como objetivos:

Geral - analisar e comparar a comunicação entre pediatra, paciente e acompanhante na consulta em dois níveis de assistência em saúde, primário e terciário.

Específicos

- 1) Descrever, analisar e comparar os comportamentos verbais e não-verbais da tríade em cada nível de assistência;
- 2) Descrever, analisar e comparar as expectativas e percepções da tríade sobre a consulta e a comunicação estabelecida neste atendimento;
- 3) Identificar fatores facilitadores e dificultadores da comunicação na consulta.

4.2. Método

4.2.1. Instituições pesquisadas

4.2.1.1. Centro de Saúde

Localiza-se no plano piloto (Brasília-DF). Grande parte das consultas é realizada com pacientes moradores de regiões fora da área de abrangência determinada pela Secretaria de Saúde de Saúde do Distrito Federal. As maiores demandas da instituição caracterizam-se por não serem da área de abrangência. Este centro possui atendimento nas seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, ginecologia e odontologia. O funcionamento desta instituição está cadastrado no SUS como assistência primária ou de atenção básica. Os programas sociais existentes são: a) Programa de Assistência Integral à Saúde do Adulto: atendimento a diabéticos e hipertensos, incluindo principalmente as ações básicas de saúde (palestras educativas); b) Programa de Assistência à Saúde da Mulher: exame pré-natal, assistência à puérpera (pós-parto), planejamento familiar, prevenção do câncer cérvico uterino e de mama e climatério e c) Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento; consultas médicas e atendimento à criança com risco nutricional (<http://www.saude.df.gov.br>).

A pediatria é localizada em um setor separado dos outros atendimentos por uma porta de vidro e com paredes coloridas com adesivos. Os consultórios são decorados com figuras com temas infantis (flores, animais ou crianças) coladas nas paredes. Possuem também uma mesa e uma cadeira para as pediatras, um armário com medicações, uma ou duas cadeiras, bancos pequenos de plásticos e uma maca para o paciente e seu acompanhante. A instituição tem atualmente quatro pediatras, duas trabalhando 40 horas e outras duas 20 horas semanais.

Existem três consultórios, dois com entrada para a porta principal da instituição e outro cuja entrada localiza-se do lado oposto à entrada principal (Anexo A). Dois consultórios são sempre utilizados pelas mesmas pediatras que trabalham 40 horas. O outro é utilizado, em dias alternados, pelas pediatras com expediente de 20 horas semanais.

Na realização do atendimento no centro de saúde, as pediatras geralmente se dirigem até a porta do consultório e chamam pelo nome do paciente, cumprimentam verbalmente a criança e seu acompanhante na entrada. As médicas caminham para sentarem-se em suas cadeiras, atrás das mesas e o paciente e seu acompanhante entram na sala. Quando há duas cadeiras disponíveis eles se sentam à frente das pediatras, quando não, o acompanhante senta na cadeira e o paciente senta-se em um banco de plástico pequeno ou na maca. Outra possibilidade que ocorre com menor frequência, é o paciente sentar-se na cadeira, ficando o acompanhante em pé. Em todos os consultórios, a maca fica encostada na parede ao lado da mesa e das cadeiras. Há atrás das pediatras armários de ferro com medicações para serem entregues após fechamento diagnóstico e repasse terapêutico e uma pia para higienização das mãos. A porta do consultório que fica virada para a parte de dentro do centro de saúde, na maioria das vezes, fica aberta durante as consultas, o que facilita a interrupção de pessoas estranhas durante o atendimento.

O posto atende por meio de marcação de consultas e por sistema de agenda aberta, isto é, atendem pacientes que procuram atendimentos quando surge a queixa. Os pacientes recebem fichas, até o limite do número de pacientes que podem ser atendidos por profissional, por período (em média 15 atendimentos). Deste modo, ao chegarem na instituição, o paciente e seu acompanhante se posicionam numa fila para retirar a ficha de atendimento, sendo posteriormente encaminhados à sala da pré-consulta, local em que os pacientes são pesados e medidos. Depois disso, são encaminhados à área reservada aos consultórios da pediatria. Esta configuração de atendimento, chamado agenda aberta, é a forma como 90% das consultas ocorrem, pois com exceção de crianças com idade abaixo

de dois anos, que precisam de acompanhamento, os demais pacientes procuram o serviço, motivados por uma queixa imediata e no mesmo dia são atendidos.

4.2.1.2. Hospital

Também localizado no plano piloto de Brasília. Esta instituição está cadastrada no SUS, oferecendo serviços no nível terciário de assistência em saúde, isto é, de média e alta complexidade (<http://www.saude.df.gov.br>).

A pesquisa foi realizada no pronto-atendimento da pediatria. Neste local, há oito pediatras e a escala de trabalho é muito variada. Alguns pediatras trabalham 20 horas, outros 40 horas e alguns estão à disposição do hospital por serem funcionários de outras instituições da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Neste caso, os profissionais dão expediente de forma esporádica, conforme a necessidade, trabalhando em plantão diurno ou noturno.

Geralmente na escala de plantão há sempre três pediatras, sendo duas delas trabalhando em horário fixo e uma rotativa que muda todos os dias; além de uma médica residente em pediatria por semestre.

As pediatras realizam atendimentos em três consultórios. Duas salas possuem adesivos com temáticas de animais e flores e uma sala não possui nenhuma decoração infantil. Atrás destes consultórios, existe um pequeno jardim com uma área reservada, construído inicialmente para ser a sala de espera dos pacientes (Anexo B). Contudo, este espaço não é usado para esta função; em geral, serve para os estagiários de medicina trocarem experiências.

Para serem atendidos, o paciente e seu acompanhante pegam uma ficha no ambulatório adulto e retornam à pediatria para serem chamados para a consulta. Há nos consultórios uma mesa e uma cadeira para as pediatras e apenas outra cadeira disponível para o paciente e/ou acompanhante. A maca fica na diagonal das mesas e cadeiras e atrás das pediatras ficam a pia para higienização das mãos, não há armários (Anexo B).

O paciente que necessita de atendimento se encaminha ao ambulatório adulto para requisitar uma ficha. Depois, deve retornar à pediatria, ir à sala de pré-consulta, onde a criança é pesada e medida, e aguardar na sala de espera até ser atendido.

4.2.2. Participantes

Participaram do estudo 12 pacientes pediátricos e 12 acompanhantes, sendo seis pacientes e seis acompanhantes para cada nível de assistência. Os acompanhantes podiam

ser parentes ou não, sendo aqueles que acompanhassem os pacientes durante o momento de consulta. As crianças foram escolhidas por conveniência, de acordo com dois critérios de inclusão: a) estar na faixa-etária entre sete e onze anos, correspondente à idade escolar e b) não apresentar problemas médicos graves, como, por exemplo, incômodos para sentar, falar ou algo que afetasse sua atenção durante as verbalizações na consulta e na entrevista. Ambos os critérios foram adotados para facilitar a comunicação na coleta de dados.

Participaram, ainda, três médicas pediatras do centro de saúde e cinco do hospital. Não houve definição prévia do número de pediatras, pois não se sabia quantas estariam trabalhando em cada instituição no período de coleta de dados.

4.2.3. Instrumentos

Conforme apontado pela literatura, a associação de diferentes métodos de coleta e análises de dados para investigar a percepção dos envolvidos favorece a compreensão das interações de maneira mais próxima da realidade, especialmente na interação entre médicos e pacientes pediátricos (Campos, 2008; Carvalho & cols., 2004; Mann & Tolfree, 2003; Marks & cols., 2004). Deste modo, optou-se por empregar dois métodos, utilizando-se a entrevista e a observação.

Observação: Utilizou-se, um protocolo de observação (Anexo F), elaborado durante o período de familiarização, composto por data; tempo de início e término da observação; participantes presentes no momento observado; posição dos participantes e registros. As consultas foram ainda gravadas em vídeo com câmera filmadora e gravadas em áudio por um MPEG1 Layer III (MP3).

A importância atribuída às estratégias observacionais vincula-se, sobretudo, ao fato de estas possibilitarem ao pesquisador: a) gerar novas hipóteses e/ou questões a serem investigadas; b) responder questões específicas previamente formuladas; c) avaliar o repertório comportamental do sujeito e os resultados de intervenções; e e) obter um quadro mais realístico dos comportamentos estudados do que aquele fornecido por outros métodos de coleta de dados, tal como o auto-relato (Batista, 1996; Dessen & Murta, 1997).

Entrevistas: Foram elaborados três roteiros de entrevista, um para cada participante (Anexos C, D, E). Algumas questões foram similares e outras se diferenciaram quanto à linguagem, especialmente para o paciente pediátrico. Os roteiros foram compostos por perguntas abertas, possibilitando espaço para uma maior expressão do entrevistado (Rocha, 2008; Campos, 2008). Dentre as questões inquiridas, estavam, por exemplo: para as pediatras, solicitação para apontarem aspectos facilitadores e dificultadores do

atendimento, para avaliarem a própria consulta e indicarem como agem diante de problemas de comunicação; para os pacientes e acompanhantes, solicitou-se que relatassem os pontos satisfatórios/insatisfatórios da consulta, que ressaltassem mudanças necessárias nos atendimentos e sugestões para melhoria da comunicação.

No que tange ao momento de realização das entrevistas, optou-se por realizá-la logo após o evento investigado, sob a justificativa de que isto ajudaria a obter um relato mais fidedigno da situação de interação (Docherty & Sandelowski, 1999; Punch, 2002). Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, para posterior transcrição.

4.2.4. Procedimentos éticos

Foram realizadas visitas em algumas instituições, antes do início da pesquisa de campo, com o objetivo de receber permissão e recolher as assinaturas dos responsáveis pelo centro de saúde e pelo hospital para compor o Termo de Concordância. Este documento foi anexado à folha de rosto do projeto de pesquisa para ser encaminhado ao comitê de ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (FEPECS/SES-DF). Após 30 dias da submissão a pesquisa recebeu a devida autorização sem necessitar de modificações (Anexo G).

Foram elaborados três Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, com linguagens acessíveis para cada participante (Anexos H, I, J). Todos os participantes, inclusive os pacientes pediátricos, eram esclarecidos acerca dos procedimentos da pesquisa. Enfatizou-se o caráter sigiloso e voluntário da participação, além da ausência de prejuízos no atendimento caso não concordassem em cooperar. As pediatras assinavam o termo antes de cada entrevista e os pacientes e acompanhantes assinavam antes da consulta. Foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido para cada participante.

Durante a entrevista, foram adotados os procedimentos recomendados por Campos (2008), Rocha (2008) e Silva e cols. (2008) quanto à atenção e cuidado na utilização de técnicas de entrevista com paciente pediátricos, não impondo a eles algo que fosse do interesse da pesquisa, nem questões que os tornassem vulneráveis. As entrevistas dos pacientes comumente eram realizadas separadamente dos acompanhantes e antes das entrevistas destes, para evitar que a criança emitisse respostas que refletissem a desejabilidade social em conformidade com a expectativa do seu acompanhante podendo apenas repetir o que havia sido verbalizado anteriormente.

4.2.5. Estudo Piloto

Antes do procedimento definitivo de coleta de dados, foi realizado um estudo piloto com um paciente de oito anos. Todos os procedimentos éticos foram rigorosamente cumpridos. Após coleta e análises dos dados, observou-se que os instrumentos atendiam satisfatoriamente ao objetivo da investigação. Não foi possível, no entanto, utilizar o registro de imagens no estudo piloto por problemas operacionais nos equipamentos, mas a ausência destes dados visuais permitiu perceber a sua importância para a análise e complementação do protocolo de observação, sendo então, constatada a necessidade da gravação de imagens de todas as consultas posteriores.

4.2.6. Procedimentos de coleta de dados

Antes do início da pesquisa, realizaram-se visitas técnicas em seis grandes instituições públicas de saúde no Plano Piloto (Brasília-DF), sendo três hospitais e três centros de saúde. Essas visitas permitiram se ter uma visão geral da estruturação desses serviços e solicitar permissão junto aos responsáveis para desenvolver o estudo. Após vários contatos, os diretores de um hospital e de um centro de saúde resolveram oferecer o apoio necessário.

Após aprovação do projeto de pesquisa (Anexo G), a pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa se dirigiram às instituições para apresentar formalmente o projeto aos chefes da pediatria e às pediatras. Esses profissionais foram convidados a participar do estudo, sendo realizados acompanhamentos às consultas daqueles que aceitaram o convite por um período de 30 dias (período de familiarização). Durante esse momento, procurou-se: a) ter um contato mais próximo com as pediatras e seus atendimentos; b) definir os procedimentos necessários à realização da coleta de dados; c) estruturar o protocolo de observação do estudo e d) conhecer os espaços físicos das pediatrias, buscando identificar os lugares para realizar as entrevistas, instalar os equipamentos e a posição em que as pesquisadoras iriam permanecer na sala, de modo a reduzir ao máximo a interferência nas consultas.

Decorridos os 30 dias dedicados à familiarização, contatou-se novamente a direção e as pediatras das instituições para informar o início da coleta de dados.

A coleta ocorreu em cada instituição da seguinte forma. No centro de saúde, os agentes ou técnicas de enfermagem que estivessem trabalhando na pré-consulta eram informadas do trabalho, para inicialmente identificarem as crianças dentro da faixa etária estabelecida (sete a 11 anos). Identificados os pacientes, conversava-se com a criança e seu

acompanhante apresentando o estudo e convidando-os a participar. Em seguida, as médicas eram informadas sobre o consentimento do paciente e de seu acompanhante e, antes de chamá-los para a consulta, a sala era preparada, colocando-se a câmera filmadora em local apropriado para captar as imagens, desde a porta de entrada até a maca, e de forma que ela fosse o mínimo possível intrusiva. Uma pesquisadora se posicionava atrás da médica, de frente para criança. A outra se localizava na frente da porta de entrada, atrás do paciente e acompanhante, de frente para a médica. Uma das pesquisadoras ficava designada a preencher o protocolo de observação. A outra também observava atentamente a consulta a fim de complementar o protocolo, minimizando a distorção e/ou a perda de informações.

Depois da consulta, os pesquisadores acompanhavam os pacientes a um consultório ao lado, caso ele estivesse vazio, ou a uma sala de reunião do centro de saúde para realizar a entrevista com o paciente e seu acompanhante. Posteriormente, voltava-se ao consultório para entrevistar a pediatra. Caso ela estivesse em atendimento, esperava-se por no máximo dois pacientes consecutivos para evitar que a pediatra esquecesse os acontecimentos durante a consulta gravada.

No caso do hospital, a estratégia de seleção das crianças foi analisar as fichas dos pacientes na recepção, identificando os que estivessem dentro da faixa etária definida e com estado de saúde não agravado. Posteriormente, apresentava-se o objetivo da pesquisa e convidava-se a criança e seu acompanhante a participar do estudo. Caso eles aceitassem, repetiam-se os procedimentos já descritos para o centro de saúde: instalação dos aparelhos para gravação da consulta e posicionamento das pesquisadoras em local estratégico para preenchimento do protocolo de observação.

Após a consulta, encaminhava-se a criança e o acompanhante para um local reservado para a realização das entrevistas, geralmente no espaço reservado atrás dos consultórios, aonde havia um jardim. A entrevista com a pediatra era realizada logo em seguida, conforme descrito anteriormente. A coleta de dados era realizada pela manhã ou à tarde. Nesse período, uma tríade era pesquisada, isto é, era observada uma consulta e realizadas as entrevistas com a pediatra, o paciente pediátrico e o acompanhante.

4.2.7. Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados coletados foi realizada através da triangulação das informações das distintas fontes: entrevistas semi-estruturadas, utilização de registros de áudio e imagem e informações dos protocolos de observação preenchidos em situações reais de interação. A partir das informações captadas foram elaborados quatro sistemas de

categorias de análises: sistemas de categorias da observação (Anexo K), sistema de categorias das entrevistas com os pacientes (Quadro 5), sistema de categorias das entrevistas com os acompanhantes (Quadro 6) e sistema de categorias das entrevistas com as pediatras (Quadro 7).

Análise das observações: As gravações em áudio e imagem e os registros do protocolo de observação permitiram a elaboração de um sistema múltiplo de categorias de acordo com as seguintes etapas: elaboração de um sistema preliminar de categorias, baseada em Martins (2001); transcrição do áudio e imagem; elaboração de folha de registro baseada no sistema preliminar; tabulação inicial dos dados; ajustamento do sistema de categorias e a elaboração do sistema final de categorias para análise dos comportamentos verbais e não-verbais (Dessen & Murta, 1997).

A categorização foi feita por dois pesquisadores juízes em consenso. Os dois pesquisadores discutiam cada comportamento, em caso de dúvidas volta-se ao registro do protocolo de observação (*in loco*), a transcrição da consulta e à gravação em vídeo para alcançar um acordo. Os critérios para registro da frequência dos comportamentos foram: a) cada frequência corresponde a uma verbalização ou a um comportamento que se inicia e tem seu término quando ocorre alguma interrupção (silêncio, interrupções de outras falas) ou alguma mudança de comportamento; b) quando não houve pausa no discurso, o critério foi a mudança no conteúdo do discurso; c) se a palavra foi repetida da mesma forma de seu enunciado, foi registrada apenas uma vez, pois significou (analisando as gravações) que o receptor não tinha escutado; d) quando a repetição foi feita utilizando-se novas palavras, registrou-se duas vezes, pois significa que o emissor repetiu adaptando a linguagem para que o receptor compreendesse melhor a informação; e) nos casos em que não foi possível observar quem era o receptor das informações repassadas (tanto pelo vídeo, quanto pelo relato verbal), registrou-se a frequência para o acompanhante e para o paciente e f) houve casos em que os comportamentos foram registrados em mais de um subsistema, por exemplo, nos casos em que a pediatra comunicou um procedimento de forma detalhada para facilitar o entendimento, contemplando a categoria “comunicar procedimento” e a categoria “informação detalhadora”.

Análise das entrevistas: Os discursos foram transcritos no programa Word, para que fosse realizada posteriormente a categorização de conteúdo temática do material registrado, conforme Bardin (2002). Foram definidas categorias apriorísticas identificadas na literatura de forma dedutiva e indutivamente obtiveram-se subcategorias extraídas dos relatos dos entrevistados. Organizou-se um sistema de categoria específico para cada

participante (ver Quadros 5, 6 e 7). Os resultados encontrados foram comparados quanto às semelhanças e divergências entre instituições.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão explanados da seguinte maneira: primeiramente, apresentam-se os dados sociodemográficos dos participantes; em seguida, discorre-se sobre os registros observacionais, construídos categoricamente e estruturados em dois subsistemas de análise por frequência. Posteriormente, descrevem-se e analisam-se as entrevistas com pacientes, acompanhantes e pediatras. Por último, comparam-se os dados provenientes das observações e entrevistas. Discussão e reflexão estão fundamentadas na literatura especializada introduzida nos capítulos anteriores.

5.1. Caracterização dos participantes

5.1.1. Pacientes

Foram observados e entrevistados 12 pacientes pediátricos (seis crianças do centro de saúde e seis do hospital), sendo oito meninos e quatro meninas, com faixa-etária entre sete e 11 anos ($M = 8,92$; $DP = 1,51$). O Quadro 2, a seguir, sumariza a caracterização dos pacientes e o tempo de consulta.

Quadro 2. Caracterização dos pacientes e tempo da consulta

Paciente	Local de Assistência	Sexo	Idade	Escolaridade	Diagnóstico	Tempo da Consulta (minutos)
P1	CS	M	11	5° Série	Bronquite	25,8
P2	CS	F	9	3° Série	Dermatite	17,8
P3	CS	M	10	2° Série	Enxaqueca	23,0
P4	CS	M	8	2° Série	Rinite Alérgica	20,1
P5	CS	F	11	4° Série	Sinusite	17,5
P6	CS	M	9	3° Série	Bronquite	22,8
P7	H	F	10	4° Série	Bronquite	5,9
P8	H	M	7	2° Série	Bronquite	7,2
P9	H	F	8	3° Série	Bronquite	6,6
P10	H	M	7	2° Série	Herpes	9,3
P11	H	M	7	2° Série	Sinusite	7,8
P12	H	M	10	4° Série	Sinusite	6,0

P=Paciente; CS=Centro de Saúde; H=Hospital; F = Feminino; M = Masculino.

O centro de saúde e o hospital se assemelharam quanto ao sexo das crianças, sendo quatro meninos e duas meninas para cada nível de assistência. A idade dos pacientes do centro de saúde variou entre oito e 11 anos. A das crianças do hospital variou entre sete e 10 anos. Os pacientes do centro de saúde são um pouco mais velhos (Mediana = 9,5) do que os do hospital (Mediana = 7,5); contudo, essas diferenças não são estatisticamente significativas, indicando que os grupos se assemelham quanto à idade. O U de Mann Whitney foi 7,5 ($z = -1,72$), com um valor de probabilidade associada de 0,086.

Em relação à escolaridade, todas as crianças, nos dois níveis de assistência, estão cursando o Ensino Fundamental. Contudo, dentro desta categoria, existe variação entre os níveis assistenciais, pois existe uma frequência maior de crianças que cursam a segunda série no hospital do que no centro de saúde. Além disso, apenas uma criança no centro de saúde cursa a quinta série.

Quanto ao diagnóstico, no centro de saúde foram cinco: bronquite, dermatite, enxaqueca, rinite alérgica e sinusite. Já no hospital, registraram-se três: bronquite, sinusite

e herpes. No que tange ao tempo das consultas, este variou entre 5,9 e 25,8 minutos ($M = 21,16$ para o centro de saúde e $M = 7,13$ para o hospital).

5.1.2. Acompanhantes

Foram observados e entrevistados 12 acompanhantes, dez do sexo feminino (nove mães e uma madrasta) e dois do sexo masculino (um pai e um irmão), com idade entre 21 e 45 anos ($M = 32,2$; $DP = 7,9$; Mediana = 33,5). Seis foram do centro de saúde e seis do hospital. Quanto ao nível de escolaridade, seis possuem o Ensino Médio Completo, quatro o Ensino Fundamental Incompleto, um o Ensino Fundamental Completo e outro o Ensino Médio Incompleto. Os acompanhantes possuem de um a seis filhos ($M = 3,1$; $DP = 1,7$; Mediana = 2) e residem em oito cidades, quatro em Brasília e dois em Samambaia. A maioria dos acompanhantes (7) buscou o serviço de saúde de 1 a 5 vezes, quatro buscaram mais de 11 vezes e um buscou de 6 a 10 vezes. A caracterização dos acompanhantes e o número de vezes que buscaram os serviços de saúde estão organizados no Quadro 3.

Quadro 3. Caracterização dos acompanhantes e busca pelo serviço

Acompanhante	Local de Assistência	Sexo	Vínculo	Idade	Escola ridade	Cidade	Busca pelo Serviço
P1	CS	F	Mãe	35	EFI	Ceilândia	> 11 vezes
P2	CS	F	Mãe	38	EMC	Taguatinga	> 11 vezes
P3	CS	F	Madrasta	21	EMI	Brasília	> 11 vezes
P4	CS	M	Irmão	21	EMC	Brasília	1 – 5 vezes
P5	CS	F	Mãe	32	EFI	Brasilinha	6 – 10 vezes
P6	CS	F	Mãe	29	EMC	Sobradinho	> 11 vezes
P7	H	F	Mãe	28	EFI	Samambaia	1 – 5 vezes
P8	H	M	Pai	45	EFI	Luziânia	1 – 5 vezes
P9	H	F	Mãe	43	EMC	Samambaia	1 – 5 vezes
P10	H	F	Mãe	35	EMC	Brasília	1 – 5 vezes
P11	H	F	Mãe	24	EFC	Itapoá	1 – 5 vezes
P12	H	F	Mãe	35	EMC	Brasília	1 – 5 vezes

P = Paciente; CS= Centro de Saúde; H = Hospital; F = Feminino; M = Masculino; EFI = Ensino Fundamental Incompleto; EFC = Ensino Fundamental Completo; EMI = Ensino Médio Incompleto; EMC = Ensino Médio Completo.

5.1.3. Pediatras

Foram observadas e entrevistadas oito pediatras, todas do sexo feminino, com idade entre 42 e 55 (M = 46,6 para centro de saúde e M= 47,6 para hospital), tempo de formação entre 19 e 31 anos (M = 22,3 para centro de saúde e M= 23,6 para hospital). O tempo na instituição entre 0 e 27 anos (M = 13,6 no centro de saúde e M= 9,4 para o hospital). Três

pediatras são do centro de saúde e cinco são do hospital. O número de atendimentos realizados por elas foi entre 1 e 2 ($M = 1,5$; $DP = 0,5$; Mediana = 1,5), sendo que, no centro de saúde, cada pediatra atendeu duas crianças e, no hospital, apenas uma pediatra atendeu duas crianças. O Quadro 4 apresenta a caracterização das pediatras de cada instituição e o número de atendimentos realizados.

Quadro 4. Caracterização das pediatras e número de atendimentos

Pediatra	Local de Assistência	Sexo	Idade	Tempo de Formação	Tempo na Instituição	Especialidade	Número de Atendimentos
PED1	CS	F	46	22	20	Pediatria	2
PED2	CS	F	45	20	3	Pediatria e Reumatologia Pediátrica	2
PED3	CS	F	49	25	18	Pediatria	2
PED4	H	F	55	31	27	Pediatria e Neurologia Infantil	1
PED5	H	F	53	28	8	Pediatria	2
PED6	H	F	42	19	0	Pediatria	1
PED7	H	F	44	19	7	Pediatria e Alergia Pediátrica	1
PED8	H	F	47	21	5	Pediatria, Homeopatia e Acupuntura	1

PED=Pediatra; CS=Centro de Saúde; H=Hospital; F = Feminino.

5.2. Descrição e análise dos comportamentos verbais e não-verbais da tríade na consulta, por nível assistencial

As análises a partir das gravações em áudio e vídeo e das observações (*in loco*) resultaram na organização dos dados em dois grandes subsistemas denominados: “Finalidade dos conteúdos comunicacionais” e “Recursos comunicacionais”.

5.2.1. Finalidade dos conteúdos comunicacionais (Subsistema 1)

Relacionam-se neste subsistema três finalidades (categorias) específicas da comunicação na tríade: 1) Incentivo à participação, 2) Incentivo à interação e 3) Comunicar informações. Essas categorias serão melhor descritas antes da apresentação dos dados.

5.2.1.1. Incentivo à participação (IP): Categoria composta por 11 comportamentos relacionados à queixa, às ações e às informações em relação ao paciente, acompanhante e/ou pediatra:

1) Solicitar informações específicas sobre a queixa ao paciente (SIEQ-p): Pediatra pede ao paciente que esclareça sobre a queixa, como a duração dos sintomas e intensidade da dor. Ex.: “Desde quando você tosse?”, “Quando você começou a sentir febre?” e “Dói mais onde?”.

2) Solicitar informações específicas da queixa ao acompanhante (SIEQ-a): Pediatra pede ao acompanhante que esclareça sobre a queixa. Ex.: “Ele está com febre desde quando?”, “Ele tem vomitado?” e “Ele tosse com secreção?”.

3) Solicitar ações ao paciente (SA-p): Pediatra solicita para que o paciente realize ações necessárias à realização da consulta e/ou exame. Ex.: “Deite na maca”, “Tire a roupa” e “Abra a boca”.

4) Solicitar ações ao acompanhante (SA-a): Pediatra solicita para que o acompanhante realize as ações pelo paciente para realização da consulta e/ou exame. Ex.: “Deite ele na maca”, “Tire a roupa dela” e “Desça ele da maca”.

5) Solicitar informações durante o exame ao paciente (SIE-p): Pediatra solicita informações para precisar o diagnóstico. Ex.: “Dói aqui?”, “É deste lado ou do outro que mais incomoda?” e “Sente algo aqui (nas costas)?”.

6) Solicitar informações durante o exame ao acompanhante (SIE-a): Pediatra solicita que o acompanhante forneça informações. Ex.: “Onde é a dor dele?” “Isso aqui (sinal) ele tem faz tempo?” e “Você colocou algum remédio aqui (verruca nas costas)?”.

7) Solicitar informações novamente ao acompanhante (SIN): Pediatra repete a pergunta para confirmar informação dada anteriormente. Ex.: “Tem certeza que ele não está com febre?”, “Você acha mesmo que ele não vomitou?” e “Diga novamente como ele fica em crise”.

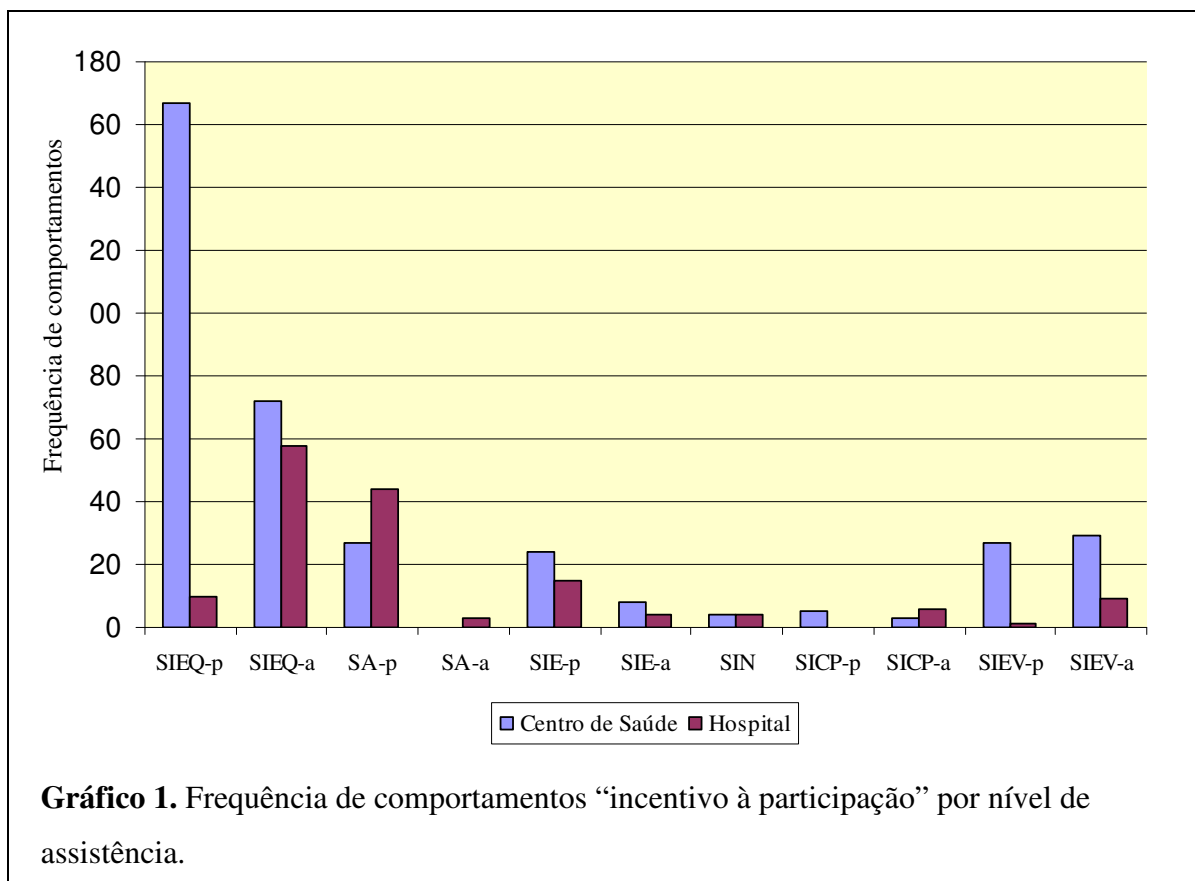
8) Solicitar informações sobre características do paciente ao paciente (SICP-p): Pediatra pergunta informações sobre idade, peso, altura ou algo relacionado a características físicas do paciente ao próprio paciente. Ex.: “Quanto você pesa?”, “Qual a sua altura?” e “Quantos anos você tem?”.

9) Solicitar informações sobre características do paciente ao acompanhante (SICP-a): Pediatra pergunta informações sobre peso, altura ou algo relacionado às características físicas do paciente ao acompanhante. Ex.: “Qual a idade dela?” e “Ele pesa quanto?”.

10) Paciente solicita informação para esclarecer verbalização (SIEV-p): Paciente solicita esclarecimentos à pediatra ou ao acompanhante na consulta por não ter compreendido a informação/orientação. Ex.: “Quê que você falou?” e “Isso que você disse é de mim?”.

11) Acompanhante solicita informação para esclarecer verbalização (SIEV-a): Acompanhante solicita esclarecimentos à pediatra na consulta do que não foi compreendido. Ex.: “E isso, doutora, é devido a quê?” e “Ele pode passar isso (a doença) para outras crianças?”.

Dos 11 comportamentos de incentivo à participação, descritos acima, a maioria (7) apresentou maior frequência no centro de saúde, especialmente em “Solicitar informações específicas da queixa ao paciente (SIEQ-p)”. Três comportamentos apresentaram maior frequência no hospital, notadamente em “Solicitar ações ao paciente (SA-p)”. Apenas um comportamento teve frequência semelhante nos dois níveis de saúde, foi o caso de “Solicitar informações novamente ao acompanhante (SIN)”. Ressalta-se que a maior diferença na frequência de comportamentos entre o centro de saúde e o hospital foi em “Solicitar informações específicas sobre a queixa ao paciente (SIEQ-p)”, conforme indica o Gráfico 1.



Em síntese, somados todos os 11 comportamentos de “Incentivo à participação (IP)” da comunicação na tríade, ocorridos no centro de saúde, o resultado sugere que a maioria desses comportamentos (366) ocorreu neste nível de assistência. O hospital, por sua vez, teve 154 comportamentos registrados nesta categoria. Este incentivo dado pelas profissionais da assistência primária ocorreu principalmente ao solicitar que o próprio paciente relatasse informações sobre sua queixa, evidenciando que estes parecem ser mais ouvidos e atendidos em suas necessidades específicas no centro de saúde do que no hospital (Enskar & Essen, 2000; Gomes, 2007).

As informações investigadas durante a queixa fornecem informações sobre a compreensão que o paciente tem das doenças e indica ao médico que tipo de explicações deverá ser dado e a forma como as informações deverão ser repassadas (Caprara & cols., 2007). Além disso, nota-se também que a solicitação de esclarecimentos feita pelo paciente pode ser compreendida como uma resposta ao incentivo que lhe é dado para participar, permitindo que ele exponha abertamente suas dúvidas, e com isso consiga compreender mais sua situação clínica e conseqüentemente, tenha uma maior adesão ao tratamento (Ley, conforme citado por Ogden, 2004; Straub, 2005).

5.2.1.2. Incentivo à interação (II): Categoria composta por cinco comportamentos relacionados às saudações e despedidas, à socialização e à reflexão sugerida pela pediatra ao paciente e/ou acompanhante:

1) Saudações e despedidas (SD): Paciente, acompanhante ou pediatra oferece cumprimentos para estabelecer um contato inicial cordial entre si. Ex.: “Olá tudo bom?”, “Bom dia” e “Muito obrigado, doutora. Até logo!”.

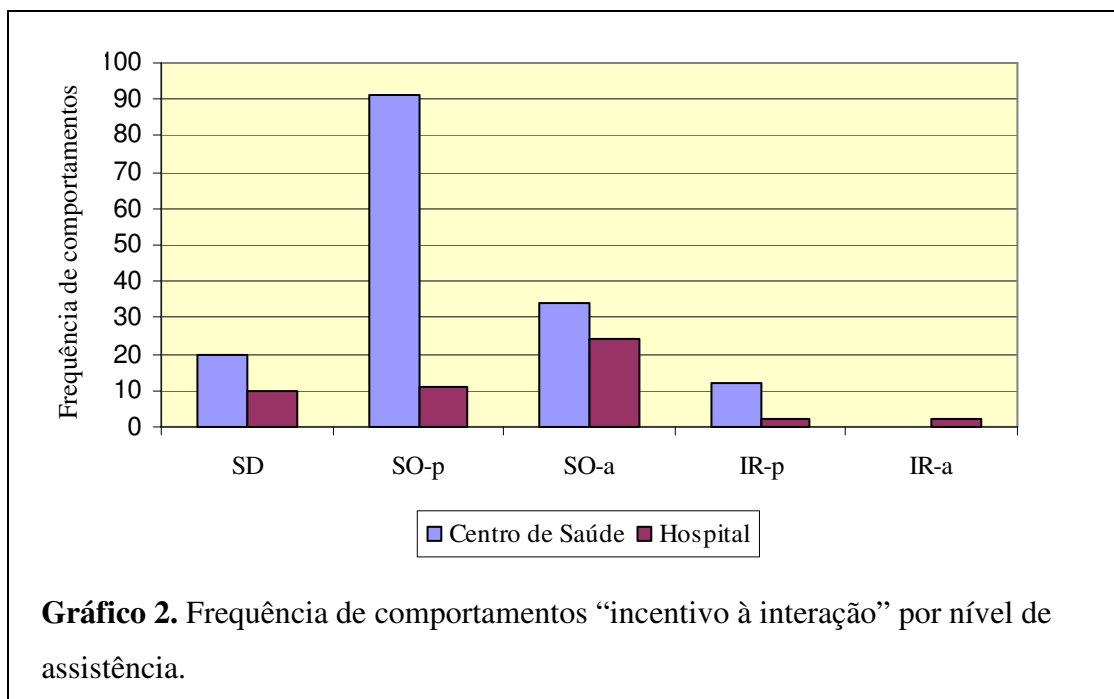
2) Socialização com o paciente (SO-p): Pediatra faz afirmações ou perguntas para o paciente no intuito de estabelecer *rapport*. Ex.: “Você está em que série? Está gostando?” e “Gosta de que time de futebol?”.

3) Socialização com o acompanhante (SO-a): Pediatra faz afirmações ou perguntas para o acompanhante no intuito de estabelecer *rapport*. Ex.: “Vocês vem de muito longe?” e “A senhora ainda vai para o trabalho hoje?”.

4) Incentivar reflexão do paciente (IR-p): Pediatra sugere que o paciente pense sobre seu estado de saúde. Ex.: “Você acha que comer tudo que quiser é legal?”, “Por que você acha que entrou em crise?” e “Você não acha que você sabe quando vai ter dor de cabeça?”.

5) Incentivar reflexão do acompanhante (IR-a): Pediatra sugere que o acompanhante pense sobre o estado de saúde do paciente. Ex.: “Você acha que está dando tudo certo para ela comer?” e “Você deve saber porque começou esta crise”.

Dos cinco comportamentos de incentivo à interação descritos acima, a maioria (4) apresentou maior frequência no centro de saúde, especialmente em “Socialização com o paciente (SO-p)”. Apenas um comportamento teve maior frequência no hospital, foi o caso de “Incentivar reflexão do acompanhante (IR-a)”. Ressalta-se que a maior diferença na frequência de comportamentos entre o centro de saúde e o hospital foi em “Socialização com o paciente (SO-p)”. A menor foi em “Socialização com o acompanhante (SO-a)” (ver Gráfico 2).



Em síntese, somados todos os cinco comportamentos de “**Incentivo à interação (II)**” na tríade, ocorridos no centro de saúde, o resultado sugere que a maioria desses comportamentos (157) ocorreu neste nível de assistência. O hospital teve 49 comportamentos registrados nesta categoria. Isso indica que os profissionais do centro de saúde emitiram mais comportamentos de saudações, despedidas e de socialização com o paciente e o acompanhante. Estes comportamentos são importantes, porque a recepção, o acolhimento e a socialização são momentos que influenciam a criação de vínculos entre os participantes no momento da consulta, facilitando a troca de informações e o estabelecimento de confiança que ajudará na definição de um diagnóstico mais preciso (Cosnier, 1994; Sucupira, 2007b). No momento de despedida, o profissional deve tentar manter o vínculo com o paciente para que ele se sinta seguro e mantê-lo direcionado a seguir as prescrições, reassegurando as informações repassadas e deixando um espaço de retorno ao paciente para esclarecer suas dúvidas (Sucupira, 2007a; 2007b).

5.2.1.3. Comunicar informações (CI): Categoria composta por 10 comportamentos relacionados à comunicação do médico, do paciente e do acompanhante sobre procedimentos, condutas terapêuticas, mudanças de hábitos, hipóteses diagnósticas e informações sobre o estado de saúde ao paciente e/ou acompanhante:

1) Comunicar procedimentos ao paciente (CP-p): Pediatra avisa e/ou esclarece sobre o que está sendo executado, assim como, informa quando irá tocar no paciente. Ex.: “Olha, vou auscultar seu coração” e “Vou olhar seu ouvido”.

2) Comunicar procedimentos ao acompanhante (CP-a): Pediatra avisa e/ou esclarece sobre o que está sendo executado no paciente ao acompanhante. Ex.: “Vou apalpar aqui para ver se tem algo errado com ele” e “Deixa eu examinar aqui ele para ver se a garganta está inflamada, também”.

3) Comunicar condutas terapêuticas ao paciente (CCT-p): Pediatra relata ao paciente sobre a necessidade de condutas que deverão ser realizadas para a melhora da saúde. Ex.: “Você vai ter que tomar injeção” e “Você terá que fazer exames”.

4) Comunicar condutas terapêuticas ao acompanhante (CCT-a): Pediatra relata ao acompanhante sobre a necessidade de condutas que deverão ser realizadas para melhorar a saúde do paciente: “Ele vai ser medicado” e “Ele terá que fazer exames”.

5) Comunicar necessidade de mudanças de hábitos ao paciente (CMH-p): Pediatra informa ao paciente a importância de mudar hábitos para alcançar o restabelecimento de sua saúde. Ex.: “Você terá que se alimentar de verduras e frutas” e “Você não vai poder tomar gelado”.

6) Comunicar necessidades de mudanças de hábitos ao acompanhante (CMH-a): Pediatra informa ao acompanhante a importância de mudar hábitos para restabelecer a saúde do paciente: Ex.: “Mãe, você não dê nada gelado para ele”, “Não deixe que ele ande descalço, nem fique no sol”.

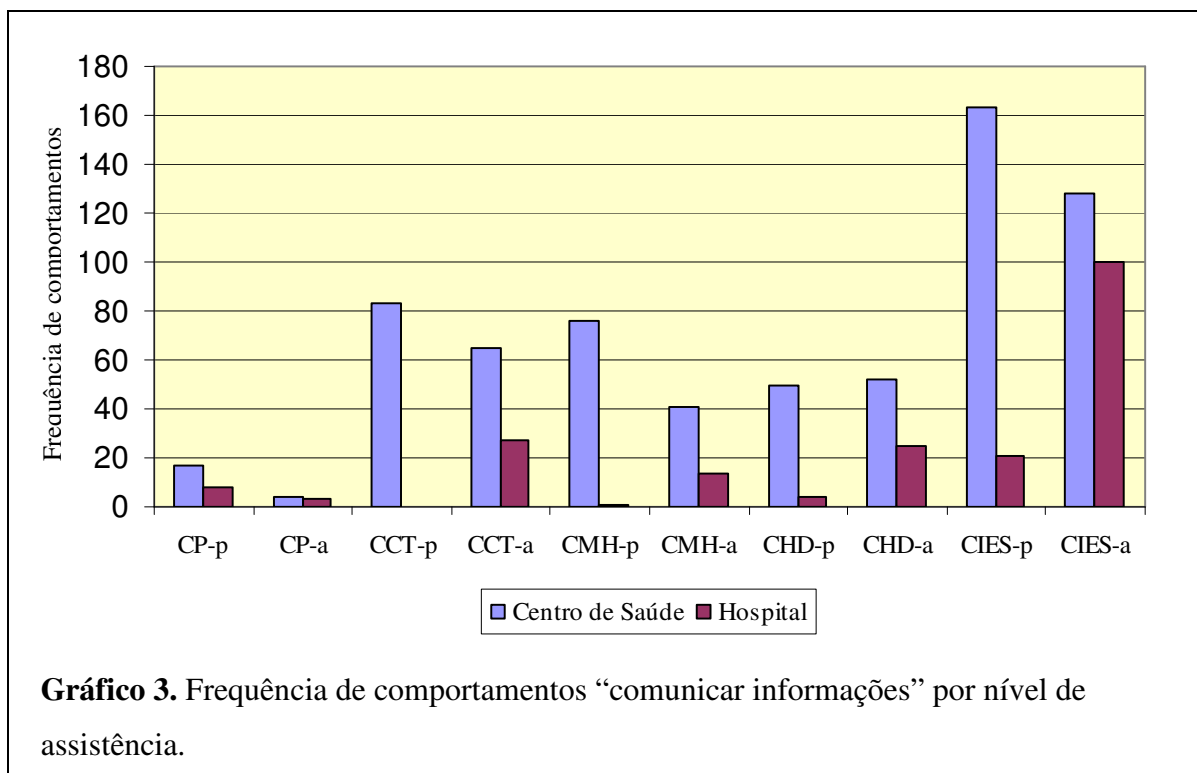
7) Comunicar hipóteses diagnósticas ao paciente (CHD-p): Pediatra comunica ao paciente o diagnóstico ou as hipóteses diagnósticas. Ex.: “Você está com rinite, com o nariz inflamado” e “Você está com dor de cabeça forte, chamada de enxaqueca”.

8) Comunicar hipóteses diagnósticas ao acompanhante (CHD-a): Pediatra comunica ao acompanhante o diagnóstico ou as hipóteses diagnósticas. Ex.: “Ele tem herpes” e “Ele tem bronquite”.

9) Comunicar informações sobre seu estado de saúde (CIES-p): Paciente responde as indagações feitas pela pediatra ou acompanhante sobre seu estado de saúde. Ex.: “Estou tossindo faz três dias” e “Meu nariz escorre às vezes”.

10) Comunicar informações sobre estado de saúde do paciente (CIES-a): Acompanhante responde as indagações feitas pela pediatra sobre o estado de saúde do paciente. Ex.: “Ele está com febre há dois dias” e “Ele tem dor de cabeça dia sim, dia não”.

Em todos os 10 comportamentos de comunicar informações, descritos acima, a maior frequência deles ocorreu no centro de saúde. A maior diferença na frequência de comportamentos entre o centro de saúde e o hospital foi em “Comunicar informações sobre seu estado de saúde (CIES-p)”. A menor foi em “Comunicar procedimentos ao acompanhante (CP-a)”. Ressalta-se que as diferenças em relação à frequência de comportamentos entre os níveis assistenciais são mais acentuadas nos comportamentos que envolvem o paciente do que as que envolvem o acompanhante, por exemplo: “Comunicar informações sobre seu estado de saúde (CIES-p)”, “Comunicar necessidade de mudanças de hábitos ao paciente (CMH-p)” e “Comunicar hipóteses diagnósticas ao paciente (CHD-p)” (ver Gráfico 3).



Em síntese, somados todos os cinco comportamentos de “Comunicar informações (CI)” na tríade, ocorridos no centro de saúde, o resultado sugere que a maioria desses comportamentos (679) ocorreu neste nível de assistência. O hospital teve 203 comportamentos nesta categoria. O centro de saúde apresentou maior frequência de comportamentos de comunicar informações ao paciente. Se a atenção é voltada apenas ao acompanhante, o médico não conhecerá as impressões e concepções do paciente e suas indicações não alcançarão sua compreensão e a adesão ao tratamento será prejudicada (Ley, 1981, conforme citado por Ogden, 2004; Maldonado & Canella, 2009). Embora os

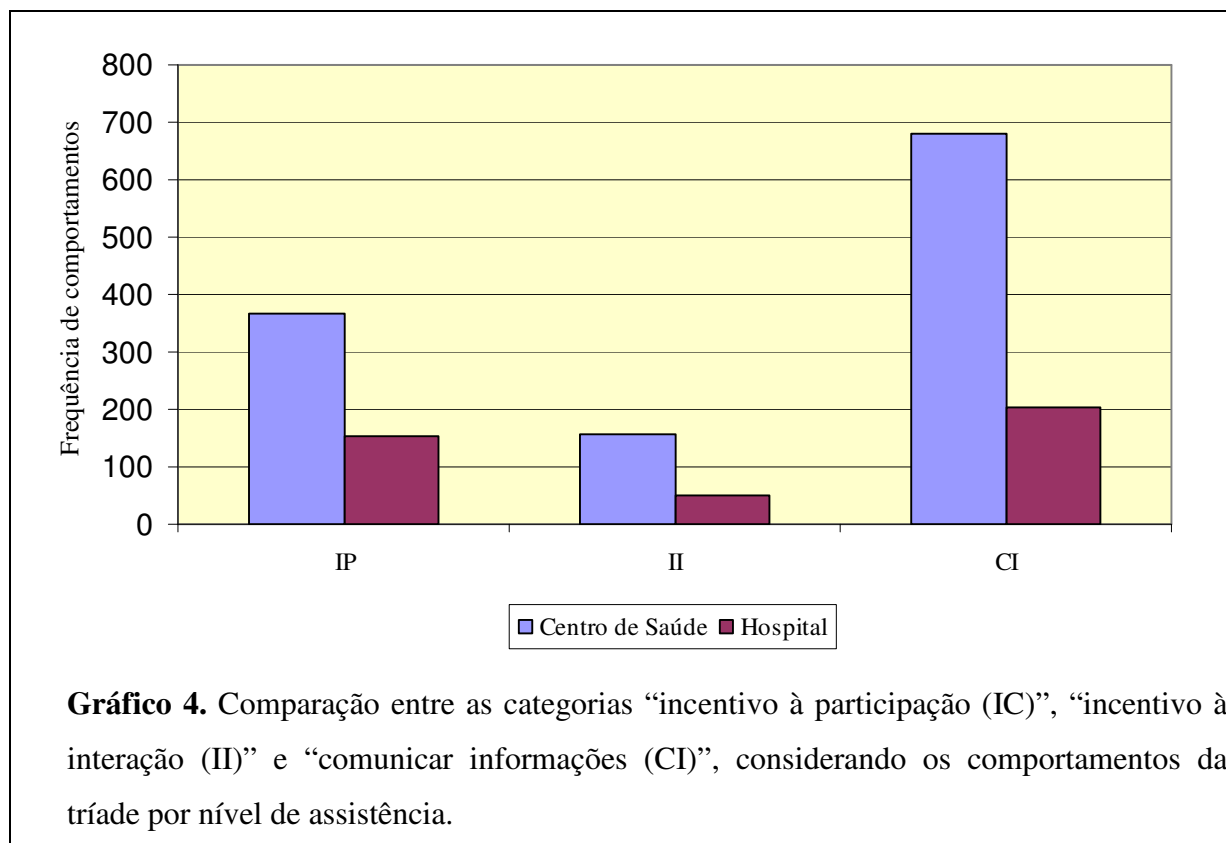
pais verbalizem informações importantes que auxiliem no fechamento de um diagnóstico, a decisão sobre a melhor terapêutica precisa considerar a opinião do paciente, pois a percepção trazida pelos pais a respeito da doença, muitas vezes, não reflete os sentimentos e necessidades da criança (Nussbaum & cols., 2003; Tates & Meeuwesen, 2001).

Especificamente quanto ao informe de hipóteses diagnósticas, observou-se uma frequência maior de emissões verbais para o paciente no centro de saúde do que no hospital. Estas ações, emitidas pelas profissionais da assistência primária, corroboram com o que a literatura sinaliza como comportamentos para uma comunicação eficiente, esta é possível quando o profissional avalia o conhecimento do paciente, suas dúvidas e medos e utiliza linguagem acessível ao seu desenvolvimento cognitivo (Perosa & cols., 2004; Silva, 2000; Travaline & cols., 2005).

Verifica-se também que, em relação ao informe de mudanças de hábitos e de condutas terapêuticas, as pediatras do centro de saúde fizeram mais informes aos pacientes sobre a necessidade de tratamento e mudanças de comportamento do que as pediatras que trabalham no hospital. O conhecimento do diagnóstico pelo paciente permite que ele, juntamente com o médico, possa avaliar as circunstâncias sociais, os hábitos e preferências, os riscos e benefícios, e a adaptação durante todo o processo de doença (Bascañán, 2005; Heath, 1994a).

5.2.1.4. Comparação geral entre as categorias do subsistema 1

Foram descritos, analisados e comparados todos os comportamentos específicos de cada uma das três categorias que compõem o subsistema 1. A seguir, as três categorias que o compõe são comparadas de maneira mais geral e por nível de assistência, sintetizando as informações apresentadas acima. O Gráfico 4 indica que, a partir das categorias analisadas no subsistema 1, existe uma maior interação da tríade no centro de saúde do que no hospital. A maior diferença na frequência de comportamentos entre o centro de saúde e o hospital foi em “Comunicar informações”. A menor foi em “Incentivo à interação”.



O Gráfico 5 indica que, controlando os comportamentos dos acompanhantes, isto é, considerando apenas os comportamentos dos pacientes, os pacientes pediátricos participam mais da consulta no centro de saúde do que no hospital. Além disso, as diferenças nas frequências de comportamentos entre o centro de saúde e o hospital tendem a aumentar. A maior diferença na frequência de comportamentos entre o centro de saúde e o hospital continua sendo em “Comunicar informações” e a menor “Incentivo à interação”.

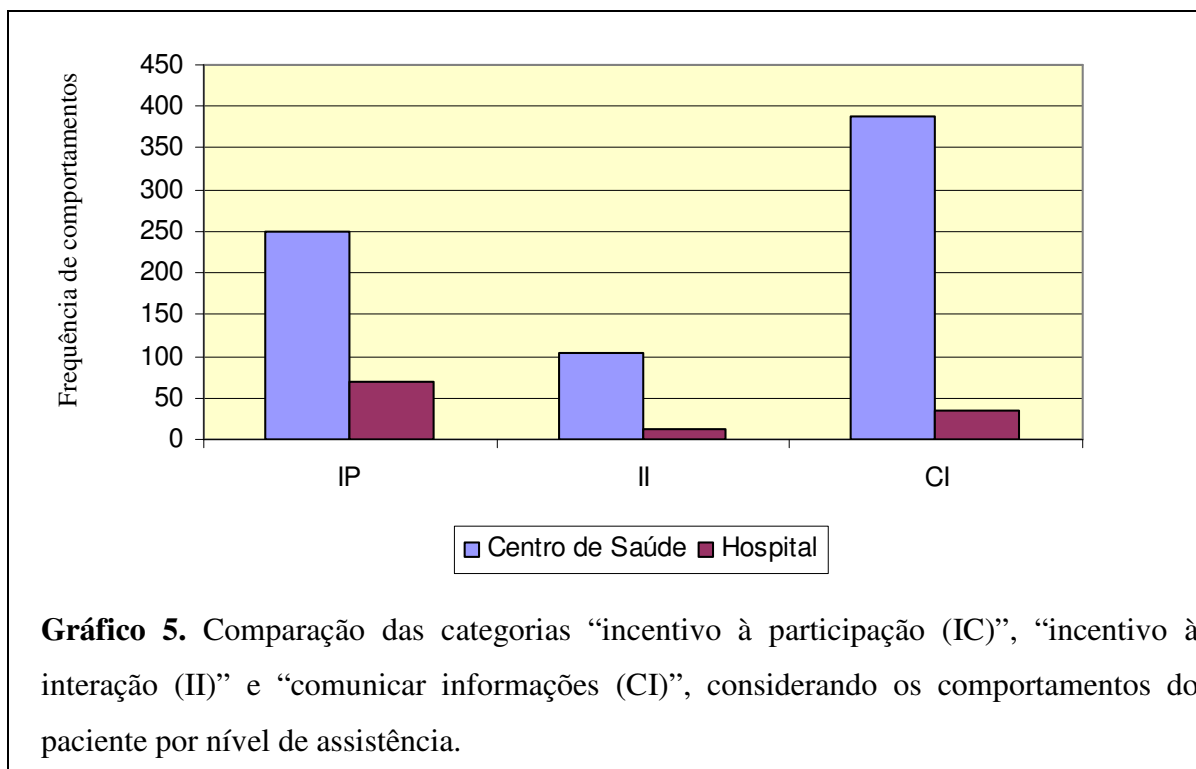


Gráfico 5. Comparação das categorias “incentivo à participação (IC)”, “incentivo à interação (II)” e “comunicar informações (CI)”, considerando os comportamentos do paciente por nível de assistência.

A seguir são apresentados os dados do segundo grande subsistema denominado: “Recursos comunicacionais”.

5.2.2. Recursos comunicacionais (Subsistema 2)

Caracteriza as comunicações (recursos) feitas pela pediatra, pelo paciente e/ou acompanhante que podem ter duas implicações na interação entre a tríade: 1) facilitar ou 2) dificultar. Essas categorias serão melhor descritas antes de apresentar os dados.

5.2.2.1. Recursos Facilitadores (RF): Categoria composta por seis comportamentos relacionados ao detalhamento da informação, verificação da compreensão, recomendações contextualizadas e repetição de falas.

1) Informação detalhadora (ID): Pediatra acrescenta informação sobre o que foi explicado, para facilitar o entendimento. Ex.: “Ele tem bronquite, parece uma alergia” e “Ele tem migrânea, uma irmã da enxaqueca, prima da dor de cabeça”.

2) Verificação da compreensão do paciente (VC-p): Pediatra questiona o paciente se este ficou com dúvidas e se necessita de esclarecimentos. Ex.: “Você entendeu?” e “E aí, está tudo claro?”.

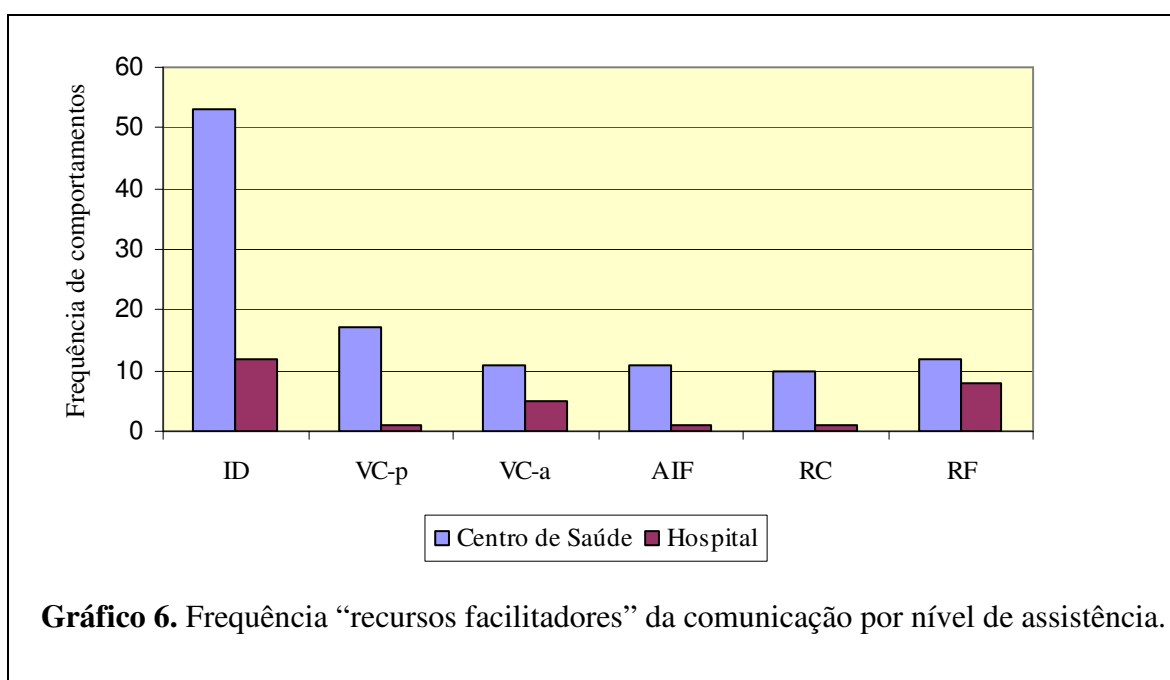
3) Verificação da compreensão do acompanhante (VC-a): Pediatra questiona o acompanhante se este ficou com dúvidas e necessita de esclarecimentos. Ex.: “Entendeu, pai, o que eu falei?” e “É aí mãe, está tudo bem esclarecido?”.

4) Acompanhante incentiva a fala do paciente (AIF-p): Incentivo do acompanhante para que o paciente fale como está se sentindo. Ex.: “Filho, você é quem tem que dizer, porque você é quem sabe onde está doendo!”.

5) Recomendações contextualizadas (RC): Pediatra questiona a opinião do paciente para o repasse da conduta terapêutica. Ex.: “Você consegue engolir comprimido ou eu passo xarope? O que prefere?” e “Gosta de leite? Vou pedir que você tome pelo menos o Toddyinho”.

6) Repetir falas (RF): Pediatra repete a informação fornecida para ampliar a compreensão do paciente e acompanhante. Ex.: “Exatamente isso, eu falei que você deve ir a um especialista em outro hospital” e “É isso mesmo, ele tem uma alergia chamada bronquite”.

Todos os seis comportamentos facilitadores descritos acima, embora tenham sido registrados em ambos os níveis assistenciais, ocorreram com maior frequência no centro de saúde, especialmente em “Informação detalhadora (ID)”. Este comportamento também teve a maior diferença de frequência entre o centro de saúde e o hospital. A menor diferença foi em “Repetir falas (RF)” (ver Gráfico 6).



Somados todos os seis comportamentos de “Recursos facilitadores (RF)” na tríade, 144 comportamentos ocorreram no centro de saúde e 28 no hospital. Um dos recursos mais apontados pela literatura como facilitadores da comunicação foi encontrado nas instituições pesquisadas, o fornecimento de informações detalhadas que facilitam a compreensão tanto do paciente quanto do seu acompanhante. A literatura indica a importância de se abrir espaço para que o paciente e seu acompanhante possam verbalizar todas as dúvidas e inquietações que surjam após o atendimento, pois as fantasias criadas, as expectativas, ansiedades e informações não compreendidas podem atrapalhar o andamento do tratamento e a melhora do paciente (Leite & cols., 2007; Morsch & Aragão, 2006).

Os resultados desta categoria demonstram a evidência de três ações apontadas por Epstein e cols. (2004) como facilitadoras para o estabelecimento de uma comunicação eficiente: a) compreender as expectativas e experiências dos pacientes e seus familiares; b) apresentar as recomendações oferecidas por julgamento clínico, levando em consideração as preferências dos pacientes, e c) avaliar a compreensão e o consentimento destes.

5.2.2.2. Recursos Dificultadores (RD): Categoria composta por sete comportamentos relacionados ao uso de termos técnicos, “toque” não informado, interrupções, tangencializações, desatenção e mudanças quanto à fala para verbalizarem assuntos externos à consulta.

1) Uso de jargões médicos (JM): Pediatra verbaliza para o paciente ou acompanhante informações que contém termos técnicos: “Isto é um vírus herpético, que causa a herpes” e “Ele tem migrânea”.

2) Não informar o toque durante exame físico (NIT): Pediatra toca no paciente durante o exame, sem informá-lo de tal procedimento. Ex.: Tirar a blusa quando for auscultar e/ou apalpar sem falar nada.

3) Interrupções na fala (IF): Acompanhante inicia a fala antes que o paciente tenha terminado ou quando o acompanhante responde pelo paciente.

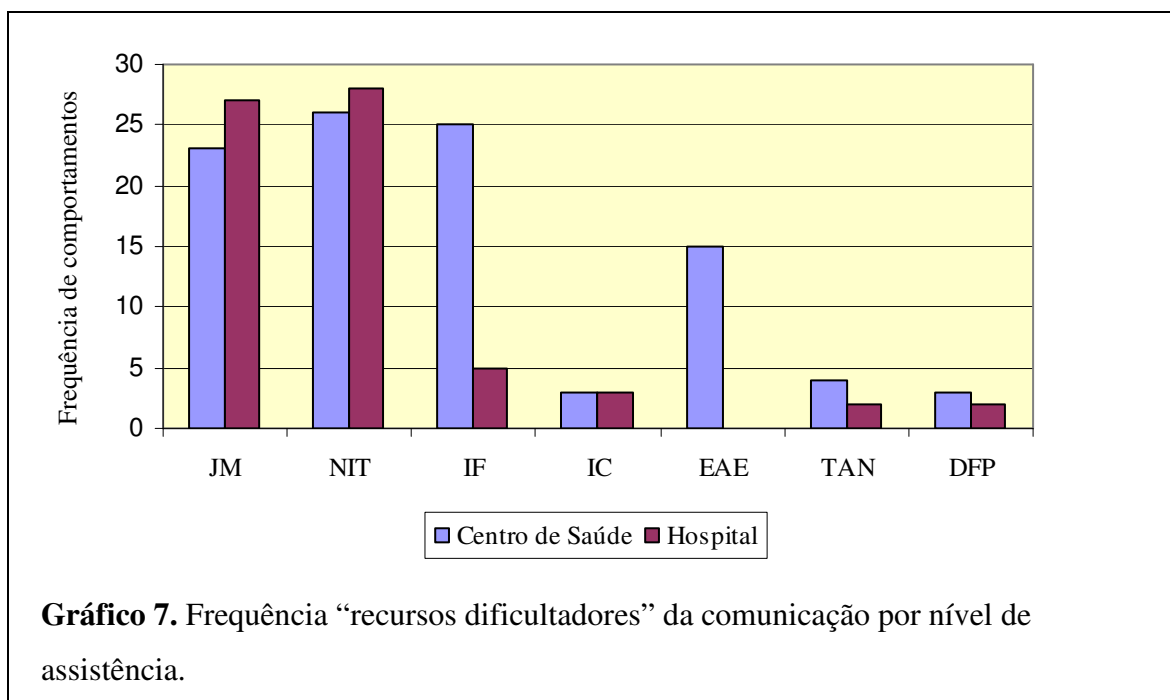
4) Interrupções na consulta (IC): Entrada de outras pessoas durante a consulta ou uso do telefone celular pela pediatra.

5) Esclarecimentos sobre assuntos externos (EAE): Acompanhante desvia a atenção da pediatra para falar de assuntos externos a consulta. Ex.: “Eu queria saber se minha vizinha pode dar leite de gado para o bebê dela de dois meses”.

6) Tangencializações (TAN): Pediatra oferece respostas superficiais ou responde algo que não foi o perguntado. Ex.: “Isso dele (paciente) é estresse. A escola militar é muito boa” e “É mais ou menos isso. vamos ao exame”.

7) Desatenção à fala do paciente (DFP): Pediatra ou acompanhante ignoram a fala emitida pelo paciente.

Dos sete comportamentos dificultadores identificados e descritos acima, quatro apresentaram maiores frequências no centro de saúde: “Interrupções na fala (IF)”; “Esclarecimentos sobre assuntos externos (EAE)”, “Tangencializações (TAN)” e “Desatenção à fala do paciente (DFP)”. Dois comportamentos tiveram maior frequência no hospital, foi o caso de “Uso de jargões médicos (JM)” e “Não informar o toque durante exame físico (NIT)”. Um comportamento teve frequência semelhante, “Interrupções na consulta (IC)”, e outro não foi verificado no hospital, é o caso de “Esclarecimentos sobre assuntos externos (EAE)”. A diferença em relação à frequência de comportamentos entre os níveis assistenciais parece ser mais acentuada em “Interrupções na fala (IF)”, conforme apontado no Gráfico 7.



Em síntese, somados todos os sete comportamentos de “Recursos dificultadores (RD)” na tríade, 99 comportamentos ocorreram no centro de saúde e 67 no hospital. Percebe-se que quando uma pediatra conversa durante o exame clínico com o paciente, sobre escola e viagens que a criança fará, é uma socialização no intuito de distanciar o

paciente da sensibilidade provocada pelo toque que o médico faz ao seu corpo, mas ao mesmo tempo, reassegura a manutenção do encontro médico-paciente (Cosnier, 1994). Mas quando esta comunicação é mantida apenas com o acompanhante, e sobre assuntos diversos ou sobre pessoas externas a consulta, isso pode prejudicar o atendimento do paciente e fazê-lo se sentir excluído da interação (Heath, 1994b).

As interrupções prejudicam o atendimento. É preciso privacidade durante o momento da consulta, principalmente durante a realização do exame clínico. No momento do exame clínico, o paciente geralmente está com partes do corpo nu ou totalmente despido e compete apenas ao médico lidar com sua intimidade tão exposta neste momento, sendo constrangedor para o paciente, adulto ou criança, que outras pessoas estranhas adentrem na sala de consulta (Sucupira, 2007b).

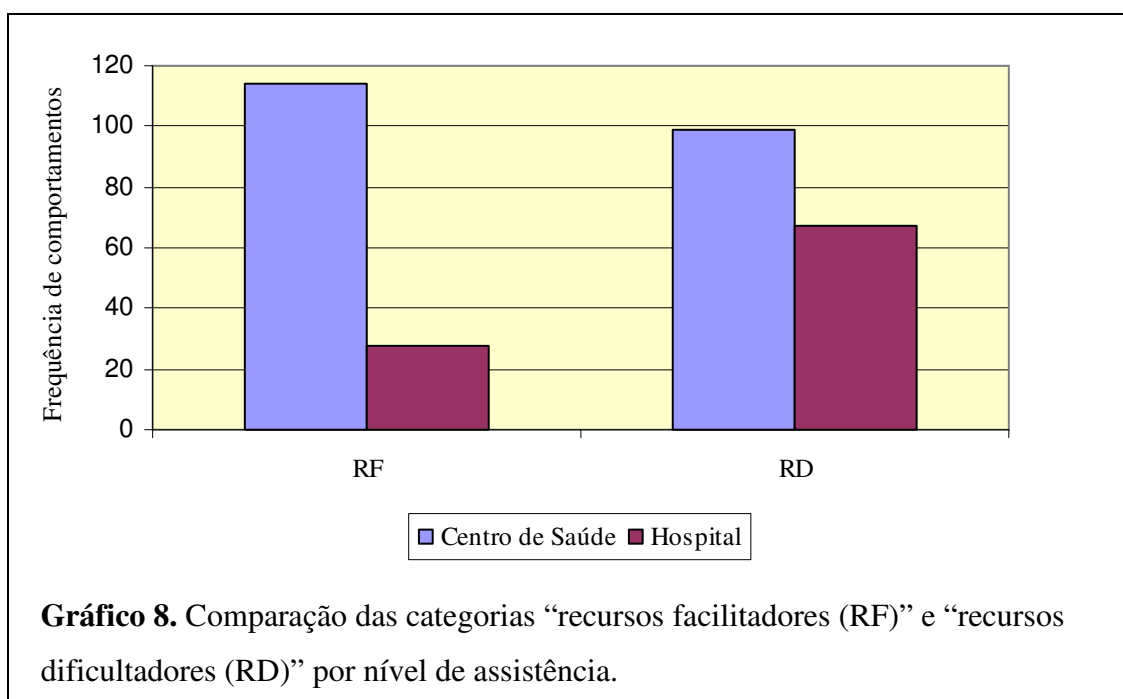
Para diminuir a situação de tensão e constrangimento durante o exame, algumas indicações são feitas pela literatura como, por exemplo: verbalizar que vai tocar no paciente, pedir que ele mesmo tire sua roupa, avisar sempre quando for preciso despir mais o paciente, ir informando a cada procedimento o que vai fazer e sua função, evitar a interrupções de pessoas estranhas durante o momento do exame físico e explicar para o paciente que o exame terminou, sinalizando que o mesmo pode vestir-se novamente (Heath, 1994b).

Quanto à categoria não informar o toque (NIT), os atendimentos do hospital tiveram maior frequência destes comportamentos do que no centro de saúde. O fato do paciente não ser avisado onde será tocado, nem ser orientado para dizer quando sentir dor ou incômodo durante o exame, transmite ao paciente, de maneira implícita, que, neste momento da consulta, ele não tem direito a reclamar ou emitir comportamentos exacerbados, nem mesmo quando estiver sentindo dor, para não atrapalhar o médico (Heath, 1994b).

Embora a utilização de linguagem científica ao informar o diagnóstico seja importante para que o paciente e seu acompanhante conheçam o nome da doença e possam depois buscar mais informações e/ou informar outros médicos sobre o seu quadro clínico, é também fundamental. Mas, durante o informe diagnóstico, o médico deve verbalizar exemplos compreensíveis e contextualizados com a realidade do paciente e acompanhante (p.ex., utilizando figuras de linguagem) (Ley, conforme citado por Ogden, 2004; Martins & Araujo, 2008; Straub, 2005).

5.2.2.3. Comparação geral entre as categorias do subsistema 2

Foram descritos, analisados e comparados todos os comportamentos específicos de cada uma das duas categorias que compõem o subsistema 2. A seguir, essas duas categorias são comparadas de maneira mais geral e por nível de assistência, sintetizando as informações apresentadas acima. O Gráfico 8 ilustra que, a partir das categorias analisadas no subsistema 2, existe maior frequência de comportamentos facilitadores e dificultadores no centro de saúde. A maior diferença na frequência de comportamentos entre o centro de saúde e o hospital foi em “Recursos facilitadores (RF)”.



A maior frequência de recursos facilitadores da comunicação do que dificultadores pode ser indicativo de melhor qualidade na comunicação estabelecida entre pediatras, pacientes e acompanhantes. O centro de saúde apresentou maior emissão de recursos facilitadores do que o hospital, embora este tenha apresentado menor número de recursos dificultadores. Especificamente no resultado apresentado pelo centro de saúde, no que tange aos recursos dificultadores, vale ressaltar que o maior número de emissões verbais ocorreu nas categorias interrupções na fala (IF = 25) e esclarecimentos sobre assuntos externos (EAE = 15). Estes comportamentos foram solicitados pelos acompanhantes dos pacientes, evidenciando que dificuldades de comunicações podem ser encontradas tendo como responsável o acompanhante que, muitas vezes, interrompe o paciente quando este

quer verbalizar informações ou conversar sobre pessoas e assuntos externos à consulta (Carricart & cols., 1994; Ogden, 2004; van Dulmen, 2004).

5.3. Descrição e análise das expectativas e percepções da tríade sobre a consulta e a comunicação estabelecida no atendimento

5.3.1 Entrevistas com os pacientes

Abaixo são descritos e discutidos os resultados provenientes das entrevistas com os pacientes. No Quadro 5, são apresentadas as categorias das entrevistas com suas frequências de forma mais sucinta. Vale ressaltar que em muitas categorias cada paciente participa de mais de uma subcategoria, o que justifica o somatório das frequência por categoria ser maior que o número de entrevistados, que foram 12 pacientes (seis do centro de saúde e seis do hospital).

a) Recordações da consulta

Ao questionar os pacientes do centro de saúde a respeito do que eles se recordavam do momento da consulta, alguns pacientes responderam mais de um aspecto e pode-se subdividir os relatos em três subcategorias: verbalizações correspondentes a indicações terapêuticas por quatro pacientes, como: *“a médica falou que eu ia tomar os remédios e duas injeções”* e *“a médica disse para eu comer legumes e que eu tenho que fazer uma coisa no meu nariz”*; sobre exames, duas crianças trouxeram conteúdos a este respeito, como: *“fiquei parado na cadeira e ela viu meu coração”* e outros dois pacientes trouxeram ainda informações acerca do diagnóstico, por exemplo: *“ela falou que eu tenho enxaqueca”*.

Os pacientes do hospital relataram conteúdos que foram divididos em quatro subcategorias. Quatro afirmações correspondiam ao momento do exame clínico: *“pediu para eu abrir a boca, aí ele empurrou meu pescoço”*, *“pediu para eu deitar na maca e tirar a camisa”* ou *“pediu para eu deitar, depois pegou aquele negócio e ouviu meu coração”*; verbalizações a respeito da relação estabelecida do médico para o acompanhante, indicada por três crianças: *“perguntou umas coisas para minha mãe, se eu estou com dores de cabeça e febre”* ou *“entregou um papel para minha mãe”*; dois relatos referentes à indicação terapêutica: *“tomei remédio”* e *“mandou eu tomar o remédio”* e uma criança de sete anos afirmou não saber o que ocorreu.

Percebe-se de forma geral que as crianças do centro de saúde se lembravam mais das indicações terapêuticas, que foram trazidas em quatro relatos, do que os pacientes do hospital, pois tal conteúdo apareceu apenas em duas verbalizações. Informes de indicações terapêuticas dirigidas aos pacientes favorecem o tratamento, uma vez que, quando o paciente se sente implicado no processo de tratamento ele consegue aderir mais ao processo terapêutico (Laidlaw & cols., 2002; Ley, 1981, conforme citado por Ogden, 2004; Savard, 2004; Straub, 2005). No entanto, os pacientes consultados no hospital se recordavam mais do momento do exame clínico, apontado por quatro pacientes. No caso específico dos pacientes pediátricos, o exame clínico é o momento em que ocorre maior relação entre ele e o médico, já que muitos profissionais tendem a focar suas atenções nos adultos, excluindo a criança da conversação durante o momento do relato e investigação da queixa e do repasse terapêutico (Heath, 1994a; Maldonado & Canella, 2009).

b) Aspectos positivos da consulta

Os pacientes foram questionados sobre o que mais apreciavam no momento da consulta. Cada criança do centro de saúde apontou apenas um aspecto: duas relataram que o exame foi a melhor parte “*ouvir o coração*”, outras duas indicaram o modo como a médica às tratou: “*que a médica foi legal comigo*”, outra afirmou o momento do diagnóstico com a indicação terapêutica: “*saber o que tenho e o que devo comer*” e a última apontou que gostou de tudo na consulta.

No hospital as crianças também verbalizaram apenas um aspecto cada uma e suas respostas foram agrupadas em três subcategorias: três pacientes afirmaram que gostaram mais do exame: “*de deitar na maca*” e “*de ser escutado o coração*”; outros dois pacientes relataram terem gostado de toda a consulta e outra criança apontou a forma como a médica a tratou: “*da médica ter sido boazinha*”.

Neste aspecto foi percebido que os pacientes das duas instituições apresentaram respostas semelhantes, evidenciando o exame como a parte da consulta de que mais gostavam. Além disso, as crianças indicaram a relação estabelecida com a pediatra e a atenção que receberam delas como fator prazeroso da consulta. Isso reforça a necessidade da importância de se manter um vínculo com o paciente para se atingir um resultado satisfatório na intervenção. Como ressaltado pela literatura, embora a relação médico-paciente seja assimétrica, no sentido de que um é especialista no assunto e outro não, eles compõem um vínculo simétrico no aspecto humano e na intenção de desejarem alcançar a

melhora do estado de saúde do paciente (Caprara & Rodrigues, 2004; Coelho Filho, 2007; Cosnier, 1994).

c) Aspectos negativos da consulta

Solicitou-se aos pacientes que relatassem aspectos que não gostaram na consulta. Três pacientes do centro de saúde relataram que não houve nada que eles não tivessem apreciado na consulta. Duas crianças relataram aspectos sobre mudanças de hábitos e ter de tomar o remédio “*de comer verdura e ter de tomar remédio*” e também, de fazer exames depois da consulta “*não gostei de ter que fazer exames*”. E outra criança apontou o fato de ter que ficar de pé durante o atendimento, isso ocorre porque havia no consultório apenas uma cadeira em que se sentou o acompanhante.

No hospital as respostas sobre os acontecimentos ocorridos durante o momento do exame, evidenciaram três subcategorias, aspectos relacionados ao exame físico por três crianças: “*que doeu quando apertou o pescoço*”, “*quando a médica me apertou*” e “*de tirar a camisa*”. Dois pacientes afirmaram não gostar de algo que não se tratou especificamente da consulta, mas de ter que tomar remédio depois: “*de tomar remédio*” e outra relatou não haver nada que não tivesse gostado.

Pode-se perceber que há uma diferença de opinião entre as crianças do centro de saúde e do hospital no que tange a aspectos que não apreciaram na consulta. Na assistência primária, três verbalizaram que não havia nenhum aspecto de que não gostaram na consulta. O fato dos pacientes não apontarem nenhum aspecto, pode significar que eles apreciaram tudo na consulta ou que eles responderam influenciados por sua desajustabilidade social, com medo de futuras retaliações. Três pacientes da assistência terciária relataram situações ocorridas durante o exame, se despir ou ser apalpado, como sendo o fator mais desagradável. Como já anteriormente discutido, Heath (1994b) aponta que o exame físico é um momento delicado da consulta, pois o paciente deve expor seu corpo e permitir que seja tocado e apalpado, sem expressar desagrado. Esta situação faz com que muitos pacientes, percebam este momento como ruim, mesmo as pediatras tentando entretê-los com conversas aleatórias ou brincadeiras do tipo “*vamos escutar seu coraçãozinho, me diga onde ele está?*”.

d) Solicitações da pediatra ao paciente

Nesta questão foi solicitado ao paciente, que ele rememorasse algo que foi perguntado ou requerido pelo médico, a fim de verificar quais as verbalizações que mais estavam presentes na memória das crianças.

Três pacientes do centro de saúde afirmaram recordarem-se de solicitações feitas durante o exame clínico: “*pediu para eu respirar fundo com a boca*”, “*pediu para eu tirar a roupa*” e “*pediu para deitar na cama (maca)*”. Uma criança indicou que a médica fez algumas solicitações relacionadas às indicações terapêuticas “*pediu para botar o negocinho no nariz o tempo todo se espirrar e beber muita água*”. Outro paciente apontou que houve solicitações, mas não soube definir em que momento e qual o conteúdo “*algumas coisas*” e a última criança relata que não foi solicitado ou perguntado nada pela médica.

Na assistência terciária, quatro crianças afirmaram que foram feitas solicitações durante o exame: “*pediu para deitar na cama, abrir a boca, fazer a respiração*” ou “*deitar na maca e tirar a camisa*”. Os outros dois pacientes relataram que nada foi solicitado ou questionado durante a consulta.

Verifica-se que tanto na assistência primária quanto na terciária, as verbalizações mais recordadas pelos pacientes, são as que ocorrem durante o exame físico. Esse fato pode ser explicado pelo fato do exame clínico ser um dos momentos da consulta mais marcantes para o paciente, tanto por ele estar em mais interação com o profissional, como pela situação íntima que o exame requer e/ou pela experiência dolorosa na qual ele pode ser submetido.

e) Solicitações do acompanhante ao paciente

A respeito de algum questionamento ou solicitação feito pelo acompanhante, três pacientes relataram que nada foi verbalizado, uma criança apontou uma verbalização feita durante o relato da queixa “*ela falou que era para eu dizer tudo que sentia*”, outra durante o momento do exame clínico “*pediu para eu tirar a camisa de frio*” e a última relatou que houve verbalização do acompanhante durante a indicação terapêutica “*falou que eu ia tomar injeção*”. No hospital, cinco pacientes afirmaram que não houve nenhuma verbalização por parte dos acompanhantes e apenas uma assegurou que foi realizada uma solicitação durante o exame clínico “*pediu para descer da maca*”. A maior parte dos pacientes pediátricos das duas instituições teve relatos semelhantes, afirmando que não houve nenhuma verbalização feita pelo acompanhante.

f) Comunicar informações sobre a queixa

Nesta questão, foi solicitado que o paciente informasse quem verbalizou a queixa e se esta pessoa havia feito de forma correta ou se ele achava que o relato precisaria ser complementado. Três pacientes, no centro de saúde, afirmaram que foram eles que falaram a queixa para o médico e que não seria preciso mais nenhum complemento “*falei direito*” ou “*falei, não queria falar mais nada*”. As outras três crianças relataram que foi o acompanhante quem informou ao médico o que estava se passando com elas e todas elas indicaram ainda que o relato da queixa foi feito de forma satisfatória: “*contou tudo direitinho*”.

Entretanto, no hospital, todos os entrevistados afirmaram que quem relatou a queixa foram os acompanhantes e que todos haviam falado da maneira como gostariam.

A mudança na postura de algumas crianças de uma instituição para a outra, pode ocorrer tanto por características pessoais dos pacientes (p.ex. agir de forma mais passiva em relação à verbalização de sua queixa), como também por posturas adotadas pelas profissionais das instituições (p.ex. dirigir mais atenção ao acompanhante). Algumas características pessoais e alguns comportamentos expressos pelos profissionais podem impossibilitar a expressão da criança, prejudicando sua participação na comunicação durante a consulta. Por isso, é necessário que o profissional desenvolva habilidades comunicacionais que permitam a fluidez da comunicação mesmo diante das características pessoais dos pacientes e acompanhantes (Laidlaw & cols., 2002; Ogden, 2004; Ruiz-Moral, 2007; Street Jr. & Epstein, 2008).

g) Indicação terapêutica

Foi ainda questionado aos pacientes sobre o que seria preciso fazer após a consulta, para que eles melhorassem da queixa, que os fizeram procurar um serviço de saúde. Esta pergunta tinha o intuito de verificar o quanto das indicações terapêuticas foram compreendidas e memorizadas pelos pacientes.

No centro de saúde os pacientes indicaram mais de um aspecto cada um: quatro deles trouxeram conteúdos sobre necessidades de mudança de hábitos: “*não beber mais água gelada e suco gelado, e sim beber mais água*”, “*comer verdura, praticar esporte, beber água, almoçar direito, tomar café*”, “*diminuir as frituras, as besteiras que como*” e “*limpar (assuar) o nariz e beber mais água*”. Duas crianças afirmaram ainda que precisavam tomar remédio ou vacina para melhorarem: “*tomar vacina*” e “*tomar remédio*”,

tomar de oito em oito horas”, um paciente indicou que precisaria fazer exames e outro não soube definir o que necessitaria ser feito para restabelecer sua saúde.

No hospital alguns pacientes também relataram mais de um fator necessário para sua melhora. Quatro crianças apontaram a necessidade de tomarem remédios, três indicaram a necessidade de mudanças de hábitos “*deixar de tomar banho quente*”, “*e não usar touca ou ficar perto de pêlo*” e “*não andar descalço*”. Apenas um entrevistado afirmou que precisaria fazer exames para melhorar sua saúde.

Pode-se verificar que sete crianças (quatro do centro de saúde e três do hospital) recordaram-se de medidas de mudança de hábitos de vida como forma de melhorar sua saúde. A partir disso, pode-se constatar que a promoção de saúde e a prevenção de doença são conteúdos que podem e devem ser trabalhados com pacientes pediátricos, através de diálogos, compartilhamentos e considerações ao outro, para que todos sejam implicados como co-responsáveis pela sua saúde (Cosnier, 1994; Natansohn, 2004; Nussbaum & cols., 2003; Porto, 2003).

h) Compreensão do informe e esclarecimentos de informações

Os entrevistados foram questionados se entenderam o que foi informado pelo médico ou tiveram alguma dúvida. No centro de saúde três pacientes afirmaram que compreenderam, mas apresentaram algumas dúvidas sobre seu quadro clínico: “*entendi, mas queria saber mais sobre o que coloca no nariz*”, “*entendi pouco, quem entendeu mais foi ele (acompanhante)*” e “*entendi, mas fiquei em dúvida sobre o que é mesmo que eu tenho*”. Dois verbalizaram não terem dúvidas, pois compreenderam tudo que foi informado e apenas um paciente não respondeu.

No hospital quatro pacientes afirmaram que não compreenderam o que foi informado: “*não entendi nada*”, “*não entendi*”, “*queria que a médica explicasse melhor*” e “*precisa me explicar melhor, sobre a doença que tenho*”. Uma criança afirmou que não tem dúvidas e outra não soube responder.

Neste tópico divergências de relatos foram evidentes, pois no centro de saúde as crianças afirmaram terem compreendido melhor o que foi informado pelo médico, enquanto no hospital a maioria relatou não ter entendido as informações repassadas. Essa evidência, não necessariamente, condiz com a falta de informes dado pelas pediatras, mas talvez demonstre que as verbalizações não tenham atingido o nível de compreensão do paciente ou mesmo uma insatisfação das crianças pela forma como foram tratados e pelos informes terem sido verbalizados aos acompanhantes.

A literatura sugere que muitas vezes o informe diagnóstico não é feito para os pacientes pediátricos, por questões como: a concepção, tida pelos médicos de que as crianças não possuem competências para entender as informações e/ou assumir responsabilidades por escolhas e decisões em consultas médicas; pela dificuldade em abordá-las verbalmente e por acharem que isso evitaria sofrimentos ou perturbações emocionais nas crianças (Mendonça, 2007; Perosa & cols., 2006; Tates & Meeuwesen, 2001).

i) Recursos facilitadores da comunicação

Os pacientes foram indagados sobre o que poderia ser feito pelos pediatras que ajudassem os pacientes a entenderem melhor o quadro clínico e as indicações para melhora de sua saúde.

Três crianças apresentaram sugestões diferentes, uma afirmou que poderia ser feito brincadeiras: *“ajudar fazendo brincadeiras, que desenvolvessem o cérebro, fazendo palhaçadas e explicavam depois disso o que a gente tinha”*; outro paciente indicou a entrega de panfletos: *“tivesse dado um papel para eu ler em casa”*. Um relatou que a pediatra poderia ter verbalizado de uma melhor forma seu quadro clínico: *“me ensinar melhor algumas coisas que ela falou”*, dois não responderam esta questão e o último afirmou que nada poderia ser feito.

No hospital verificou-se que dois pacientes relataram que nada poderia ser feito. Duas crianças afirmaram que a pediatra poderia ter utilizado uma linguagem mais simples: *“a médica poderia ter falado mais fácil”* e *“ter explicado direito”*. Outro paciente sugeriu *“fazer um desenho”* para ajudá-lo a compreender melhor seu quadro clínico e o último não respondeu.

Percebe-se que as crianças das duas instituições trouxeram sugestões para melhorar a compreensão deles sobre sua situação clínica, indicações estas já apontadas pela literatura, como o uso de recursos como panfletos e desenhos. Outras indicações de algumas pesquisas não apareceram como, por exemplo, o uso de livros e vídeos. Embora muitos profissionais não adotem estas indicações em suas práticas, elas ajudam os pacientes a lembrarem das orientações após a consulta e incentiva-os a participarem ativamente no tratamento (Müller, 2009; Straub, 2005).

j) Indicações de mudanças na consulta

Este último tópico tinha o intuito de verificar se o paciente indicaria alguma alteração necessária na condução da consulta, assim como, mudanças nos comportamentos adotados pelas pediatras para melhorar a qualidade do atendimento.

No centro de saúde, dois pacientes sugeriram como modificações na consulta a não realização do exame clínico, provavelmente os mesmos tiveram experiências desagradáveis durante este momento. Uma criança apontou que o que poderia mudar seria a adoção de uma linguagem mais acessível pela pediatra: “*poderia escrever na folha e falar coisas mais fáceis*”; outro entrevistado indica uma sugestão relativa às condições físicas da sala: “*deveria tirar aquelas caixas, ela fazem espirrar e mofam*”; outro relata que nada pode mudar e o último não respondeu a questão.

No hospital dois pacientes relataram não saber o que poderia ser mudado; um afirma a necessidade de linguagem mais acessível e de maior atenção com ele: “*a médica poderia ter explicado melhor e conversado comigo, pois sou eu que estou doente e não minha mãe*”; outro entrevistado apontou a necessidade de mudanças na instrumentação usada na consulta “*só o afastador de língua que é muito ruim*”; outra criança sugere “*fazer desenho*” e a última afirma que nada pode ser mudado.

As sugestões de mudanças na consulta são bem variadas nas duas instituições, apenas a necessidade de uma linguagem mais acessível apareceu nos relatos dos pacientes em ambas as instituições. Utilizar linguagem simples e acessível sem a utilização de jargões, principalmente com crianças e pacientes idosos, é um dos aspectos mais destacados na literatura para se atingir não só o resultado de saúde esperado, mas uma maior satisfação do paciente e seus familiares (Enskar & Essen, 2000; Müller, 2009; Silva, 2003; Straub, 2005).

Quadro 5. Categorias das entrevistas com os pacientes

Categorias	Centro de Saúde	Hospital
Recordações da consulta	- Indicação terapêutica (4) - Exame (2) - Diagnóstico (2)	- Exame (4) - Relação com o acompanhante (3) - Indicação terapêutica (2) - Não sabe(1)
Aspectos positivos da consulta	- Exame (2) - Relação com a médica (2) - Diagnóstico com indicação terapêutica (1) - Tudo (1)	- Exame (3) - Tudo (2) - Relação com a médica (1)
Aspectos negativos da consulta	- Nada (3) - Mudar de hábitos, tomar remédios e fazer exames (2) - Ficar em pé(1)	- Exame (3) - Ter de tomar remédio (2) - Nada (1)
Solicitações da pediatra ao paciente	- Solicitação de ação durante o exame (3) - Solicitação para indicação terapêutica (1) - Não consegue definir (1) - Nada foi solicitado (1)	- Solicitação de ação durante o exame (4) - Nada foi solicitado (2)
Solicitações do acompanhante ao paciente	- Nada (3) - Durante relato da queixa (1) - Durante o exame (1) - Durante a indicação terapêutica (1)	- Nada (5) - Durante o exame (1)
Comunicar informações sobre a queixa	- Paciente (3) - Acompanhante (3)	- Acompanhante (6)
Indicação terapêutica	- Mudança de hábitos (4) - Tomar remédios ou vacinas (2) - Fazer exames (1) - Não define (1)	- Tomar remédios (4) - Mudança de hábitos (3) - Fazer exames (1)
Compreensão do informe e esclarecimentos de informações	- Entendeu, mas tem dúvidas (3) - Não tem dúvidas (2) - Não respondeu (1)	- Não entendeu nada (4) - Não tem dúvidas (1) - Não respondeu (1)
Recursos facilitadores da comunicação	- Não responde (2) - Nada (1) - Fazer brincadeiras (1) - Entregar panfletos (1) - Ensinar melhor (1)	- Nada (2) - Linguagem simples (2) - Desenho (1) - Não Responde (1)
Indicações de mudanças na consulta	- Não fazer exames (2) - Linguagem mais acessível (1) - Mudanças físicas (1) - Nada pode mudar (1) - Não responde (1)	- Não sabe o que mudar (2) - Linguagem mais acessível (1) - Afastador de língua (1) - Fazer desenho (1) - Nada pode mudar (1)

5.3.2. Entrevistas com os acompanhantes

A seguir, são descritos e discutidos os resultados encontrados nas entrevistas com os acompanhantes. No Quadro 6, são apresentadas as categorias das entrevistas com suas frequências de forma mais sucinta. Vale ressaltar que em muitas categorias cada acompanhante participa de mais de uma subcategoria, o que justifica o somatório das frequência por categoria ser maior que o número de entrevistados, que foram 12 acompanhantes (seis do centro de saúde e seis do hospital).

a) Recordações da consulta

Os acompanhantes foram indagados sobre quais recordações eles tinham a respeito do que foi vivenciado e informado na consulta. No centro de saúde os entrevistados relataram conteúdos relacionados a três momentos da consulta. Alguns deles se referiram a mais de um momento. Quatro relataram sobre a queixa: *“está tossindo muito, a secreção está saindo muito amarela”*, *“porque ela está com problema de mancha na pele, que eu tava achando que ela está muito gorda”*, *“falei da dor de cabeça dela”*; quatro falaram sobre o diagnóstico: *“foi dito na consulta que ele ta com tosse no peito”*, *“sobre a bronquite dele”*, *“ela disse que a garganta tá inflamada”* e *“ele sente esse problema parecido com uma enxaqueca”* e três trouxeram conteúdos sobre a indicação terapêutica: *“pra mim passar os medicamentos direitinho para ele, para ele assoar o nariz”*, *“para eu dar os remédios na hora certa”* e *“como é que ele deve ser tratado, os horários que ele tem que tomar o remédio, a quantidade, pra ele estar agasalhado, falou do tempo que está muito frio”*.

No hospital alguns entrevistados trouxeram mais de um conteúdo referente aos momentos da consulta, cinco acompanhantes verbalizaram sobre o diagnóstico: *“ela disse que ele tinha um problema de pneumonia”*, *“que ela tem problema de bronquite”*, *“ela disse que meu filho tem herpes”*, *“ela disse para mim que ele está com... achava que era sinusite”* e *“repetiu o que a outra médica já havia falado sobre a possibilidade da sinusite”*; uma relatou sobre o momento da queixa *“ela procurou saber os sintomas, o que ela tava sentindo”* e outra sobre a indicação terapêutica *“a doutora passou o remédio”*. Dois acompanhantes aproveitaram a verbalização sobre este assunto e trouxeram no discurso problemas encontrados no atendimento, um afirmou que *“eu trago no hospital e ninguém descobre o que ele tem, tinha que ter, eu acho que tinha que ter qualquer exame, que pegasse no ouvido dele para descobrir o que é isso”* e outra acompanhante trouxe reclamações sobre a forma de comunicação da médica a respeito do diagnóstico *“primeiro,*

palavras difíceis, eu falo porque eu que tenho um entendimento melhor, acho difícil. Pensando que não tem conhecimento, não tem instrução nenhuma, a gente vê isso, na dificuldade da gente como leigo, entender muitas vezes o que o médico quer dizer, porque a gente não tem o estudo que ele tem. Então pra gente entender melhor, precisa falar numa linguagem mais simples”.

Verifica-se com a categorização realizada que no centro de saúde prevaleceu relatos mais voltados para a queixa e o diagnóstico e no hospital houve maior número de verbalizações sobre o diagnóstico.

O momento do recebimento do diagnóstico é uma das fases mais críticas da consulta e pode gerar alguns conflitos se as idéias e explicações que o paciente e seu acompanhante têm sobre as causas das doenças diferem da concepção do médico. Este deve atentar-se para a forma como a informação é repassada; como ela é transmitida e como ela é recebida pelos pacientes e acompanhantes, para que a comunicação neste momento seja eficaz (Heath, 1994a).

b) Indicações terapêuticas

Indagava-se o acompanhante se ele percebia necessidades de mudanças indicadas pelas pediatras para atingir a melhora do paciente. Os entrevistados apontaram mais de uma ação. No centro de saúde, seis afirmaram que precisariam mudar hábitos: *“a casa eu vou ter que limpar bem, tirar a poeira pra ele poder dormir”*, *“é preciso mudar os hábitos alimentares dela”*, *“a única coisa que eu posso ir evitando é muito sol”*, *“ele vai ter que ficar longe de poeira e de pelúcia”*, *“melhorar a alimentação dela”* e *“agasalhar bastante pra não pegar friagem e, fazer repouso”*. Três acompanhantes relataram a necessidade dos pacientes tomarem remédios para melhorarem: *“pra passar direitinho o medicamento”*, *“o tratamento, acho que é de um mês, para tomar remédio à noite”* e *“dar a medicação no horário certo, na quantidade certa”*. Uma das entrevistadas relatou a necessidade de procurar um especialista para conseguir a melhora do paciente: *“para poder acabar com esse problema, vou levá-lo ao neurologista”*.

No hospital cinco acompanhantes relataram a necessidade de mudanças de hábitos na rotina do paciente: *“temos que evitar fumaça né, tem que usar a lenha, em vez do carvão, evitar a lã, poeira, pêlo e coberta de lã”*, *“mudar o colchão, a limpeza da casa, os animais”*, *“mudança é só em relação à roupa de cama, que vou ter que trocar todo dia”*, *“para ele não tomar água gelada, nem nada gelado, não deixar ele andar descalço, nem sentir frio”* e *“eu vou ver se a gente consegue transferir os horários do curso para ele não*

ficar estressado”. Apenas dois acompanhantes se referiram às medicações para atingir a melhora do estado de saúde do paciente: “*tomar o medicamento direitinho*” e “*quando começar a crise já começar imediatamente com a medicação*”.

Percebe-se que nas duas instituições houve maior evidência para mudanças de hábitos como forma de melhorar o quadro de saúde do paciente. Desta forma, verificou-se que este discurso se assemelha muito à proposta de promoção de saúde e prevenção de doenças, o que torna muito positivo esta percepção dos acompanhantes, uma vez que estes conteúdos devem estar presentes em todas as consultas pediátricas, independente da assistência prestada, promovendo o restabelecimento e a manutenção da saúde do paciente.

c) Compreensão de informações e orientações

Em relação a compreensão que os acompanhantes tiveram sobre o que foi informado e orientado pelas pediatras, todos os entrevistados das duas instituições, afirmaram que entenderam toda a informação comunicada pelas pediatras e que não apresentavam dúvidas.

Essa afirmação pode ser compreendida tanto sob a ótica de que a comunicação estabelecida entre as pediatras e os acompanhantes tenha sido satisfatória e eficiente, possibilitando que as informações fossem compreendidas integralmente pelos entrevistados ou talvez que os entrevistados se sentiram coagidos, de algum modo ou ainda que expressaram verbalizações baseadas em uma desejabilidade social que gostariam de repassar para os entrevistadores.

d) Recursos facilitadores da comunicação

Questionou-se os acompanhantes a respeito de que fatores podem ser enumerados como facilitadores da comunicação, para uma consulta satisfatória. Três entrevistados no centro de saúde apontaram uma efetiva comunicação do médico como facilitador: “*que ela me explicou direitinho o quê que ele sente, por quê que tem essas reações, e agora eu vou saber o quê que ele deve tomar direitinho pra ter melhora*”, “*o fato dela escutar, porque tem muito médico que não escuta*” e “*a doutora é diferente, a gente vê isso nela, que ela é uma pessoa que ela gosta do que faz, ela é uma pessoa super atenciosa, preocupada em saber*”. Outro entrevistado indicou uma comunicação satisfatória com acompanhantes: “*eu conversar com ela e falar o que está acontecendo, entendeu? Então aí ela sabe mais um pouco por eu ter falado*”. Outro acompanhante se referiu à alguns fatores externos ao momento de consulta, mas que influenciam suas percepções a respeito de facilitar a

consulta, uma evidenciou a baixa demanda do serviço: *“o que eu considero é que hoje tinha menos pessoas pra serem atendidas”* e outro aponta o repasse de medicação correta pelo médico como um facilitador: *“que facilitou, é que ela passou um medicamento direito pra passar para ele direitinho para ele melhorar”*.

No nível terciário, uma efetiva comunicação da pediatra foi citada por dois acompanhantes como aspecto facilitador da consulta: *“ela foi bem clara, bem direta”* e *“ela estava muito aberta, prestando atenção ao que eu estava falando, ela teve atenção com ele”*. Outras duas acompanhantes relataram a acessibilidade e rapidez no atendimento: *“foi o acesso, foi muito rápido o atendimento, achei maravilhoso, muito rápido”* e *“achei tudo bem, foi bem facilitada, eu trago ela para cá e acho tudo com facilidade”*. Outro entrevistado relata aspecto não relacionado à consulta, como possibilidade de realização de exames na instituição como fator que facilita o atendimento: *“porque aqui pode fazer a radiografia, o exame para saber mesmo se tem alguma coisa no pulmão, porque sem tirar ninguém, ninguém vai saber”* e o último evidencia a indicação correta da medicação: *“facilitou bem, o medicamento que ela passou, parece ser o correto e não é nenhum ruim”*.

Os acompanhantes entrevistados nas duas instituições apontaram uma efetiva comunicação do médico como fator que contribui para a qualidade da consulta, aspecto que corrobora à literatura (Inui & Carter, 1985; Kaplan, 1997; Nunes, 1999; Ogden, 2004; Silva, 2003). Apenas um acompanhante indicou-se como um dos responsáveis para uma consulta satisfatória e outros apontaram as características e organização do atendimento da instituição como fator importante para a qualidade da consulta.

e) Recursos dificultadores da comunicação

Em relação aos aspectos dificultadores no centro de saúde, cinco entrevistados relataram não haver nenhum aspecto dificultador. Apenas um acompanhante relatou que o fato do médico desconhecer a criança dificulta o atendimento: *“quando não é ela, é outro médico eu não gosto, porque não sabe como é que é ele; ela já acompanha desde bebê, então ela já sabe, já conhece o tratamento, como é que ela trata ele”*.

Já no hospital, três afirmaram que nada na consulta pôde ser apontado como dificultador. Dois relataram a acessibilidade ao serviço: *“O que dificulta é o acesso de outras pessoas de outras comunidades para cá”* e *“a demora para ser atendida”*. Outro apontou a comunicação da pediatra com conteúdos e linguagem difíceis para leigos: *“é mais o linguajar, podia ser uma coisa mais clara, mais pro nível de quem não tem o conhecimento de medicina”*.

Muitos dos entrevistados não evidenciaram nenhum aspecto dificultador na consulta, mas não se pode supor que não ocorreram realmente, pois muitos acompanhantes, talvez tenham ficado temerosos em apontar aspectos negativos da consulta, com medo de futuras retaliações, embora tenha sido afirmado muitas vezes o caráter sigiloso da pesquisa e a desvinculação dos entrevistadores com a instituição pesquisada.

f) Influências comportamentais na consulta

Perguntou-se aos acompanhantes se eles achavam que seus comportamentos poderiam influenciar o andamento da consulta, tanto de forma satisfatória como insatisfatória.

Na atenção básica todos os acompanhantes afirmaram que sua maneira de agir influencia a consulta para esta se tornar satisfatória, três deles apontaram que seu comportamento é importante, desde que mantenham uma efetiva comunicação com o médico, tanto sabendo se comunicar corretamente, como entendendo o que o médico repassa de informações: *“porque você tem que saber se explicar, porque, às vezes, você começa a falar demais, ela nem entende o que você tá falando. Se você for mais tranqüila, explicar bem o que você seu filho está sentindo e passar segurança para criança”, “tratar a médica bem, porque, assim, se eu for com falta de respeito com ela, é claro que eu não vou ser bem atendida; se eu tratar ela bem, eu tenho certeza que eu vou ser bem atendida”* e *“eu acho que sim, prestar atenção bastante no que a médica diz”*. Os outros três entrevistados afirmaram que sua maneira de se comportar é importante para auxiliar o paciente no tratamento correto, já que são eles que prestarão os cuidados necessários para restabelecer a saúde da criança: *“sim, porque ele só tem oito anos e vai ser melhor eu estar aqui ajudando, para passar o medicamento direitinho pra ele”, “assim, eu tenho que estar lá, porque ela vai falar tudo que tem que fazer para mim, porque ela (paciente) vai esquecer, então eu tenho que estar lá, pra dizer depois”* e *“se for depender dele para ele ter que tomar o remédio na hora certa, isso não acontece. Ele sabe a quantidade, mas nunca lembra o horário”*.

Na assistência terciária, cinco entrevistados relataram que suas formas de agir são importantes para se atingir uma consulta satisfatória, pois eles proporcionam uma efetiva comunicação no momento da consulta, tanto através do repasse de informações que ajudarão as pediatras a atenderem melhor os pacientes: *“tem que falar direito porque se não falar direito ela nunca vai saber o que a criança está sentindo, então a gente tem que*

chegar para ela e explicar, se a mãe não falar como é que ela vai saber”, “acho sim, porque tenho que chegar e falar tudo que a criança tem, para poder ela descobrir o que a criança tem” e “Porque eu posso estar ajudando a médica a dar o diagnóstico correto para a minha filha”, como servindo também de elo entre o paciente e o médico: “porque ele (paciente) mesmo ainda não consegue expressar todas as informações, o que é que acontece realmente. Eu estando lá eu facilito a ligação entre a médica e o paciente, que é meu filho”. Uma destas cinco anteriormente citadas, ainda relatou a necessidade de manter uma relação satisfatória entre o acompanhante e os profissionais para alcançar uma consulta com qualidade: “você chega aqui estressada, tratando o médico mal, a pediatra mal, obviamente você não vai conseguir uma boa consulta médica”. Apenas um entrevistado relatou que era importante seu comportamento na consulta, assim como em todos os lugares em que a criança frequenta para exercer o papel de mãe: “porque, eu digo assim, eu que sou mãe dele tenho que comparecer em tudo, no colégio, em hospital, principalmente em um caso desses”.

Percebeu-se que nas duas instituições muitos acompanhantes identificavam sua participação como importante na consulta, desde que eles estabelecessem uma comunicação satisfatória com as pediatras, tanto no trato pessoal, como no repasse de informações sobre a situação clínica do paciente.

g) Comportamentos perturbadores à consulta

Foi perguntado ainda aos acompanhantes, se eles percebiam que algum comportamento seu poderia perturbar a condução da consulta. Na assistência primária, três acompanhantes relataram que nenhum comportamento seu poderia prejudicar a consulta, pois sempre se comportam bem: “não, eu só falo na hora, que eu devo falar com a médica, não atrapalhando ela examinando a criança, eu falo só para explicar sobre a minha criança”, “não, não vai complicar eu junto com ele lá” e “eu acho que não, porque fico direito”. Dois entrevistados apontaram que acham que algumas de suas atitudes podem influenciar de forma negativa o atendimento, desde que se comportem de forma errada: “às vezes fala uma coisa assim nervoso, uma raiva, às vezes, não tem nada a ver com aquela pessoa, trago de casa e despejo na primeira que aparece na minha frente, isso prejudica” e “se tiver algum comportamento errado, prejudica a situação da consulta, a pessoa estar estressada, nervosa, né? Falar demais, não prestar atenção no que ta falando, na médica, não falar com calma”. Apenas um acompanhante relatou não saber responder, pois esta

questão deveria ser perguntada à médica: *“ah, aí eu não sei. Tem que perguntar à doutora”*.

No hospital, os respondentes verbalizaram conteúdos que puderam ser organizados em apenas duas subcategorias, três disseram que seus comportamentos não poderiam prejudicar a consulta, e um ainda acrescentou que isso ocorreria desde que se comportassem de forma correta: *“Não. É só procurar falar na hora certa, perguntar na hora certa, prestar bastante atenção e cuidar direito”*. E os outros três afirmaram que suas atitudes poderiam sim prejudicar o andamento da consulta, se eles adotassem comportamentos errados: *“pode sim, né? Você chegar com ignorância com a doutora”, “com certeza, nervosismo, ou então eu falar algum sintoma dela (paciente) errado”* e *“a partir do momento que eu fico pedindo algo o tempo todo à médica acho que vai atrapalhar”*. Os relatos obtidos pelos entrevistados nas duas instituições foram muito semelhantes e os acompanhantes chegaram a reconhecer a influência que seus comportamentos poderiam ter durante a consulta para atingir ou não um atendimento com qualidade para os pacientes pediátricos.

h) Indicação de mudanças na consulta

Quanto à possibilidade de mudanças na consulta, quatro acompanhantes na assistência primária relataram que nada poderia ser mudado e duas sugeriram mudanças que não se relacionavam especificamente ao momento da consulta, mas em relação à estruturação do atendimento da instituição, uma indicou a necessidade de atendimento mais rápido: *“bem, a única coisa que eu mudaria só que fosse um atendimento bem mais rápido”* e outra indicou: *“que as mães tivessem mais tranquilidade e calma para falar”*.

No hospital, três verbalizações acrescentaram indicações para mudanças na instituição: *“os materiais necessários, pois o nebulizador é improvisado”, “que fizesse todos os tipos de exame”* e *“acho que deveria ter medicamento aqui mesmo, sem ter que pegar no posto, deveria ter o medicamento na mesma hora, vou ter que me deslocar para o posto”*. Dois acompanhantes relataram que nada poderia ser mudado na consulta e somente um entrevistado indicou que *“acho que é a atenção mesmo da médica com ele. Porque as médicas ficam muito atentas ao que os pais tão falando e não dão tanta atenção quando a criança fala alguma coisa. Escutar também os dois lados. Escutar o que os pais, os responsáveis tem para falar, mas também ter um tempo de conversar com a criança independente dos pais falarem ou não”*.

Nesta última sugestão verbalizada, a acompanhante teve sensibilidade para perceber a inquietação de seu filho, com onze anos, ao não receber a atenção que gostaria da pediatra que o atendeu. Esta acompanhante adota a visão de que o paciente é alguém com deveres, mas também direitos a serem preservados, como o direito a receber informações sobre sua saúde, ter as dúvidas esclarecidas e as expectativas atendidas (Bibace & Walsh, 1980; Tates & Meeuwesen, 2001).

i) Influências comportamentais do paciente na consulta

Neste tópico, perguntou-se aos acompanhantes se eles achavam que os comportamentos emitidos pelos pacientes pediátricos, influenciavam ou não o atendimento.

No centro de saúde, quatro entrevistados responderam afirmativamente, que de uma forma ou de outra o comportamento dos pacientes modificariam o atendimento: *“sim, se ele se comporta educadamente, direitinho, trata bem a médica, trata bem os outros funcionários”*, *“sim, porque se ela ficar lá, não ajudar, não ter atenção, na hora da consulta ficar tipo brincando ou tipo chorando, vai irritar até o próprio médico”*, *“bem, só não ajudou muito porque ele fica muito calado, aí, ele teria que falar bem mais, dizer o que ele mesmo está sentindo”* e *“com certeza, ela (médica) vai fazer perguntas para ele, ele tem que responder sinceramente o que está acontecendo, se está doendo, onde que dói”*. Dois entrevistados indicaram que o comportamento dos pacientes, que estavam acompanhando, não influenciou no atendimento: *“não, ficou quieto na consulta”* e *“não, ela ficou um pouco tímida na hora”*.

No hospital, as opiniões se dividiram igualmente, encontraram-se três acompanhantes que relataram que os comportamentos de seus filhos influenciavam na consulta: *“com certeza. Porque o nervosismo dela (paciente) atrapalha, ela é muito nervosa, ela é muito tensa”*, *“sim, se ele fizer bagunça, se ele não ficar quieto, pode prejudicar muito. Como ela vai poder examinar, poder ver o que ele tem, se ele ficar bagunçando”* e *“eu acho que sim, porque ela tá um pouquinho assim molinha e não falou muito”*. Os outros três entrevistados relataram que não achavam que havia modificações no atendimento pelo comportamento de seus filhos: *“acho que não”*, *“não, acho que não”* e *“não, ele é tranqüilo”*.

Algumas acompanhantes das duas instituições relataram que seus filhos não tinham comportamentos que poderiam influenciar o andamento da consulta, seja porque eram tímidos, ou porque estavam quietos. No entanto, estas características, por si só, também

influenciam a consulta de alguma forma, fosse de modo satisfatório auxiliando as médicas a realizarem procedimentos e exames que precisassem que a criança permanecesse mais quieta, ou de forma negativa na investigação da queixa, quando o satisfatório seria uma criança mais assertiva que respondesse às questões feitas pelos pediatras.

j) Compreensão do paciente sobre seu quadro clínico

Na entrevista com os acompanhantes, foi perguntado o quanto eles achavam que o paciente tinha compreendido sobre sua situação clínica. No centro de saúde, quatro entrevistados relataram que os pacientes, tinham entendido o que estava se passando com ele: *“eu acho que sim”, “entendeu, que ele tá assim porque tomou coisa gelada, não faz tudo que eu falo, eu falo pra tomar quente, é pra calçar o chinelo e não faz, é pra botar uma roupa de frio”*; *“eu acho que ele sabe sim o que se passa, tanto que ele já tem isso desde seis meses de vida. Então, ele sabe quando é que ele fica com crise de bronquite”* e *“entendeu algumas coisas, algumas coisas ele entendeu”*. Outros dois acompanhantes verbalizaram que os pacientes não entenderam seu problema de saúde: *“bem, eu acredito que não direitinho assim, acho que ele não entendeu muito bem, não. Ele pensa que é só uma dorzinha e só, acho que não deu pra ele compreender”* e *“eu não sei, eu acho que ela não entendeu não”*. Apenas um acompanhante acredita que seu filho: *“entendeu algumas coisas, algumas coisas ele entendeu”*.

Já no hospital, todos os entrevistados afirmaram que o paciente, que acompanhavam, conseguiu compreender as informações que foram repassadas durante o momento da consulta: *“entendeu sim. A doutora falou, explicou direitinho para ela”*; *“entendeu, ficou bastante claro”*; *“ele entendeu e é bom que ele entenda, para poder ficar sabendo, para da outra vez ele dizer, ta doendo assim, ta acontecendo isso, isso, da outra vez que o senhor me levou para o hospital a médica falou que era isso, e a dor é do mesmo jeito”*; *“entendeu, eu acho que ele entendeu que é uma coisa perigosa”*; *“entendeu, acho que ele entendeu a questão dele”* e *“ela entendeu do modo dela, ficou um pouco nervosa, mas eu tenho certeza que ela compreendeu sim”*.

l) Expectativa de atendimento e experiências com outros serviços

Na última questão, solicitou-se que os acompanhantes descrevessem as expectativas que tinham antes de receberem o atendimento na instituição e se poderiam realizar comparações entre o atendimento do centro de saúde, em que estavam, com o prestado

pelos hospitais, ou caso estivessem sendo atendido no hospital, deveriam comparar este atendimento com o serviço prestado por algum centro de saúde.

Na assistência primária, quatro acompanhantes afirmaram que tinham expectativas positivas ao procurarem o atendimento do centro de saúde e que em relação a atendimentos prestados nos hospitais tinham percepções ruins: *“aqui sei que vou ser atendida bem, porque conheço a médica, mas só consulto com ela. Quando vou ao hospital, eles (médicos) chegam assim, olham assim, pegam na criança como se fosse com nojo. É filho de pobre? É! Mas é limpinho, ele não ta sujo, não ta fedendo, entendeu? Eu não gosto desse tipo de coisa. Então, é melhor evitar. Pra eu não ser grossa, é melhor evitar, então eu nem levo, trago aqui!”*; *“quando chega uma mãe num negócio público: o que seu filho tem? Escreve lá e pronto! Mas aqui não, a médica fez diferente, pelo comportamento dela e o jeito que ela trabalha aqui no posto é melhor, entendeu? Mas lá no hospital você leva e o médico nem presta atenção, nem examina”*; *“é diferente né. No hospital a gente vai lá, conversa, fala o que tá sentindo e pronto, vai embora. Se pedir um exame, só passa se tiver morrendo. Eu acho errado porque não pede exames. No hospital é só emergência, eles não passam exames nem nada, só aquela hora, que tá ali com o remédio, pra dor, para alguma coisa”* e *“sim, porque é muito mais corrido o ambiente de um hospital, muito mais estressante que um posto de saúde, né? Então... eles lá (hospital) eles estão, acho que trabalhando no limite do estresse deles, não achava legal a forma de atendimento. Essa falta de... nem te olhar no seu rosto direito. Que você tem?! Hã?! Tem isso desde quando?! Quanto tempo?! Ah! Toma isso aqui que melhora. Pode ir.. Quer dizer, uma consulta não durar nem 15 minutos. É o diferencial que eu vejo aqui, no centro de saúde. São pessoas que se interessam pelo seu bem-estar, pelo que está acontecendo com você. Ela se interessa, ela sempre está sorrindo pra você, ela sempre te chama alegre, sabe? E isso pra mim, principalmente pra quem cuida de criança, isso pra mim é um diferencial muito grande, a pessoa ser alegre, a pessoa sorrir, conversar com você. Porque um médico não é simplesmente pra te passar um remédio. Tem gente que às vezes está doente, mas não é doente de remédio; é doente de às vezes precisar que um outro escute ele, né? E às vezes o médico faz esse papel pra ele”*.

Outro acompanhante, na assistência primária, verbalizou que nos dois locais as pediatras são muito qualificadas, com a diferença que no hospital eles conseguem tomar mais providências: *“aqui os médicos são muito bons, conversam, examinam as crianças direitinho, te dá oportunidade pra você conversar, explicar sobre a sua criança, oportunidade pra criança conversar, dizer o que está sentindo. Lá no hospital eu acredito*

que são os mesmos. A diferença é que lá, no hospital, eles tomam mais providências”. E o último acompanhante não relatou expectativas a respeito do hospital, pois não teve nenhuma experiência e quanto ao centro de saúde: “Espera ser bem atendido e bem recebido, ser atendido na hora, certo? E não demorou nada”.

Dos acompanhantes que foram entrevistados no hospital, três relataram percepções positivas referentes ao atendimento prestado na assistência terciária e negativas em relação as consultas do centro de saúde: *“no posto de saúde, é uma coisa, ele não atende igual como atende aqui, tipo pegar e examinar a criança, eu levei ele lá, tem duas semana, ele estava com começo de gripe, passaram remédio para gripe e pronto, não examinaram a criança, só pesaram, era importante ter examinado. Porque eles ficam esperando piorar para a criança ir para o hospital. Aqui é melhor, porque no posto não tem como tirar o raio-x”; “centro de saúde é muito ruim. Falta médico falta mais profissional, no centro de saúde. Excelente os médicos daqui, os de lá são sobrecarregados, então a demanda de pacientes é grande demais e pouco funcionário” e “tem muita diferença porque lá no centro de saúde eles atendem e falam que essa criança não tem nada. E eu acabo trazendo para cá e eles pedem exame, e dá alguma coisa no exame. Isso é muita diferença. Porque se tem médico lá no posto de saúde é ignorante, não atende a gente direito. E aqui não, aqui é com educação, respeita a gente, entendeu? É com carinho. Não tenho do que reclamar daqui”.*

Dois outros acompanhantes no hospital afirmaram não perceber diferenças evidentes na consulta e nos profissionais dos dois níveis de atendimento, a não ser os causados pelos problemas de organização do atendimento ou falta de conhecimentos burocráticos por parte das pediatras: *“eu na realidade fui sempre a atendimento de posto. Eu acho que no posto a criança fica reservada de doenças mais sérias. Como não é uma coisa assim, não é nada grave o que o meu filho tem, eu sempre procuro o posto. Eu vim aqui para ter o atendimento justamente por uma falta de informação da médica com o hospital. Com relação ao atendimento, a consulta foi de qualidade, nenhuma ficou para trás. Só houve realmente essa falta de informação da médica de lá que não sabia, não me deu a guia de emergência” e “não, porque todas as vezes que eu fui atendida aqui, eu fui super bem atendida, não tenho reclamação nenhuma. Já vim aqui várias vezes e nenhuma reclamação. No centro de saúde, os médicos são bons, eu sinto um pequeno problema na ordem de chegada, é mais a questão da organização que eu vejo no posto de saúde. Só esse problema que eu vejo sério, é o problema da organização, eles trabalham de igual pra igual, quem prepara eles pra lá ou pra cá”.*

Um dos entrevistados afirmou que não teve nenhuma experiência em atendimentos em centros de saúde, mas apreciou o atendimento disponibilizado pelo hospital “*não fui a nenhum centro de saúde desta cidade não. Eu achava aqui que ia demorar, mas foi rapidinho. Cheguei aqui e já chamou. Eu gostei*”.

Percebe-se que a maior parte das percepções dos dois grupos de acompanhantes são semelhantes, tendem a valorizar os serviços em que estão no momento da entrevista e apontar experiências negativas em relação aos serviços ofertados nas instituições com uma assistência diferente. Talvez este motivo seja o responsável por se encontrar demandas com perfis bem diferentes ao que prevê o Sistema Único de Saúde tanto na assistência primária quanto na terciária. Isso ocorre quando, nos centros de saúde, há crianças em estágio de doença avançado, necessitando de maiores intervenções e exames com alta tecnologia; ou, quando se encontram no hospital crianças sem patologia grave, que deveriam ser atendidas na atenção básica.

Quadro 6. Categorias das entrevistas com os acompanhantes

Categorias	Centro de saúde	Hospital
Recordações da consulta	- Queixa (4) - Diagnóstico (4) - Indicação terapêutica (3)	- Diagnóstico (5) - Queixa (1) - Indicação terapêutica (1)
Indicações terapêuticas	- Mudar hábitos (6) - Tomar remédios (3) - Procurar especialista (1)	- Mudar hábitos (5) - Tomar remédios (2)
Compreensão de informações e orientações	- Entendeu (6)	- Entendeu (6)
Recursos facilitadores da comunicação	- Boa comunicação da pediatra (3) - Boa comunicação do acompanhante (1) - Pouca demanda no serviço (1) - Indicação correta de medicação (1)	- Boa comunicação da pediatra (2) - Acessibilidade e rapidez no atendimento (2) - Realização de exames (1) - Indicação correta de medicação (1)
Recursos dificultadores da comunicação	- Nada (5) - Médico desconhecido (1)	- Nada (3) - Acesso ao serviço (2) - Comunicação da pediatra (1)
Influências comportamentais na consulta	- Sim, mantendo uma boa comunicação (3) - Sim, ajudando o paciente (3)	- Sim, mantendo uma boa comunicação (5) - Sim, para assumir o papel de mãe (1)
Comportamentos perturbadores à consulta	- Não (3) - Sim (2) - Não sei, tem que perguntar ao médico (1)	- Não (3) - Sim (3)
Indicação de mudanças na consulta	- Nada (4) - Atendimento rápido (1) - Mães mais tranquilas (1)	- Materiais, exames e medicação (3) - Nada (2) - Atenção da médica (1)
Influências comportamentais do paciente na consulta	- Sim (4) - Não (2)	- Sim (3) - Não (3)
Compreensão do paciente sobre seu quadro clínico	- Sim (4) - Não (2)	- Sim (6)
<i>Expectativa de atendimento e experiências como outros serviços</i>	- CS – percepção positiva e hospital – percepção negativa (4) - CS e hospital – serviços semelhantes (1) - CS – bom atendimento e hospital – sem experiência (1)	- Hospital – percepção positiva e CS – percepção negativa (3) - CS e hospital – serviços semelhantes (2) - Hospital – bom atendimento e CS – sem experiência (1)

5.3.3. Entrevistas com as pediatras

Mais adiante, são descritos e discutidos os resultados encontrados nas entrevistas com as pediatras. No Quadro 7, são apresentadas as categorias das entrevistas com suas frequências de forma mais sucinta. Muitas categorias cada pediatra participa de mais de uma subcategoria, o que justifica o somatório das frequência por categoria ser maior que o número de entrevistados, que foram oito pediatras (três do centro de saúde e cinco do hospital).

a) Rotina do atendimento

Verificou-se como os profissionais descrevem suas rotinas de atendimento e quais as etapas mais enfatizadas, com a finalidade de caracterizar em que momento a comunicação é mais evidenciada.

No centro de saúde, duas pediatras afirmaram seguir uma rotina padrão de consulta, com ênfase no aspecto da promoção de saúde, uma delas apontou ainda uma ênfase maior no acolhimento do paciente: *“chama o paciente, identifica, pergunta as queixas, pergunta se o acompanhante quer complementar o relato do paciente, investiga sobre a alimentação, peso e altura, faz o exame físico, a conduta, fecha um diagnóstico que esclareça o acompanhante o que é e qual a proposta de atendimento”* e *“ver peso e medida, alimentação, rendimento escolar, a queixa, exames e informes. Tentamos não usar perguntas fechadas como sim e não, o médico deve estar sentado, saber ouvir e dar atenção”*. A rotina padrão é a mesma descrita pela literatura: chamar o paciente, identificar, investigar a queixa, realizar exame físico, informar sobre terapêutica e fazer esclarecimentos (Cosnier, 1994; Sucupira, 2007b). Apenas uma pediatra informou que atende mais com caráter de pronto-atendimento, porque não há continuação no tratamento, já que geralmente atende pacientes que não retornam ao centro de saúde: *“geralmente o paciente não é da área de abrangência, faço mais um pronto-atendimento, pois o prontuário não fica aqui e provavelmente o paciente não vai voltar”*.

No hospital três pediatras relataram realizar a mesma consulta padrão, com maior ênfase no momento do exame clínico: *“Pergunta a queixa, investiga, faz exame clínico bem minucioso e conclui o diagnóstico, se precisar encaminha”*, *“escuta o que o paciente tem a dizer, faz o exame clínico, que é o mais importante e vê se precisa de internação ou de encaminhamento”* e *“escuta a história do paciente, rastreia a criança, faz exame clínico, exame físico, exame complementar quando preciso e fecha o diagnóstico”*. Outra afirmou realizar atendimento padrão, mas com ênfase no acolhimento: *“acolhe,*

cumprimenta, escuta a história. Pergunta por que é que ela veio, escuta o que ela tem a dizer, qual a história da doença, retoma perguntando se tem dúvidas, examina a criança, se o diagnóstico ficar claro você faz o tratamento, explicando direitinho para eles poderem aderir". A última pediatra relatou que tem um protocolo próprio, que varia de acordo com a situação.

Deste modo, confirma-se que, no centro de saúde, há mais consultas com ênfase na promoção de saúde e no acolhimento, ao passo que, no hospital, as consultas ocorrem com foco mais nos exames físicos. Percebe-se com isto, que segundo relatos das pediatras, os atendimentos não corroboram com a proposta do SUS, que seria trabalhar promoção de saúde e prevenção de doenças em todas as consultas. O que se encontrou foram padrões de consultas diferentes, tanto do ponto de vista técnico como das relações que se estabelecem entre as pediatras e os pacientes (Sucupira, 2007b).

b) Facilitadores da comunicação

As pediatras indicaram aspectos que se classificam como facilitadores da comunicação e os mesmos foram subdivididos em: relacionados ao paciente, ao acompanhante, ao próprio profissional e à instituição.

Os aspectos facilitadores relacionados ao paciente, no centro de saúde, foram conhecer o paciente; participação e interesse deste pelo atendimento; fazer o paciente se sentir relaxado na consulta e colaborar no exame e atenção, aspectos estes indicados por duas pediatras e espaço para expressão do paciente apontado apenas por uma profissional. No hospital três pediatras ressaltaram apenas a cooperação por parte do paciente e o bom nível de escolaridade da criança, como aspectos que facilitam a consulta.

Quanto aos aspectos relacionados ao acompanhante, obteve-se na assistência primária a indicação de um acompanhante expressivo e bom informante; dedicado e conhecedor das necessidades da criança evidenciado pelas três profissionais. As pediatras informaram que muitas vezes o acompanhante da criança, é alguém que não convive com ela e não sabe fornecer informações importantes sobre história de vida e de possíveis doenças do paciente. Já no hospital, três pediatras relataram como facilitador mais evidenciado, à semelhança do centro de saúde, o fato do acompanhante ser bem informado sobre a situação da criança, embora apareceram também, ter bom nível de escolaridade indicado três vezes nos discursos; ser colaborativo em duas falas e ser do gênero feminino em uma verbalização. Este aspecto foi apontado pelas entrevistadas por afirmarem que quando as acompanhantes são mulheres, elas tendem a ser mais observadoras e terem mais

sensibilidade para a situação do paciente, sendo também, melhor informantes do que quando os acompanhantes são homens.

No que diz respeito aos aspectos relacionados ao profissional, ressaltou-se na assistência primária em duas entrevistas, o profissional possuir experiência e direcionar atendimento tanto para o paciente, como para acompanhante. Entretanto, no hospital, apenas uma pediatra relatou aspectos facilitadores relacionados aos profissionais. Foram eles: bom estado físico e emocional, realização de acolhimento e evitar assumir posturas autoritárias: *“Outra coisa que eu acho que facilita é a questão do acolhimento. A forma como você recebe o paciente, você olhar para ele, você prestar atenção nele, você querer escutar, você não ter prepotência e achar que é dono de tudo, do paciente, que não é nada disso. Essa coisa eu acho que facilita que é a relação mesmo de você escutar e entender o outro”*.

Os fatores facilitadores relacionados à instituição foram: número de profissionais suficientes para a demanda (apontado por apenas uma pediatra do centro de saúde) e a baixa demanda pelo serviço (sinalizada por três profissionais no hospital).

Em revisões sobre o estado da arte, os aspectos mais evidenciados como facilitadores da comunicação que dizem respeito aos comportamentos dos profissionais não foram mencionados pelas entrevistas, como: falar pausadamente, utilizar linguagem simples e acessível, sem a utilização de jargões e prestar atenção em comportamentos não verbais do paciente (Epstein & cols., 2004; Silva, 2006; Travaline & cols., 2005). No entanto, as pediatras relataram aspectos mais voltados para pacientes e acompanhantes, como a necessidade de instrução educacional mais elevada e comportamentos mais colaborativos.

c) Dificultadores da comunicação

Os dificultadores indicados também foram subdivididos nas quatro subcategorias: relacionados aos pacientes, aos acompanhantes, aos profissionais e à instituição.

Os relacionados ao paciente foram variados e surgiram nos relatos das profissionais da atenção básica apenas uma vez. Eles dizem respeito à: paciente não colaborativo; com quadro patológico agudo; com limitações físicas (deficiências, dor) e sociais (desestruturação familiar e baixo desempenho escolar) e crianças desconhecidas dos pediatras. O fato dos profissionais conhecerem os pacientes previamente é percebido como aspecto que facilita o atendimento, tendo em vista que o paciente já está sendo acompanhado ao longo do seu desenvolvimento e isto proporciona mais interação na

comunicação. No hospital, os fatores relatados foram: pacientes não colaborativos apontado por uma pediatra e nervosos ou agitados durante o atendimento indicado por outra profissional. As demais não indicaram dificultadores relacionados à pacientes.

Na verbalização acerca dos dificultadores relacionados aos acompanhantes, foi comentado por uma pediatra do centro de saúde, apenas o fato dos acompanhantes não estarem focado no atendimento do paciente, dispersando a atenção dos profissionais e dificultando o estabelecimento de uma comunicação eficiente, outras duas pediatras não relataram aspectos dificultadores dos acompanhantes. Entretanto, no hospital vários fatores foram indicados, que se relacionavam aos acompanhantes, a ansiedade foi indicada por duas pediatras. Crença excessiva em exames; relato diagnóstico em vez da queixa; baixo grau de instrução; gênero masculino; não conhecimento da situação da criança e baixo recurso financeiro foram ressaltados por apenas uma pediatra do hospital.

Quanto aos profissionais, apenas uma pediatra na assistência primária indicou como aspectos dificultadores barreiras impostas por autoridade e jogo de poder. No hospital, somente uma pediatra mencionou mal-estar físico e emocional do profissional como dificultador.

Sobre a instituição, apenas uma profissional da assistência primária reconheceu como dificultadores da comunicação, a falta de privacidade e constantes interrupções durante o atendimento e o fato de terem muitas pessoas presentes na consulta, como mais de uma criança para ser atendida, por exemplo, irmãos e vários acompanhantes, mãe, avó, pai e tios. Na assistência terciária, nenhum dificultador relacionado à instituição foi indicado.

Diante dos pontos evidenciados como dificultadores, pode-se constatar que eles corroboram aos principais aspectos trazidos na literatura, como: nível de instrução, cognição, cultura e idades diferentes entre o emissor e receptor; assuntos aleatórios na consulta; urgência de tempo nos atendimentos, devido à grande demanda dos hospitais e poucos profissionais, restringindo a consulta apenas a uma busca de sintomas; poder exercido pelo médico e valorização de recursos tecnológicos em detrimento das relações interpessoais (Enskar & Essen, 2000; Martins, 2001; Müller, 2009; Ogden, 2004; Straub, 2005). Entretanto, os profissionais ressaltaram aspectos poucos ressaltados pela literatura como dificultadores da comunicação: mais de uma criança na consulta e influências do gênero do acompanhante no atendimento.

d) Participação do acompanhante

Quanto à participação do acompanhante na comunicação durante a consulta médica, as três pediatras do centro de saúde afirmaram que é importante, pelos seguintes motivos: duas indicaram que auxilia quando o paciente não é colaborativo (p.ex., com muita dor) e fornece uma visão diferenciada sobre o estado da criança. Outra informou que permite avaliar a dinâmica da família e faz o paciente sentir-se cuidado. Mas as profissionais relatam que o importante é tentar direcionar a comunicação para os dois participantes, sem excluir nenhum.

Na assistência terciária, cinco profissionais verbalizaram a participação do acompanhante como importante: quatro por ser o principal informante e porque o paciente não sabe informar corretamente e outra ressaltou a importância para que eles saibam os cuidados que devem ser prestados com a criança. Uma pediatra informou, no entanto, que a participação do acompanhante pode ser negativa quando este interfere de forma autoritária no jeito da criança.

A participação do acompanhante na consulta pediátrica é evidenciada pela literatura, pois com o convívio diário com a criança as informações trazidas sobre o estado de saúde do paciente são importantes para a história clínica e o fechamento do diagnóstico (Nussbaum & cols., 2003; Outsubo & Becker, 2005; Perosa & cols., 2006). Entretanto, autores apontam que não se pode supor *a priori*, que a percepção que eles têm da doença, do tratamento e da prevenção se assemelhem às concepções, os sentimentos e necessidades da criança (Armelin & cols., 2005; Enskar & Essen, 2000).

e) Participação do paciente

As pediatras do centro de saúde afirmaram a importância da participação do paciente infantil na consulta. As três relataram que o paciente é o ator principal do tratamento e ele percebe incômodos diferentes dos adultos, relatando o que pensa e sente, duas ainda afirmaram que é necessário o envolvimento do paciente no seu processo de tratamento e por meio dele se permite conhecer a dinâmica da família. Uma das pediatras afirma sobre a participação do paciente: *“é muito importante, eles são atores dentro da busca da saúde deles, eles são crianças, mas, eu acredito muito nisso, que se a gente não começar a educar a criança pra saúde, daqui a vinte anos eles vão ser adultos não saudáveis”*.

Já as pediatras do hospital, duas relatam que a presença da criança não é fundamental para a consulta, pelo fato do acompanhante ser o principal informante; outra

afirmou que as informações trazidas pelas crianças não são confiáveis: *“é importante, mas não é essencial. O essencial é a participação do acompanhante que é o informante principal, que são os pais ou responsáveis. Porque as respostas da criança não são confiáveis. Ela omite ou exagera os sintomas, o mais comum é omissão”*. Para outra é importante para mostrar o local da dor e se ela for colaborativa e não demonstrar resistências e para a última, a participação da criança surge como fundamental, pois a partir dela se faz o diagnóstico e pode-se identificar outros problemas além da queixa.

A concepção da importância da criança na consulta médica não foi unanimidade entre as profissionais pesquisadas, pois algumas profissionais da assistência terciária não corroboram com as indicações clínicas e teóricas de que a participação da criança é imprescindível para atingir níveis favoráveis de satisfação e adesão ao tratamento, proporcionando um prognóstico positivo nas consultas pediátricas. Além disso, as percepções dos pais sobre a doença, nem sempre são as mesmas das crianças (Nussbaum & cols., 2003; Tates & cols., 2004; Tates & Meeuwesen, 2001).

f) Compreensão do acompanhante

Foi questionado às médicas como elas avaliavam a compreensão do acompanhante sobre o que foi informado e/ou orientado durante a consulta. No centro de saúde, com exceção de uma pediatra que afirma ter ficado em dúvida em uma das consultas, nas outras cinco consultas, as três pediatras afirmaram que eles compreenderam as informações repassadas. No hospital apenas uma pediatra, que teve duas consultas suas analisadas, afirmou que em uma delas não houve compreensão por parte do acompanhante: *“Acho que ele não compreendeu, porque ele tem uma instrução educacional muito baixa”*. Nas outras cinco consultas todas as pediatras verbalizaram que houve compreensão por parte do acompanhante.

g) Compreensão do paciente

Ao questionar as pediatras sobre a compreensão do paciente, no centro de saúde, apenas uma afirmou ficar em dúvida se a criança entendeu o que foi informado e nos outros cinco atendimentos, segundo relato das pediatras, compreenderam as informações repassadas.

No hospital uma pediatra relatou sobre um dos pacientes participantes da pesquisa: *“esta criança é completamente passiva, atrasada por falta de estímulos, não compreendeu”*. Esta mesma pediatra em outra consulta, verbalizou que o paciente estava

sujeito aos cuidados da mãe “*a outra criança está sujeita aos cuidados da mãe, não entendeu*” e outra médica demonstrou que a compreensão do paciente sobre sua situação não pareceu ser uma preocupação “*a criança está sendo mais direcionada, mas não teve resistências*”. Os outros três pacientes, segundo relato das pediatras compreenderam muito bem o que foi informado.

Percebe-se no relato das entrevistadas, que no centro de saúde as pediatras afirmaram que a maioria dos pacientes compreendeu o que foi informado pelas médicas. No hospital, entretanto, essa certeza da compreensão só foi verbalizada por três profissionais, pois em relação aos outros três pacientes, parece não ter havido uma preocupação das pediatras a respeito de suas compreensões, pois conforme informado em discussão anterior a compreensão do acompanhante foi evidenciada como objetivo principal.

h) Problemas de comunicação

Ao questionar as pediatras sobre que estratégias elas utilizam ao lidar com problemas de comunicação durante a consulta, das profissionais que trabalhavam na assistência primária, as respostas: repassar informação e perguntar novamente; adaptar a linguagem ao ouvinte; ouvir mais; fazer analogias e observar mais os comportamentos não-verbais foram mencionadas por duas pediatras. Foi citado pela outra profissional, pedir ajuda do acompanhante para auxiliar no entendimento do paciente e interromper o acompanhante quando este prejudica a comunicação e pedir para que o acompanhante repeta as informações.

Quanto às profissionais da assistência terciária, três relataram que quando algum problema de comunicação surge, não há muito com o que se preocupar, pois elas tendem a confiar mais no exame físico e laboratorial. Outra verbalizou desfazer barreiras de poder e assumir uma postura mais ativa na anamnese, a última afirmou que se o problema for o acompanhante, explica-se mais vezes para ele entender; se for com a criança tenta brincar e distraí-la.

No que tange aos aspectos apontados pelas pediatras, os mesmos são coerentes com as estratégias assinaladas nos estudos anteriores e na literatura especializada, como: avaliar o conhecimento do paciente, ter empatia pelo paciente, falar pausadamente, utilizar linguagem simples e acessível, prestar atenção em comportamentos não verbais do paciente (Silva, 2003; Travaline & cols., 2005). No relato de algumas pediatras do hospital, elas enfatizaram que ao lidar com problemas de comunicação não adotam nenhuma

estratégia e optam por confiar nos exames físicos e laboratoriais, esta evidência corrobora com a concepção de uma hipervalorização do saber técnico-científico e das tecnologias para fim diagnóstico, em detrimento dos conhecimentos, das crenças e valores das pessoas (Müller, 2009; Ogden, 2004). Esta hipervalorização é, inclusive, evidenciada por uma pediatra, também da assistência terciária: *“o profissional e a população de uma forma geral, eles acreditam muito em exames. Se for no médico e ele não passar remédio ou ele não fizer exame ele não é bom médico. Eu vou procurar outro serviço. Infelizmente. Então eu acho que isso é a crença, a questão da crença tanto do profissional quanto do paciente, e isso dificulta”*.

O uso de brincadeiras e jogos para amenizar problemas de comunicação com pacientes pediátricos corroborou estudos da literatura, demonstrando que na interação com crianças há uma maior adoção de comportamentos afetivos para lidar com problemas de comunicação com brincadeiras e comportamentos de distração. Entretanto, pesquisas apontam que não deve haver apenas emissões de comportamentos sócio-afetivos, mas também instrumentais, fornecendo informações e instruções, pois não se pode negar o direito da criança conhecer seu quadro de saúde e participar das decisões sobre seu tratamento (Armelin & cols., 2005; Tates & cols., 2004; Tates & Meeuwesen, 2001).

i) Indicações de mudanças na consulta

Perguntou-se, ainda, o que poderia ser modificado no atendimento prestado aos pacientes. No centro de saúde, cada profissional falou mais de um aspecto, duas apontaram a necessidade de mudanças na estruturação e acessibilidade dos atendimentos: *“na forma de estruturação do atendimento, sem estas filas para pegar as fichas”* e *“tornaria os atendimentos mais próximos, mas acesso entre o centro e o hospital (especialistas)”*. Outra argumenta ainda *“a necessidade de espaço físico, com água, banheiros e trocadores”* e *“a necessidade de programas educativos pelo governo para prevenção”*. E outra relata *“queria ser mais rápida, pois há reclamações de tempo demorado”*, pois segundo ela, se atendesse mais rápido, atenderia mais pacientes, embora reconheça que precise de muito tempo para fazer uma consulta com qualidade.

No hospital, três pediatras afirmam que não modificariam nada e duas relatam o desejo de terem mais tempo para as consultas: *“mudaria ter mais tempo para tratar promoção de saúde e prevenção, mas que isso é impraticável no pronto-atendimento”* e *“queria mais tempo, para escutar e ouvir mais”*.

Percebe-se que as pediatras do centro de saúde desejam modificações em grande parte que não se destinam aos aspectos relacionados aos seus atendimentos e sim a problemas institucionais, como a forma como o serviço é ofertado, pois os pacientes chegam todos na mesma hora e recebem fichas por ordem de chegada. Ressaltam, também, que o espaço físico necessita de melhores acomodações para os pacientes, e de forma mais ampla, indicam a necessidade de mais incentivos do governo para estruturação de programas que pudessem encaminhar os pacientes necessitados para adquirirem mais conhecimentos sobre prevenção de doenças, como sobre alimentação correta para as crianças, sobre doenças sexualmente transmissíveis e sobre a gravidez precoce para os adolescentes. Já no hospital apenas duas verbalizações de mudanças relataram necessidade de tempo, embora em discussão anterior as pediatras tenham afirmado como facilitador da comunicação, relacionada à instituição, o fato de terem pouca procura pelo serviço, o que não justificaria a não realização de promoção de saúde e prevenção de doenças.

j) Percepção de influências institucionais na consulta

Todas as profissionais afirmaram que haviam influências ocasionadas pela estruturação, organização e perfil da instituição em que trabalhavam na comunicação pediatra, paciente pediátrico e acompanhante durante a consulta. As pediatras apontaram ainda aspectos positivos e negativos desta influência.

No centro de saúde, duas pediatras relataram que a forma como o atendimento é estabelecido, permite mais possibilidades de construir melhores vínculos na relação médico-paciente e um atendimento integral, tanto por permitir investigar questões estruturais da vida do paciente, como hábitos de vida e dinâmica familiar, como por acompanhar muitas vezes pacientes já conhecidos pelos profissionais. Duas profissionais evidenciaram ainda o fato de na assistência primária atuarem com educação em saúde, transformando as pessoas em multiplicadores e, por último, realizarem a promoção de saúde e prevenção de doenças. No que tange aos aspectos negativos, foram ressaltados, a exigência da instituição que cobra dos profissionais números de atendimentos e não produção de saúde e demanda elevada de atendimentos ressaltada por duas pediatras. Falta de privacidade para atendimentos e ter que exercer atividades externas a sua atividade contratual, como atender adultos e ao telefone foi indicada por uma outra profissional do centro de saúde. Todos estes aspectos influenciam negativamente o desempenho dos profissionais e segundo eles interferem na comunicação que estabelecem com seus pacientes, seja não permitindo um espaço acolhedor por falta de privacidade, seja não

tendo tempo suficiente para escutar o paciente, pelo fato da grande demanda que a instituição recebe.

Em relação às diferenças que elas enxergam da comunicação no nível primário e terciário, uma das pediatras afirmou: “*no pronto atendimento se faz atendimento focado na queixa, não se faz promoção de saúde, nem prevenção de doenças*”.

Para os pediatras do hospital, a influência positiva de aspectos institucionais da comunicação ocorre em função da baixa demanda da instituição, maior privacidade e espaço físico foram apontados por quatro pediatras. O fato de a instituição possuir mais recursos, o que proporciona um atendimento com maior qualidade foi ressaltado por uma pediatra. Embora possuam uma demanda baixa relatada por quatro profissionais, como ponto positivo, as cinco pediatras afirmaram que mesmo assim, o tempo de atendimento deve ser curto, pois o serviço é de pronto-atendimento e este é o aspecto negativo da instituição.

Quanto às diferenciações do centro de saúde para o atendimento prestado no hospital, uma das pediatras relatou: “*no centro de saúde as consultas são marcadas previamente e há mais tempo, podendo ser feita a promoção de saúde e a prevenção de doenças*”.

Pode-se perceber que as pediatras configuram a consulta através do perfil que elas acreditam, estar estabelecido pelo atendimento, desta forma, tanto os profissionais do centro de saúde enxergam que no atendimento de um hospital não deva ocorrer comunicações de promoção de saúde e prevenção de doenças, como os profissionais da assistência terciária enxergam que a educação e a promoção para a saúde devem ocorrer apenas nos centros de saúde, mesmo que a assistência primária possua demanda mais elevada e o hospital pesquisado tenha mais tempo na prática para a realização de atendimentos. Em cada um desses lugares/instituições, pode-se constatar a existência de padrões de consulta diferentes, tanto do ponto de vista técnico como das relações que se estabelecem. O ponto que mais diferencia as consultas realizadas nesses diferentes lugares/situações, contudo, é o atendimento pessoal dispensado ao paciente. O relacionamento com este vai depender do modo como o médico percebe os direitos do paciente e como ele vê a função do serviço em que ele está inserido (Coelho Filho, 2007; Cosnier, 1994).

Duas pediatras do hospital afirmaram que atuam na assistência primária também e agem da mesma forma em diferentes instituições, uma delas ressaltou: “*teoricamente eu teria mais possibilidade de ajudar o outro lá (no centro de saúde) porque eu posso*

conversar, posso escutar, eu posso orientar de forma preventiva, e aqui é uma coisa mais rápida, teoricamente, tá? Embora que lá também tenha muita coisa pesada [...] Mas eu acho que essa questão de acolher nem que seja o mínimo, de prestar atenção, eu acho que isso é fundamental em qualquer consulta”.

Quadro 7. Categorias das entrevistas com as pediatras

Categorias		Centro de Saúde	Hospital
Rotina do Atendimento		- Padrão + promoção de saúde (1) - Padrão + promoção de saúde + ênfase no acolhimento (1) - Pronto-atendimento (1)	- Consulta padrão + ênfase no exame clínico (3) - Consulta padrão + ênfase no acolhimento (1) - Protocolo próprio (1)
Recursos facilitadores da comunicação	Relacionados ao paciente	- Paciente conhecido (2) - Paciente participativo e interessado (2) - Paciente relaxado (2) - Colaborativo (2) - Atenção e espaço para expressão do paciente (1)	- Cooperação por parte do paciente (3) - Bom nível de escolaridade da criança (3)
	Relacionados ao acompanhante	- Acompanhante expressivo e bom informante (3) - Dedicado e conhecedor das situação da criança (3)	- Dedicado e conhecedor da situação da criança (3) - Bom nível de escolaridade (3) - Colaborativo (2) - Gênero feminino (1)
	Relacionados ao profissional	- Ter experiência (2) - Direcionar atendimento para paciente e acompanhante (2)	- Bom estado físico e emocional (1) - Realização de acolhimento (1) - Evitar posturas autoritárias (1)
	Relacionados à instituição	- Número insuficiente de profissionais (1)	- Pouca procura pelo serviço (3)
Dificultadores da comunicação	Relacionados ao paciente	- Não colaborativo (1) - Quadro patológico agudo (1) - Limitações físicas (deficiências, dor) e sociais (desestruturação familiar e baixo desempenho escolar) (1) - Pacientes desconhecidos (1)	- Não colaborativos (1) - Nervosos ou agitados durante o exame (1)
	Relacionados ao acompanhante	- Não estarem focado no atendimento do paciente (1)	- Ansiedade (2) - Crença excessiva em exames (1) - Relato diagnóstico em vez da queixa (1) - Baixo grau de instrução (1) - Gênero masculino (1) - Desconhecer a situação da criança (1) - baixo recurso financeiro (1)
	Relacionados ao profissional	- barreiras impostas por autoridade (1) - Jogo de poder (1)	- Mal-estar físico e emocional (1)
	Relacionados à instituição	- Muitas pessoas presentes na consulta (2) - Falta de privacidade (1) - Constantes interrupções (1)	- Nenhuma
Participação do acompanhante		Importante: - Quando o paciente não é colaborativo (3) - Fornece uma visão diferenciada sobre o estado da criança (3) - Permite avaliar a dinâmica da	Importante: - Principal informante (4) - Porque a criança não sabe informar (4) - Para conhecer os cuidados que devem ser prestados com a

		família (1) - Para cuidar do paciente (1)	criança (1)
Participação do paciente		- Ator principal do tratamento (3) - Ele percebe incômodos diferentes dos adultos (3) - É necessária no envolvimento do processo de tratamento (2) - Permite conhecer a dinâmica da família (2)	- Não é tão importante: o acompanhante é o principal informante (2) - Não é tão importante: as informações trazidas por eles não são confiáveis (1) - Importante para mostrar o local da dor e se for colaborativo (1) - Fundamental: a partir dele se faz o diagnóstico e identifica problemas (1)
Compreensão do acompanhante		- Sim (5 consultas) - Tem dúvidas (1 consulta)	- Sim (5 consultas) - Não (1 consulta)
Compreensão do paciente		- Sim (5 consultas) - Tem dúvidas (1 consulta)	- Sim (4 consultas) - Não (2 consultas)
Problemas de comunicação		- Repassavam a informação e perguntavam de novo (2) - Adaptavam a linguagem ao ouvinte (2) - Ouvem mais e fazem analogias (2) - Observavam mais os comportamentos não-verbais (2) - Pedem ajuda do acompanhante (1) - Interrompe o acompanhante quando é ele quem prejudica a comunicação (1) - Pede ao acompanhante que repita as informações (1)	- Confiam mais no exame clínico (3) - Desfaz barreiras de poder (1) - Assume uma postura mais ativa na anamnese (1) - Se o problema for do acompanhante, explica novamente para ele (1) - Se for com a criança tenta brincar e distrair (1)
Indicações de mudanças na consulta		- Estruturação no serviço (2) - Espaço físico (1) - Programas educativos (1) - Rapidez no atendimento (1)	- Nada (3) - Mais tempo para atendimento (2)
Percepção de influências institucionais na consulta	Aspectos positivos	- Melhores possibilidades de construir a relação médico-paciente (2) - Atendimento integral (2) - Atuar com educação em saúde (2) - Realizar promoção de saúde e prevenção de doenças (2)	- Demanda baixa da instituição - Maior privacidade e espaço físico - Maiores recursos da instituição
	Aspectos negativos	- Cobrança de números de atendimentos e não produção de saúde (2) - Demanda elevada de atendimentos (2) - Falta de privacidade (1) - Exercer atividades extras (1)	- Tempo curto para atendimento (5)

5.4. Relações entre os comportamentos e as percepções das pediatras

A seguir, são realizadas algumas relações entre os resultados obtidos por meio das observações das consultas e das entrevistas com as pediatras, em cada nível assistencial, nos seguintes aspectos: a) participação do paciente, b) participação do acompanhante, c) fatores facilitadores e d) dificultadores da comunicação.

a) Participação do paciente

Analisando-se o Gráfico 5, que compara as condutas relacionadas exclusivamente aos pacientes, percebeu-se que os comportamentos de “Incentivo à participação (IP)”, “Incentivo à interação (II)” e “Comunicar informações (CI)” foram mais frequentes no centro de saúde. Os discursos das pediatras desta instituição corroboram com estas observações, pois todas as três relataram que o paciente é o ator principal do tratamento e que é necessário seu envolvimento no seu processo de tratamento.

Em relação aos discursos das pediatras do hospital, três das cinco profissionais afirmaram que a presença da criança não é fundamental para a consulta; duas afirmaram que o acompanhante era o principal informante e uma pediatra relatou que as informações trazidas pelas crianças não são confiáveis. Deste modo, a participação do paciente no centro de saúde parece se relacionar à concepção apontada pela literatura de que a criança é um sujeito completo, competente, com direito a ser ouvido e atendido em suas necessidades específicas (Bibace & Walsh, 1980; Enskar & Essen, 2000; Nussbaum & cols., 2003; van Dulmen, 1998). No entanto, o mesmo parece não acontecer no hospital, já que algumas profissionais parecem dar mais atenção às informações trazidas pelos acompanhantes, sugerindo que o paciente não tem capacidade para entendimento do seu quadro, nem para se expressar de forma correta.

b) Participação do acompanhante

Analisando-se os Gráficos 1 e 3, observou-se que, a partir das frequências de comportamentos, as pediatras do centro de saúde parecem envolver mais o paciente do que o acompanhante na consulta. Estes comportamentos se relacionam às percepções dessas profissionais nas entrevistas, pois estas afirmaram que a participação do acompanhante só era mais importante que a do paciente, quando este não estava colaborativo (por. ex., com muita dor) e este não era o caso de nenhum paciente. Talvez por isso, elas tenham direcionado menos comportamentos aos acompanhantes e mais aos pacientes.

Em relação às pediatras do hospital, e analisando mais detalhadamente o Gráfico 1, percebe-se que há uma frequência maior no comportamento “solicitar informações específicas da queixa ao acompanhante (SIEQ-a)”. Do mesmo modo, no Gráfico 3, os comportamentos que apresentaram frequências mais elevadas foram os relacionados aos acompanhantes: “Comunicar condutas terapêuticas para o acompanhante (CCT-a)”; “Comunicar mudanças de hábitos ao acompanhante (CMH-a)”, “Comunicar hipóteses diagnósticas ao acompanhante (CHD-a) e “Comunicar informações sobre estado de saúde do paciente ao acompanhante (CIES-a)”. Esta evidência pode sugerir que as pediatras do hospital tendem a valorizar mais a presença e participação do acompanhante do que do paciente.

Vale ressaltar que a literatura sugere um equilíbrio na atenção direcionada pelos profissionais ao paciente e ao acompanhante. Este tem a importância de fornecer informações relevantes sobre a história clínica daquele; e o paciente precisa participar para se tornar um co-responsável pela sua saúde (Heath, 1994a; Nussbaum & cols., 2003; Outsubo & Becker, 2005; Perosa & cols., 2006; Straub, 2005; van Dulmen, 1998).

c) Facilitadores da comunicação

A partir do Gráfico 6, observou-se, no centro de saúde, os seguintes comportamentos mais frequentes: “Informação detalhadora (ID)”, “Verificação da compreensão do paciente (VC-p)” e “Repetir falas (RF)”. Quando entrevistadas, as pediatras indicaram que, ao lidar com problemas de comunicação, nas consultas, elas repassavam a informação e perguntavam novamente; adaptavam a linguagem ao ouvinte; ouviam mais; faziam analogias e pediam para que o acompanhante repetisse as informações. Deste modo, os dados de observação da consulta são corroborados pelas entrevistas com as pediatras do centro de saúde.

No hospital, por sua vez, os comportamentos facilitadores mais frequentes, foram “Informação detalhadora (ID)”, “Verificação da compreensão do acompanhante (VC-a)” e “Repetir falas (RF)”. Ao serem inquiridas sobre o que faziam diante de problemas de comunicação, duas pediatras relataram que, quando o problema de comunicação é com o acompanhante, elas tendem a repetir as informações. As outras três profissionais informaram que não se preocupam diante de problemas de comunicação, pois tendem a confiar mais nos exames físicos. Talvez, estas sejam algumas razões para a baixa frequência de comportamentos facilitadores das pediatras no hospital. Os comportamentos observados nas duas instituições como facilitadores são evidenciados pela literatura (ver,

p.ex., Epstein & cols., 2004; Laidlaw & cols., 2002; Maldonado & Canella, 2009; Savard, 2004; Silva, 2003; Travaline & cols., 2005).

d) Dificultadores da comunicação

O Gráfico 7 indica que, no centro de saúde, os comportamentos dificultadores mais freqüentes foram: “Uso de jargões médicos (JM)”; “Não informar o toque durante exame físico (NIT)”; “Interrupções na fala (IF)” e “Esclarecimentos sobre assuntos externos (EAE)”. Nas entrevistas, somente este último comportamento foi citado por duas pediatras, que indicaram que os acompanhantes não estavam focados no atendimento do paciente, dispersando a atenção dos profissionais e dificultando o estabelecimento de uma comunicação eficiente.

No hospital, os comportamentos mais freqüentes foram “Uso de jargões médicos (JM)” e “Não informar o toque durante exame físico (NIT)”. Nas entrevistas, nenhuma pediatra relatou sobre estes dificultadores, talvez, pelo fato das entrevistadas não perceberem estes comportamentos como dificultadores ou não identificarem eles na suas próprias consultas. Embora tais pediatras não tenham relatado estes dois comportamentos a literatura aponta-os como dificultadores da comunicação, prejudicando a interação entre a tríade (ver p.ex., Connor & cols., 2009; Heath, 1994b; Sucupira, 2007b; Tates & Meeuwesen, 2001).

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que as instituições pesquisadas possuem estilos de comunicações diferenciados, que influenciam a interação entre pediatra, paciente e acompanhante. No Centro de Saúde, de forma geral, prevaleceu uma consulta centrada no paciente, tendo em vista que as maiores frequências de comportamentos efetivados pelas pediatras tinham por finalidade incentivar a participação do paciente, interagir com ele ou lhe comunicar informações. No hospital, evidenciou-se um estilo de consulta ora voltado mais para o acompanhante, ora centrado no médico, pois observou-se que há uma frequência maior de comportamentos relacionados ao acompanhante. Na assistência terciária, o fechamento do diagnóstico e a elaboração das indicações terapêuticas tiveram baixas frequências de emissões verbais destinadas ao paciente ou acompanhante, o que pode sugerir que foi dada maior importância ao exame clínico e evidenciado o conhecimento e as habilidades dos profissionais durante o atendimento, em detrimento das informações e experiências trazidas pelos pacientes e acompanhantes.

Este trabalho não objetivou avaliar qual o estilo mais apropriado para proporcionar maior satisfação no atendimento em cada nível de saúde. Alguns estudos demonstraram que um estilo será mais eficaz do que o outro dependendo das características pessoais do paciente (Brown & cols., 2003; Marks & cols., 2004). No entanto, percebeu-se que, no centro de saúde, houve uma participação maior do paciente nas verbalizações observadas. Além disso, nos resultados encontrados nas entrevistas, os pacientes do centro de saúde se recordavam mais das indicações terapêuticas e afirmaram terem compreendido melhor o que foi informado pelas pediatras, em detrimento dos pacientes consultados no hospital, que se lembravam mais do momento do exame físico e relataram não terem entendido as informações repassadas pelas pediatras.

Os acompanhantes das duas instituições apresentaram discursos semelhantes, afirmando que obtiveram compreensão sobre o que foi comunicado pelos pediatras; que uma efetiva comunicação do médico contribui para a qualidade da consulta e possuíam percepções mais positivas do serviço em que estavam, do que de um outro serviço com nível assistencial diferente.

Em relação ao relato das pediatras, no centro de saúde elas afirmaram fazerem mais consultas com ênfase na promoção de saúde e no acolhimento e no hospital atendimentos com foco mais voltados para exames físicos. As pediatras das duas instituições atribuíram

mais aspectos facilitadores e dificultadores relacionados aos pacientes e acompanhantes, do que a si própria, e relataram, ainda, a necessidade de mais tempo para melhorar a qualidade dos atendimentos.

No que concerne às limitações deste estudo, primeiramente aponta-se o tamanho da amostra, pois embora o método empregado tenha dificultado a pesquisa com um número maior de participantes, reconhece-se a dificuldade de conclusões generalistas. Segundo aspecto limitante refere-se às idades das crianças, reduzindo os resultados encontrados a pacientes pediátricos com a mesma faixa etária, já que crianças menores ou maiores talvez possuam comportamentos diferenciados em virtude de seu amadurecimento cognitivo ou de suas experiências anteriores.

Outro percalço é refletido pela limitação do número da amostra, que permite indagar quanto destes resultados são representativos dos perfis de atendimento dos níveis assistenciais ou se eles correspondem às características pessoais de cada participante? Esta questão só poderá ser respondida diante de pesquisas semelhantes com maior número de participantes.

Outra limitação da pesquisa corresponde ao entrave estabelecido pelas durações das consultas em cada atendimento, podendo-se supor por um lado que no centro de saúde as emissões verbais foram maiores porque a consulta demorou mais, entretanto, por outro lado, se for realizada uma análise mais detalhada dos dados, percebe-se que muitos comportamentos apresentam tamanha diferenciação de frequências, que mesmo a consulta do hospital se prolongando mais do que ocorreu, os resultados não seriam tão próximos. Por exemplo, as emissões da categoria “solicita informações específicas da queixa ao paciente” em que no centro de saúde obteve-se frequência de 167 emissões deste comportamento e no hospital apenas 10.

A pesquisa foi concretizada pelo esforço e persistência da pesquisadora e sua auxiliar de pesquisa, pois algumas dificuldades surgiram durante a trajetória de realização da investigação. Inicialmente porque os dias de coleta de dados tiveram que ser estendidos, devido a mudanças climáticas que ocasionaram a baixa procura pelos serviços de saúde e porque muitas pediatras entraram de licença médica ou férias, tendo-se que esperar pelo retorno de algumas das profissionais. Por este motivo e porque alguns dias de coleta não apareceram pacientes da faixa etária estipulada, a segunda dificuldade vencida foi ter que realizar a coleta de dados nas duas instituições ao mesmo tempo. Pesquisar em duas instituições diferentes, tanto pela estruturação do setor, pela localização, pela postura dos profissionais e pelas exigências de cada uma delas na condução dos procedimentos da

coleta, necessitou de muita organização e disponibilidade tanto da pesquisadora, quanto de sua auxiliar de pesquisa.

Algumas recomendações quanto aos cuidados necessários para realizações de pesquisas nesta temática são ressaltadas para auxiliar na preparação de futuros investigadores interessados no fenômeno da comunicação. Primeiramente, indica-se a necessidade de cuidados éticos durante os procedimentos, pois isto facilitou a possibilidade de utilização de métodos observacionais no estudo, tendo em vista que muitos profissionais não permitem o uso deste recurso e se mostrou muito importante para aceitação da pesquisa pelos pacientes e acompanhantes. Em todas as situações em que se convidava um paciente e seu acompanhante para participação da pesquisa, explicávamos ao paciente todo o procedimento para realização do estudo e mesmo o acompanhante concordando, a participação só era aceita se o paciente verbalizasse que realmente desejaria participar. Para isso sentávamos com ele na sala de espera e esperávamos que ele lesse o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, esclarecesse suas dúvidas e assinasse. O local para realização das entrevistas era também cuidadosamente escolhido para manter a privacidade e o sigilo das respostas dadas pelo paciente e seu acompanhante.

Uma outra indicação para estudos que pretendem trabalhar com métodos observacionais é utilizar a câmera sempre em pontos um pouco mais altos da visão dos participantes (ex. em cima de armários, em suportes de papel toalha), pois evita que a presença deste recurso chame a atenção em demasia, principalmente do paciente pediátrico, que não age naturalmente na consulta querendo manipular ou observar mais de perto o equipamento. Lidar com todo o aparato técnico para realização da pesquisa foi mais uma dificuldade a ser superada, uma vez que, utilizávamos gravador de áudio, filmadora, um protocolo de observação a ser preenchido e ainda duas pessoas inseridas no *setting* pesquisado. O período de familiarização foi importante também para auxiliar a observar em que lugar e em que momento os aparelhos seriam colocados e ligados, bem como qual o melhor local para posicionamento das pesquisadoras, para que o andamento da consulta não fosse prejudicado.

Estabelecer uma relação, mínima que seja, com o paciente e seu acompanhante antes da consulta é outra recomendação. Nesta investigação isso foi feito durante o primeiro contato para apresentar a pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Procurou-se neste momento, construir uma maior proximidade com o paciente e seu acompanhante, perguntando sobre a idade, bairro em que residiam, quantas vezes já haviam sido atendidos na instituição e conversando sobre assuntos aleatórios antes de sua

entrada na consulta. Acredita-se que esta atitude facilitou que o paciente e seu acompanhante se sentissem mais a vontade com a pesquisadora, tanto quando esta estava presente na sala da consulta, como durante a condução das entrevistas.

Manter contato e proximidade com os profissionais da instituição, além das pediatras, também foi importante para recebimento de atenção e respeito pelos momentos em que se realizavam as observações e as entrevistas, evitando interrupções por outros profissionais e diminuindo a probabilidade de conteúdos de desejabilidade social nas respostas verbalizadas pelas pediatras.

Recomenda-se diante do que foi exposto ao longo deste capítulo, e refletindo tanto sobre as limitações encontradas nesta pesquisa, quanto nos trabalhos revisados, que: a) estudos utilizem amostras mais balanceadas em termos de variáveis como *setting*, tamanho da amostra, tipo de doença, idade e gênero da criança, características sócio-econômicas e aspectos culturais; b) avaliem características não expostas, como a relação entre o estilo de interação e os resultados das variáveis, tais como satisfação e adesão; b) pesquisas que explorem mais a influência da idade da criança, o tipo de queixa e o segmento da consulta e a tomada de fala dos pais na tríade, durante a comunicação; c) investiguem mais a ótica dos pais, focando a nível de medir o controle exercido, a responsabilidade parental e as preocupações com a falta de familiaridade da criança com o *setting* médico; d) investiguem o papel do médico, que tem dois interlocutores com necessidades e objetivos diferentes, tendo que ensinar a criança a enfrentar questões sobre saúde e doença, enquanto que por outro lado precisa ser sensível aos eventos e questões que ocorrem com os pais; e) que sejam realizadas comparações da comunicação em diferentes instituições com outras finalidades, como atendimento a paciente oncológicos, para outros públicos, como adulto e com outros perfis, como público e privado e f) que sejam desenvolvidos instrumentos de análises que possam avaliar a interação entre os três participantes, utilizado-se métodos observacionais, englobando não só características instrumentais e sócio-emocionais mas também contextuais.

No entanto certezas ficaram após conclusão desta investigação. Primeiro que futuras pesquisas, em contextos pediátricos, devem levar em consideração tanto a participação dos três participantes da tríade nas metodologias usadas, como nas estruturas conceituais de análise. As informações trazidas pelos pacientes foram importantes para entender sua compreensão diante das informações repassadas e verificar que a finalidade da comunicação foi alcançada, pois muitas crianças relataram informações importantes,

especificamente verbalizando a necessidade de realizar procedimentos ou mudanças de hábitos para o restabelecimento e a manutenção de sua saúde.

A segunda constatação é que estudos devem agregar multimetodologias, utilizando-se não só da entrevista, mas de métodos observacionais, pois proporciona-se uma aproximação mais fidedigna da realidade pesquisada. Pode-se destacar ainda, em terceiro, a necessidade de utilização de gravações de vídeo da consulta para análise dos dados. Ter a possibilidade de rever a consulta, várias vezes, auxiliou não só no entendimento e organização dos dados observacionais, mas enriqueceu a análise e diminuiu o enviesamento da interpretação dos resultados. E por último, percebeu-se que pesquisas qualitativas para trabalhar com esta temática são importantes para uma análise interpretativa em profundidade do discurso, recurso importante para a compreensão das características interacionais da comunicação.

REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H. N. (1996). *Armadilhas da comunicação*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Arrais, A. R., & Araujo, T. C. C. F. (1999). Recidiva versus cura: A vivência paradoxal da sobrevivência ao câncer na infância. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 45(3), 15-22.
- Araujo, I. S., & Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Araújo, M. M. T., Silva M. J. P., & Puggina A. C. G. (2007). A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Revista da Escola de Enfermagem*, 41(3), 419-425.
- Araujo, T. C. C. F. (2009). Comunicação em saúde: Contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-13.
- Áries, P. (1986). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Armelin, C. B., Wallau, R. A., Sarti, C. A., & Pereira, S. R. (2005). A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(2), 45-54.
- Arora, N. (2003). Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. *Social Science and Medicine*, 57, 791-806.
- Balint, M. (1988). *O médico, seu paciente e a sua doença*. São Paulo: Livraria Atheneu.
- Barbosa, A. C. A. S., & Araujo, T. C. C. F. (2006). Pré-consulta e consulta na prática assistencial hospitalar. *Mudanças*, 14(2), 205-214.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bascuñán, M. L. R. (2005). Comunicación de la verdad en medicina: Contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Revista Médica de Chile*, 133, 693-698.
- Batista, C. G. (1996). Observação do comportamento. Em L. Pasquali (Org.), *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento* (pp. 263-303). Brasília: LABPAM/ INEP.
- Bibace, R., & Walsh, M. (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*, 66(6), 912-917.
- Bodstein, R. (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 401-412.
- Bonvicini, K. A., Perlin, K. J., Bylund, C. L., Carroll, G., Rouse, R. A., & Goldstein, M. G. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling*, 75, 3-10.

- Boon, H., & Stewart, M. (1998). Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 35(3), 161-176.
- Brady, D., Schultz, L., Spell, N., & Branch (2002). Iterative method for learning skills as an efficient outpatient teacher. *American Journal of the Medical Sciences*, 323(3), 124-129.
- Braga, E. M., & Silva, M. J. P. (2007). Comunicação competente: Visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 410-414.
- Brasil (2006). *Portaria MS/GM n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2007a). *Atenção primária e promoção de saúde. Coleção progestores – Para entender a gestão do SUS*, 8. Brasília: CONASS. Retirado em 25/10/2009, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf.
- Brasil (2007b). *Assistência de média e alta complexidade no SUS. Coleção progestores – Para entender a gestão do SUS*, 9. Brasília: CONASS. Retirado em 25/10/2009, de <http://www.conass.org.br/publicacao/index.html>.
- Brown, J. B., Stewart, M., & Ryan, B. L. (2003). Outcomes of patient-provider interaction. Em T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 141-161). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Campos, M. M. (2008). Porque é importante ouvir a criança? A participação das crianças pequenas na pesquisa científica. Em H. V. C. Cruz (Org.), *A criança fala: Escuta de crianças em pesquisa* (pp. 35-42). São Paulo: Cortez.
- Canesqui, A. M. (1992). Consumo e avaliação dos serviços de saúde. Em A. W. Spinola (Org.), *Pesquisa social em saúde* (pp. 13-28). São Paulo: Cortez.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: Repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 139-46.
- Carricart, M., Amoza, J. B., Lattaro, D., Pérez Billi, L. E., Benedictti, J. L., Falco, E., Torres, D., Boccarato, A., Giannini, G., Jones, G., & Pastorino, I. (1994). La relación técnico-paciente: Rol de la información. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 65(2), 21-25.
- Carter, W. B., Inui, T. S., Kukull, W. A., & Haigh, V. H. (1982). Outcome-based doctor-patient interaction analysis: II. Identifying effective provider and patient behavior. *Medical Care*, 20(6), 550-566.
- Carvalho, A. M. A., Beraldo, K. E. A., Pedrosa, M. I., & Coelho, M. T. (2004). O uso de entrevistas em estudos com crianças. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 291-300.

- Cegala, D. J., & Broz, S. L. (2003). Provider and patient communication skills training. Em T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 183-204). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coelho Filho, J. M. (2007). Relação médico-paciente: A essência perdida. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 11(23), 631-633.
- Connor, M., Fletcher, I., & Salmon, P. (2009). The analysis of interaction sequences in dyadic clinical communication: A review of methods. *Patient Education and Counseling*, 75(2), 169-177.
- Cosnier, J. (1994). Les interactions en milieu soignant. Em J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (Eds.), *Soins et communication: Approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 17-32). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Cosnier, J., Grosjean, M., & Lacoste, M. (Eds.) (1994). *Soins et communication: Approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Costa Neto, S. B. & Araujo, T. C. C. F. (2001). Tomada de decisão em equipe de saúde: Estudo de grupo natural de tratamento a irradiados por fonte ionizante. Nêmeton – Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia da Saúde. Retirado em 30/10/2009, de <http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigos/TomadadeDecisoemEquipesdeSaude.doc>.
- Cruz, L. M. B., & Loureiro, R. P. (2008). A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: Importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 120-131.
- Dessen, M. A., & Murta, S. G. (1997). A metodologia observacional na pesquisa em Psicologia : uma visão crítica. *Cadernos de Psicologia*, 1, 47-60.
- Dias, M. S. A., & Vieira, N. F. C. (2008). A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 71-77.
- Docherty, S., & Sandelowski, M. (1999). Interviewing children. *Research in Nursing & Health*, 22, 177-185.
- Eidea, H., Graugaarda, P., Holgersena, K., & Finseta, A. (2003). Physician communication in different phases of consultation at oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 259-266.
- Eiser, C., Patterson, D., & Eiser, J. R. (1989). Children knowledge of health and illness: Implications for health education. *Child: Care, Health and Development*, 9, 285-292.
- Eiser, C., Patterson, D., & Eiser, J. R. (1994). Children's perceptions of hospital: A preliminary study. *International Journal of Nursing Studies*, 21, 45-50.

- Elwyn, G., Edwards, A., Mowle, S., Wensing, M., Wilkinson, C., Kinnersley, P., & Grol, R. (2001). Measuring the involvement of patients in shared decision-making: A systematic review of instruments. *Patient Education and Counseling, 43*(1), 5-22.
- Enskar, K., & Essen, L. (2000). Important aspects of care and assistance for children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 17*, 239-249.
- Epstein, R. M., Alper, B. S., & Quill, T. E. (2004). Communicating evidence for participatory decision making. *Journal of American Medical Association, 291*(19), 2359-2366.
- Flemmer, D. D., Flemmer, M., Sobelman, S., & Astrom, J. (1996). Attitudes and observations about nonverbal communication in the psychotherapeutic greeting situation. *Psychological Reports, 78*(2), 407-418.
- Freire, M. T. M., & Vilar, G. (2006). Comunicação e educação: Processos interativos para a promoção da saúde. *UNIrevista, 3*(1), 1-12.
- Giannini, A. J., Giannini, J. D., & Bowman, R. K. (2000). Measurements of nonverbal receptive abilities in medical students. *Perceptual and Motor Skills, 90*(3), 1145-1150.
- Gilotti, C., Thompson, T., & McNeilis, K. S. (2002) Communicative competence in the delivery of bad news. *Social Science and Medicine, 54*, 1011-1023.
- Gomes, I. L.V. (2007). *A criança hospitalizada, seus direitos e as relações interpessoais no cuidado e tratamento: Caminhos e descaminhos*. Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Hansdottir, J., & Malcarne, V. (1998). Concepts of illness in icelandic children. *Journal of Pediatric Psychology, 23*(3), 187-195.
- Hall, J. A., Roter, D. L., Blanch, D. C., & Frankel, R. M. (2009). Observer-rated rapport in interactions between medical students and standardized patients. *Patient Education and Counseling, 76*(3) 323-327.
- Heath, C. (1994a). Diagnostic et consultation médicale: la préservation de l'asymétrie dans la relation entre patient et le medecin. Em J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste, (Eds.), *Soins et communication: Approches interactionistes des relations de soins* (pp. 65-76). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Heath, C. (1994b). La conduite du patient pendant l'examen médical. Em J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste, (Eds.), *Soins et communication: Approches interactionistes des relations de soins* (pp. 77-83). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Hertage, J. & Stivers, T. (1999). Online commentary in acute medical visits: A method of shaping patient expectations. *Social Science & Medicine, 49*, 1.501-1.517.

- Inui, T. S., & Carter, W. B. (1985). Problems and prospect for health services research on provider-patient communication. *Medical Care*, 23(5), 521-538.
- Jangland, E., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling*, 75, 199-204.
- Jurberg, C., & Macchiute, B. (2007). Câncer nas ondas do rádio. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(3), 291-96.
- Kaplan, R. M. (1997). Health outcomes and communication research. *Health Communication*, 9(1), 75-82.
- Koropchak, C., Pollak, K. I., Arnold, R. M., Alexander, S. C., Skinner, C. S., Olsen, M. K., Jeffreys, A. S., Rodrigues, K. L., Abernethy, A. P., & Tulsky, J. A. (2006). Studying communication in oncologist-patient encounters: The SCOPE trial. *Palliative Medicine*, 20, 813-819.
- Laidlaw, T. S., MacLeod, H., Kaufman, D. M., Langille, D. B., & Sargeant, J. (2002). Implementing a communication skills programme in medical school: Needs assessment and programme change. *Medical Education*, 36, 115-124.
- Lambert, B. L., Street, R. L., Cegala, D. J., Smith, D. H., Kurtz, S., & Schofeild, T. (1997). Provider-patient communication, patient-centered care, and the mangle of practice. *Health Communication*, 9(1), 75-82.
- Leite, A. J. M., Sá, H. L. C., & Bessa, O. A. C. (2007). Habilidades de comunicação na consulta com crianças. Em A. J. M. Leite, A. Caprara, & J. M. Coelho Filho (Orgs.), *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias* (pp. 91-137). São Paulo: Sarvier.
- Lewis, C. E., Pantell, R. H., & Sharp, L. (1991). Increasing patient knowledge, satisfaction, and involment: Randomized trial of communication intervention. *Pediatrics*, 88(2), 351-358.
- McNeilis, K. S. (2001). Analyzing communication competence in medical consultations. *Health Communication*, 13(1), 5-18.
- Maldonado, M. T., & Canella, P. (2009). *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: A boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais*. Ribeirão Preto: Novo Conceito.
- Mann, G., & Tolfree, D. (2003). Children's participation in research: Reflections from the care and protection of separated children in emergencies project. Suécia: Save the Children Sweden.

- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willing, C. (2004). Communication: Messages and meanings. Em F. D. Marks, M. Murray, B. Evans, & C. Willing, *Health psychology* (pp.265-286). London: Sage.
- Martinali, J., Bolman, C., Brug, J., van der Borne, B., & Bar, F. (2001). A checklist to improve patient education in a cardiology outpatient setting. *Patient Education and Counseling*, 42, 231 - 238.
- Martins, B. M., & Araujo, T. C. C. F. (2008). Comunicação no contexto de reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. *Psicologia Argumento*, 26(53), 109-116.
- Martins, M. C. F. N. (2001). *Humanização das relações assistenciais: A formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K., & Beckman, H. B. (1999). Soliciting the patient's agenda. Have we improved? *Journal of the American Medical Association*, 281(3), 283-287.
- Melo, L. L., & Valle, E. R. M. (2004). A criança com câncer em iminência de morte: Revisão de Literatura. *Acta Oncológica Brasileira*, 24(3), 671-675.
- Mendes, E. V. (2001). *Os grandes dilemas do SUS. Coleção saúde coletiva*. Salvador: Editora Casa da Saúde.
- Mendes, E. V. (2002). *Atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.
- Mendonça, M. B. (2007). *Análise do processo de comunicação entre médico, paciente e acompanhante em onco-hematologia pediátrica*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Meredith, L., Stewart, M., & Brown, J. B. (2001). Patient-centered communication scoring method report on nine coded interviews. *Health Communication*, 13(1), 19-31.
- Miceli, A. V. (1998). Pré-operatório do paciente oncológico: Uma visão psicológica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 44(2), 131-137.
- Ministério da Saúde (1998). *Manual para organização da atenção básica/Secretaria de Assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Monnerat, G. L., Senna, M. C. M., Souza, R. G. (2002). A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3), 509-521.
- Morsch, D. S., & Aragão, P. M. (2006). A criança, sua família e o hospital: Pensando processos de humanização. Em S. F. Deslandes (Org.), *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas* (pp. 235-260). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Müller, M. R. (2009). Aspectos relevantes na comunicação em saúde. *Psicologia IESB*, 1(1), 72-79.
- Natansohn, G. (2004). Comunicação & saúde: Interfaces e diálogos possíveis. *Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación*, 6(2), 38-52.
- Nunes, E. D. (1999). A relação médico/paciente como um sistema social: Um texto de Henderson de 1935. Em E. D. Nunes, *Sobre a sociologia da saúde* (pp. 59-73). São Paulo: Hucitec.
- Nussbaum, J. F., Ragan, S., & Whaley, B. (2003). Children, older adults, and women: Impact on provider-patient interaction. Em T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 183-204). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, A. C., Simões, R. F., & Andrade, M. V. (2008). Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: Estrutura corrente versus estrutura planejada. Retirado em 05/01/2010, de http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A058.pdf.
- Outsubo, A. P. N., & Becker, E. (2005). Crianças com doenças crônicas falam sobre doença: Uma pesquisa exploratória. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 5, 39-46.
- Penchansky, R., & Thomas, J. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Perdicaris, A. A. M., & Silva, M. J. P. (2008). A comunicação essencial em oncologia. Em V. A. Carvalho, R. C. Macieira, R. P. Liberato, M. T. Veit, M. J. Kovács, M. J. B. Gomes, M. H. P. Franco & L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em psico-oncologia* (pp. 403-413). São Paulo: Summus Editorial.
- Perosa, G. B., & Gabarra, L. M. (2004). Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: Implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 8(14), 135-148.
- Perosa, G. B., Gabarra, L. M., Bossolan, R. P., Ranzani, P. M., & Perreira, V. M. (2006). Aspectos psicológicos da comunicação médico-paciente no *setting* pediátrico. Em M. A. Crepaldi, M. B. Linhares & G. B. Perosa. (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 57-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Perrin, E. E. (1991). Sticks and stones may break my bones: Reasoning about illness causality and body functioning in children who have a chronic illness. *Pediatrics*, 88(3), 608-619.
- Pina, J. C. (2006). Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3), 270-273.
- Porto, T. M. E. (2003). *Redes em construção: Meios de comunicação e práticas educativas*. Araraquara: JM Editora.
- Punch, S. (2002). Research with children: The same or different from research with adults? *Childhood*, 9(3), 321-341.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2007). Trabalho em equipe: Um estudo multimetodológico em instituição hospitalar de reabilitação. *Revista Interamericana de Psicologia*, 41(2), 221-230.
- Ramos, V. S. C. (1999). A participação do paciente de reabilitação nas decisões sobre seu tratamento. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 2(2), 22-28.
- Rocha, E. A. C. (2008). Por que ouvir as crianças? Algumas questões para um debate científico multidisciplinar. Em H. V. C. Cruz (Org.), *A criança fala: Escuta de crianças em pesquisa* (pp. 43-51). São Paulo: Cortez.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1989). Studies of doctor-patient interaction. *Annual Review of Public Health*, 10, 163-180.
- Roter, D. L., & Larson, S. (2002). The Roter Interaction Analysis System (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251.
- Roter, D. L., & McNeilis, K. S. (2003). The nature of the therapeutic relationship and the assessment of its discourse in routine medical visits. Em T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 183-204). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ruiz-Moral, R. (2007). Relación médico-paciente: Desafios para la formación de profesionales de la salud. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 11(23), 619-623.
- Salmon, C. T., & Atkin, C. (2003). Using media campaigns for health promotion. Em T. L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 449-472). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

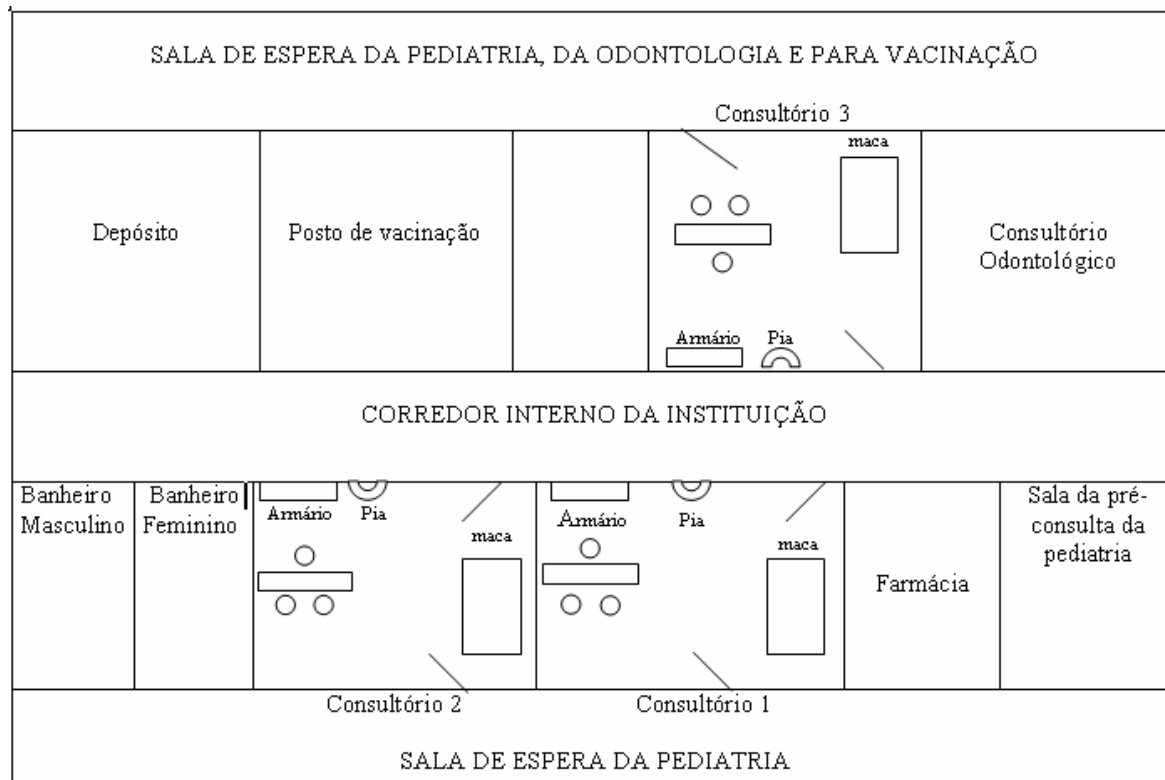
- Sandvika, M., Eideb, H., Lindd, M., Graugaardb, P. K., Torperb, J., & Finsetb, A. (2002). Analyzing medical dialogues: Strength and weakness of Roter's Interaction Analysis System (RIAS). *Patient Education and Counseling*, 46(2), 235-241.
- Santos, A. C. A. (2001). *Consulta médico-paciente: Um estudo sobre aspectos comunicacionais da relação de cuidado em saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Savard, M. (2004). Bridging the communication gap between physicians and their patients with physical symptoms of depression. *Primary Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry*, 6(1), 17-24.
- Silva, M. J. P. (2003). Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: Reflexões. *Revista Mundo Saúde*, 27(1), 64-70.
- Silva, M. J. P. (2006). *Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde* (11^a ed.). São Paulo: Loyola.
- Silva, M. M. (2000). *Consulta pediátrica: Efeito de procedimentos instrucionais sobre os temas tratados*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Silva, J. P., Barbosa, S. N. F., & Kramer, S. (2008). Questões teórico-metodológicas da pesquisa com criança. Em H. V. C. Cruz (Org.), *A criança fala: Escuta de crianças em pesquisa* (pp. 79-101). São Paulo: Cortez.
- Silva, L. M. G., Brasil, V. V., Guimarães, H. C. Q. C. P., Savonitti, B. H. R. A., & Silva, M. J. P. (2000). Comunicação não-verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(4), 52-58.
- Soares, J. C. R. S., & Camargo Jr., K. R. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 11(21), 65-78.
- Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (2000). *Orientações psicossociais em oncologia pediátrica* (L. P. C. Françoso & E. R. M. Valle, Trad.). Brasil: Comitê Pediátrico da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia.
- Sólon, L. A. G., Costa, N. R. A., & Rossetti-Ferreira, M. C. (2008). *Conversando com crianças sobre seu processo de adoção tardia*. Em H. V. C. Cruz (Org.), *A criança fala: Escuta de crianças em pesquisa* (pp. 204-224). São Paulo: Cortez.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Street Jr., R. L., & Epstein, R. M. (2008). Key interpersonal functions and health outcomes: Lessons from theory and research on clinician-patient communication. Em

- K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath, *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (4^a ed.) (pp.237-268). São Francisco: Jossey-Bass.
- Sucupira, A. C. S. L. (2007a). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 11(23), 624-627.
- Sucupira, A. C. S. L. (2007b). Estrutura da consulta. Em A. J. M. Leite, A. Caprara & J. M. Coelho Filho (Orgs.), *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias* (pp. 11-46). São Paulo: Sarvier.
- Tagliavini, G., & Saltini, A. (2000). La letteratura sulla comunicazione medico-paziente. Um archivio informatizado. *Medical Education Information*, 8, 53-56.
- Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-parent-child communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 52, 839-851.
- Tates, K., Meeuwesen, L., Bensing, J., & Elbers, E. (2004). Joking or decision-making? Affective and instrumental behaviour in doctor-patient-child communication. *Psychology and Health*, 17(3), 281-295
- Travaline, J. M., Ruchinskas, R., & D’Alonzo, G. E. (2005). Patient-physician communication: Why and how? *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(1), 13-18.
- Traverso-Yépez, M. A. (2008). *A psicologia social e o trabalho em saúde*. Natal: EDUFRN.
- van Dulmen, A. M. (1998). Children’s contribution to pediatric outpatient encounters. *Pediatrics*, 102, 563-568.
- van Dulmen, S. (2004). Pediatrician-parent-child communication: Problem-related or not? *Patient Education and Counseling*, 52(1), 61-68.
- Vaysse, J. (1994). Organisation de l’espace hospitalier et interactions de soins. Em J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste, (Eds.), *Soins et communication: Approches interactionistes des relations de soins* (pp. 84-120). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Wasserman, R. C., & Inui, T. S. (1983). Systematic analysis of clinician-patient interactions: A critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care*, 21(3), 279-293.
- Weaver, R. R. (2003). Informatics tools and medical communication: Patient perspectives of “knowledge coupling” in primary care. *Health Communication*, 15(1), 59-78.

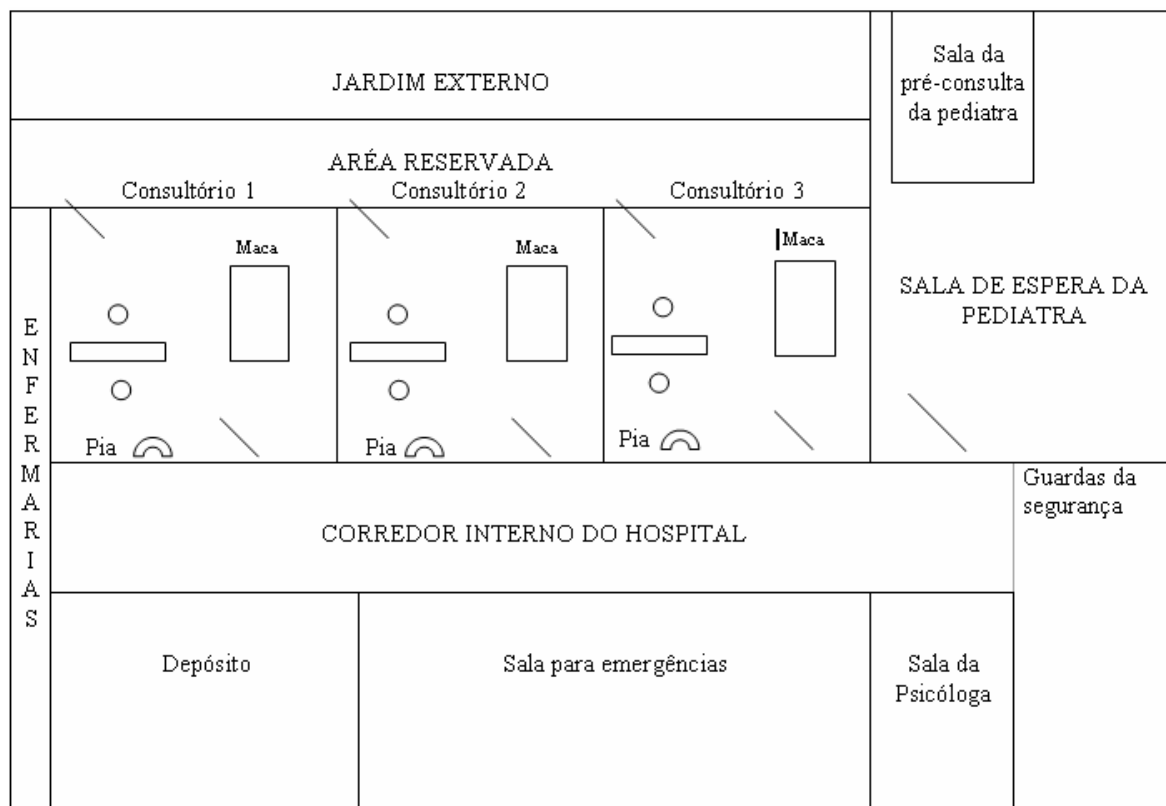
World Health Organization (2008). *Now More than ever: Primary health care*. Geneva: *The world health report 2008*. Retirado em 24/10/2009, de http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

ANEXOS

Anexo A – Configuração do espaço físico do centro de saúde



Anexo B – Configuração do espaço físico do hospital



Anexo C – Roteiro de entrevista para pacientes pediátricos

- 1) Você poderia me contar o que o médico disse e o que ele fez na consulta?
- 2) Do que você mais gostou nesta consulta?
- 3) E do que não gostou?
- 4) O médico lhe perguntou ou lhe pediu para fazer algo durante a consulta? O quê? Você respondeu, você fez?
- 5) Seu acompanhante (sua mãe/ seu pai) lhe perguntou ou lhe pediu para fazer algo durante a consulta? O quê? Você respondeu, você fez?
- 6) Foi seu acompanhante (mãe/pai) ou você, que disse ao médico como você estava. Por quê?
- 7) Você acha que ele/ela (acompanhante) falou tudo direito ao médico, ou você gostaria de ter contado mais alguma coisa? O quê?
- 8) O que você entendeu sobre o que precisa ser feito depois da consulta?
- 9) Você gostaria de ter tido mais explicações? Sobre o quê?
- 10) Teve alguma dúvida sobre o que o médico falou? Quando tem dúvida o que você faz? Você pergunta para mais alguém? Quem?
- 11) O que o médico poderia ter feito para lhe ajudar a entender melhor o que foi dito na consulta?
- 12) O que você acha que poderia ter sido diferente na consulta com o médico?

Dados de Identificação:

- Idade:

- Escolaridade:

Anexo D – Roteiro de entrevista para acompanhantes

- 1) O que lhe foi dito na consulta?
- 2) O que você precisará fazer a partir de agora?
- 3) Quais os cuidados que você precisará dar a ele ou a ela? Você já fazia isso antes ou não? Alguém mais terá que fazer isso também? Como você irá explicar tais recomendações a essa pessoa?
- 4) Você entendeu o que o(a) médico(a) lhe explicou?
- 5) O que você considera que facilitou a sua consulta com este médico?
- 6) O que você acha que dificultou a sua consulta com este médico?
- 7) Você considera que a sua maneira de agir na consulta é importante para uma consulta satisfatória? Dê alguns exemplos do que você fez nesta consulta para isso?
- 8) Você percebe que algum comportamento seu prejudica a consulta? Dê alguns exemplos. Nesta consulta, você considera que isto aconteceu?
- 9) O que você mudaria nesta consulta?
- 10) E sobre a criança que está acompanhando, você acha que o modo dela agir influenciou o atendimento? O que ela fez que ajudou? O que dificultou?
- 11) Você acha que ela entendeu o que está acontecendo? Por quê?
- 12) Como você esperava ser atendido aqui? Você pode me contar a respeito de alguma outra consulta em outro serviço (do terciário quando o acompanhante estiver no primário e vice-versa)?

Dados de identificação:

- Idade:
- Bairro em que reside:
- Escolaridade:
- Número de filhos:
- Quantas vezes você procurou atendimento nesta instituição:

Anexo E – Roteiro de entrevista para pediatras

- 1) Você poderia descrever o atendimento que acaba de realizar?
- 2) Quais foram os principais objetivos desta consulta?
- 3) Você seguiu um protocolo de atendimento que costuma adotar? Qual?
- 4) Quais os fatores que você apontaria como facilitadores deste atendimento?
- 5) Quais aqueles fatores que você indicaria como dificuldades?
- 6) Você considera que os objetivos propostos para esta consulta foram atingidos? Com base em quais evidências chega a esta conclusão?
- 7) Você considera importante a participação do acompanhante? O que costuma fazer para incentivá-la?
- 8) E em relação à participação da criança, qual a sua opinião? O que costuma fazer para incentivá-la?
- 9) Quando existe algum problema de comunicação durante a consulta, o que costuma fazer?
- 10) Como avalia esta consulta? Caso fosse possível, o que modificaria?
- 11) Como avalia a compreensão da criança e do acompanhante sobre o que foi informado e orientado?
- 12) Você considera que as condições institucionais influenciaram esta consulta? Poderia apontar outras experiências de trabalho que confirmam ou não esta percepção?

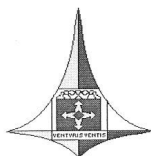
Dados de identificação:

- Idade:
- Tempo de formação:
- Especialidade:
- Tempo de atuação na instituição:

Anexo F – Protocolo de Observação

1. Data:
2. Horário do início:
3. Horário do término:
4. Tríade observada:
5. Estado de saúde do paciente:
6. Pessoas presentes na consulta:
7. Posição dos participantes na consulta:
8. Relato do ambiente físico: condições gerais do espaço (iluminação, móveis, equipamentos)
9. Registro:
10. Comentários:

Anexo G – Carta de aprovação do Comitê de ética – FEPECS



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 333/2008

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 400/08 – Comunicação médico, paciente pediátrico e acompanhante: uma análise em dois níveis assistenciais.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde;


Validade do Parecer: 15/12/2010

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 15 de dezembro de 2008.

Atenciosamente.


Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-904

BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

Anexo H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes pediátricos

Prezado paciente,

Eu me chamo Lílian Meire de Oliveira e sou pesquisadora na Universidade de Brasília. No momento, estou estudando a comunicação entre médico, paciente infantil e acompanhante durante o atendimento.

Portanto, convido você a participar deste trabalho que tem a intenção de promover mais conhecimentos a fim de melhorar o atendimento que você recebe. Para que isso seja possível, será necessário gravar a voz e a imagem das conversas entre você, sua/seu mãe/pai/responsável e o médico durante as consultas que você fizer. Além disso, será preciso que eu olhe, observe e anote o que acontece nestas consultas. Após esse momento, também conversaremos um pouco sobre o que você achou da consulta e do médico, o que pode durar cerca de 40 minutos.

Nada do que você disser terá seu nome ou será visto por outra pessoa que não seja eu ou meus ajudantes de pesquisa e você poderá interromper nossa conversa quando quiser. Este trabalho não vai lhe prejudicar em nada e se isso acontecer será anulado ou interrompido.

Caso você não queira participar, isso não mudará seu atendimento aqui. Querendo falar comigo ou tirar alguma dúvida você pode ligar para: Lílian Meire de Oliveira pelo telefone (61) 3307-2625, ou pelo e-mail: lilianmeire@unb.br. Este documento, que dá autorização para que façamos este trabalho, ficará com você, uma outra cópia ficará comigo.

Caso aceite nosso convite para participar voluntariamente deste estudo, assine seu nome na linha abaixo. Agradecemos sua colaboração.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

Brasília, _____ de _____ de 2009.

Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para acompanhantes

Prezado(a) acompanhante,

Convido-o (a) a participar da pesquisa de Mestrado, que tem por objetivo: caracterizar o processo de comunicação entre médico – paciente pediátrico – acompanhante, no atendimento ambulatorial. O estudo será realizado pela pesquisadora Lílian Meire de Oliveira, psicóloga e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Saúde da Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof^a. Dr. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo.

O estudo tem a intenção de promover mais conhecimentos sobre a comunicação durante o atendimento em saúde, visando melhorar a satisfação com os serviços. Para que isso seja alcançado, será necessário registrar, em um gravador de voz e por uma filmadora, o diálogo entre você, seu médico e seu(sua) filho(a) em dois momentos, na primeira consulta e na consulta de retorno. Além disso, será necessário observar e anotar alguns comportamentos que ocorrem nesta situação. Em seguida, também será realizada uma entrevista para obter sua opinião sobre a comunicação durante a consulta. Estima-se que esta entrevista dure cerca de 40 minutos.

Afirmamos o caráter confidencial e sigiloso de qualquer informação prestada. Você também poderá interromper sua participação a qualquer momento, assim como retirar seu consentimento. Os resultados serão divulgados quando a referida Dissertação de Mestrado for publicada. Acredita-se que esta pesquisa não acarretará riscos que possam prejudicar a integridade de qualquer participante.

Caso você não queira participar, o atendimento do seu filho(a) nesta unidade de saúde não será comprometido. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida em relação à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou sobre os direitos do sujeito de pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3325-4955. Você também pode entrar conosco pelo telefone (61) 3307-2625, ou pelo e-mail: lilianmeire@unb.br. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está redigido em duas vias, uma para ser mantida com a pesquisadora e outra será entregue ao participante.

Caso aceite nosso convite para participar voluntariamente desta pesquisa, solicitamos que assine seu nome na linha abaixo.

Agradecemos pela sua colaboração.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

Brasília, _____ de _____ de 2009.

Anexo J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pediatras

Prezado(a) Dr.(a),

Convido-o (a) a participar desta pesquisa cujo objetivo geral é caracterizar a comunicação entre médico – paciente pediátrico – acompanhante na assistência primária e terciária de saúde. A investigação será realizada pela psicóloga Lílian Meire de Oliveira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Saúde da Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof^ª. Dr. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo.

O estudo tem a intenção de promover mais conhecimentos sobre a comunicação em saúde, visando contribuir para uma melhor a satisfação dos usuários e dos profissionais. Para tanto, serão realizadas gravações em áudio e filmagens da primeira consulta e da consulta de retorno com paciente e acompanhante, bem como registros de observação direta dos comportamentos nestas duas situações. Também agendaremos uma entrevista com você, de aproximadamente 40 minutos, para ampliar a compreensão sobre o atendimento prestado.

Afirmamos o caráter confidencial e sigiloso de qualquer informação prestada. Sendo possível interromper sua participação a qualquer momento, assim como retirar seu consentimento. Os resultados serão divulgados por ocasião da publicação da Dissertação de Mestrado. Acredita-se que esta pesquisa não acarretará riscos que possam prejudicar a integridade de qualquer participante.

Caso não concorde em participar, não haverá prejuízo para sua atuação profissional. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida em relação à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou sobre os direitos do sujeito de pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3325-4955. Também pode entrar conosco pelo telefone (61) 3307-2625, ou pelo e-mail: lilianmeire@unb.br. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está redigido em duas vias, uma será arquivada pela pesquisadora e a outra será entregue ao participante.

Caso aceite nosso convite para participar voluntariamente desta pesquisa, solicitamos que assine seu nome mais adiante.

Agradecemos pela sua colaboração.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

Brasília, _____ de _____ de 2009.

Anexo K

Subsistema 1 – Finalidade comunicacional

- 1.1. Incentivo à participação (IP)
 - 1.1.1. Solicitar informações específicas sobre a queixa ao paciente (SIEQ-p)
 - 1.1.2. Solicitar informações específicas da queixa ao acompanhante (SIEQ-a)
 - 1.1.3. Solicitar ações ao paciente (SA-p)
 - 1.1.4. Solicitar ações ao acompanhante (SA-a)
 - 1.1.5. Solicitar informações durante o exame ao paciente (SIE-p)
 - 1.1.6. Solicitar informações durante o exame ao acompanhante (SIE-a)
 - 1.1.7. Solicitar informações novamente (SIN)
 - 1.1.8. Solicitar informações sobre características do paciente ao paciente (SICP-p)
 - 1.1.9. Solicitar informações sobre características do paciente ao acompanhante (SICP-a)
 - 1.1.10. Paciente solicita informação para esclarecer verbalização (SIEV-p)
 - 1.1.11. Acompanhante solicita informação para esclarecer verbalização (SIEV-a)
- 1.2. Incentivo à interação (II)
 - 1.2.1. Saudações e despedidas (SD)
 - 1.2.2. Socialização com o paciente (SO-p)
 - 1.2.3. Socialização com o acompanhante (SO-a)
 - 1.2.4. Incentivar reflexão do paciente (IR-p)
 - 1.2.5. Incentivar reflexão do acompanhante (IR-a)
- 1.3. Comunicar Informações (CI)
 - 1.3.1. Comunicar procedimentos ao paciente (CP-p)
 - 1.3.2. Comunicar procedimentos ao acompanhante (CP-a)
 - 1.3.3. Comunicar condutas terapêuticas ao paciente (CCT-p)

- 1.3.4. Comunicar condutas terapêuticas ao acompanhante (CCT-a)
- 1.3.5. Comunicar necessidade de mudanças de hábitos ao paciente (CMH-p)
- 1.3.6. Comunicar necessidades de mudanças de hábitos ao acompanhante (CMH-a)
- 1.3.7. Comunicar hipóteses diagnósticas ao paciente (CHD-p)
- 1.3.8. Comunicar hipóteses diagnósticas ao acompanhante (CHD-a)
- 1.3.9. Comunicar informações sobre seu estado de saúde (CIES-p)
- 1.3.10. Comunicar informações sobre estado de saúde do paciente (CIES-a)

Subsistema 2 – Recursos comunicacionais

- 2.1. Recursos Facilitadores (RF)
 - 2.1.1. Informação detalhadora (ID)
 - 2.1.2. Verificação da compreensão do paciente (VC-p)
 - 2.1.3. Verificação da compreensão do acompanhante (VC-a)
 - 2.1.4. Acompanhante incentiva a fala do paciente (AIF-p)
 - 2.1.5. Recomendações contextualizadas (RC)
 - 2.1.6. Repetir falas (RF)
- 2.2. Recursos Dificultadores (RD)
 - 2.2.1. Uso de jargões médicos (JM)
 - 2.2.2. Não informar o toque durante exame físico (NIT)
 - 2.2.3. Interrupções na fala (IF)
 - 2.2.4. Interrupções na consulta (IC)
 - 2.2.5. Esclarecimentos sobre assuntos externos (EAE)
 - 2.2.6. Tangencializações (TAN)
 - 2.2.7. Desatenção à fala do paciente (DFP)

