

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTADO**

Claudete Marcon

**A CONSULTA PEDIÁTRICA E OS ASPECTOS
COMUNICACIONAIS ENTRE O MÉDICO RESIDENTE, A
CRIANÇA E SUA FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS
2003**

Claudete Marcon

**A CONSULTA PEDIÁTRICA E OS ASPECTOS
COMUNICACIONAIS ENTRE O MÉDICO RESIDENTE, A
CRIANÇA E SUA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientador: Prof^ª. Dra. Maria Aparecida Crepaldi

**FLORIANÓPOLIS
2003**

Ata

“Há muito mais a ser aprendido no processo de formação de um pediatra. Há que se aprender a escutar não só com o estetoscópio, mas também com a percepção intuitiva do ‘terceiro ouvido’; aprender a ver, não apenas aquilo que os olhos mostram, mas a enxergar através dos ‘pontos cegos’ que tendem a embotar a percepção dos conflitos familiares do pequeno paciente; é preciso aprender a sentir com uma percepção especial tudo aquilo que transcende o conhecimento obtido através das mãos, dos olhos, ou dos maravilhosos instrumentos criados pela modernidade, e que representam prolongamentos tecnológicos dos órgãos dos sentidos do médico. Mas, sobretudo, é indispensável aprender a sentir com empatia e a compreender em profundidade os sentimentos e as mensagens não-verbais e simbólicas que emanam, a cada instante, a cada palavra, a cada gesto ou a cada lágrima, de cada um dos participantes da tríade pediatra-criança-família.”

Luiz Fernando Pinto

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais da Divisão de Pediatria do HU/UFSC que tão prontamente abriram caminhos e espaços para a realização do meu trabalho.

Aos residentes em Pediatria que generosamente me receberam e permitiram que eu participasse de um momento de sua trajetória profissional, sempre dispostos a aprender, sem perceber que tanto me ensinavam.

Às crianças e suas famílias, recebidas para atendimento em Pediatria Geral, que de modo prestativo me permitiram compartilhar de um pedacinho de sua vida, dividindo comigo aspectos tão íntimos de sua história.

Às amigas de todas as horas, Márcia e Ivânia, que souberam me tranquilizar e me inquietar nas horas que isto se fez necessário.

À minha orientadora Maria Aparecida, que com profissionalismo e carinho soube respeitar minha necessidade de afastamento, além de me fazer valorizar sempre a riqueza de meu trabalho.

Aos colegas de trabalho, aos amigos, e, em especial, aos estagiários de Psicologia da Pediatria, que tiveram que lidar e aprender com minha pouca disponibilidade.

À minha família que me acolheu nos momentos de ansiedade, sabendo compreender os períodos de ausência. E em especial à minha mãe, que nunca hesitou quanto à minha capacidade de realizar com competência mais esta tarefa.

Ao Christian, que com seu recolhimento também me possibilitou estar recolhida e me faz aprender a lidar com os términos e fechamentos.

Ao Sandro, pela ajuda nos aspectos logísticos e que com seu jeito peculiar sempre tentou me fazer “ficar fria”, ensinando que as coisas acontecem quando se permite que elas aconteçam.

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo identificar as principais características do processo de comunicação durante o atendimento médico pediátrico de residentes do 2º ano, a adequação das estratégias de interação utilizadas pelo profissional, além da inclusão da criança no seu processo de cuidado. Justificou a realização da pesquisa, a identificação de que a maioria das crianças geralmente é alijada do processo de informação, tanto sobre sua doença, quanto sobre a definição de seu tratamento médico, bem como o fato de que os profissionais médicos costumam utilizar-se de linguagem eminentemente técnica, não condizente com o nível de compreensão dos usuários. O estudo caracterizou-se como uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório, com ênfase nos aspectos qualitativos e foi realizado no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Foram observadas e registradas 10 consultas pediátricas e realizadas entrevistas com todos os envolvidos (médico, acompanhante e criança), sendo que para a criança também foi solicitado um desenho sobre o momento da consulta. Os principais resultados observados foram que a comunicação verbal predomina e tende a ficar polarizada entre o médico e a mãe, com uso intensificado de perguntas por parte do profissional. A criança foi pouco incluída no processo de comunicação, especialmente, nos aspectos relativos às orientações e transmissão de informações técnicas do atendimento. Os recursos de comunicação foram predominantemente os verbais e a linguagem utilizada para o fornecimento das informações foi adequada para a compreensão das crianças e de suas mães, havendo boa compreensão das informações e orientações por parte das mães. O exame físico foi o momento de maior interação entre médico/criança, sendo realizado de forma lúdica e confortadora e foi citado, e desenhado, pelas crianças, como o momento mais prazeroso do atendimento, aspecto este associado ao fato de ter sido o momento em que as crianças receberam maior atenção do profissional. As mães demonstraram-se satisfeitas com o atendimento e vincularam a satisfação à atenção que o médico destinou à criança, à sua capacidade de acolhimento e escuta às suas angústias e à solicitação de exames complementares. Quanto às crianças, a satisfação com o atendimento, ficou restrita aos aspectos referentes à atenção e acolhimento do médico, sendo que se mostraram interessadas em participar mais ativamente do atendimento e com condições para tal.

Palavras-chaves: Pediatria; Relação Médico-paciente; Comunicação

ABSTRACT

The work sought to identify the main characteristics of the communication process during 2nd year residents medical-pediatric consultations, how adequate were the interaction strategies employed by these professionals, and also the inclusion of the child in the care process. Justifying the research was the observation that the majority of children is usually kept uninformed both on the character of their disease and on the definition of their medical treatment; also, the fact that professionals of medicine usually employ an eminently technical vocabulary beyond the users' understanding. The study, a descriptive research with an exploratory character, gave emphasis to qualitative aspects, and was conducted in the Pediatrics Outpatient Department of the University Hospital (HU), Federal University of Santa Catarina. Ten pediatric appointments were observed and registered; afterwards, interviews were conducted with all the involved parts (doctor, escort and child). Children were asked to make a drawing showing how they had seen the consultation. Main observed results showed the predominance of verbal communication, polarized between the doctor and the mother, with an intensification of questions put by the professional. The child was kept out of the communication process, particularly on aspects regarding guidance and transmission of technical information. Communication resources were limited to the verbal ones, and the language employed in passing on information was adequate to the level of comprehension of the children and their mothers. There was good comprehension of information and guidance on the part of the mothers. The physical was the moment of greatest doctor/child interaction, conducted in a recreational and comforting way, referred and drawn by the children as the most pleasurable moment of attendance, as this was the moment when the greatest attention was dedicated by the professional to the children. Mothers reported to be happy with the attention directed by doctors to the child, their receptivity and listening to mothers' troubles and requests of complementary exams. As to the children, satisfaction with the reception was restricted to aspects of attention and receptivity by the doctor, and they were interested in having conditions to play a more active role in attendance.

Key-words: Child; medical appointment; communication .

SUMÁRIO

Resumo	06
Abstract	07
Introdução	11
CAPÍTULO I - Fundamentação Teórica	15
1.1. Modelo Bio-Ecológico do Desenvolvimento Humano	15
1.2. Relação Médico-Cliente	16
1.3. Teoria da Comunicação	20
1.4. A Consulta Pediátrica	25
1.5. A Criança e o Mundo Médico	29
CAPÍTULO II - Método	32
2.1. Caracterização da pesquisa	32
2.2. Participantes	32
2.3. Caracterização da clientela	33
2.4. Caracterização do Ambulatório de Pediatria do HU/UFSC	34
2.5. A Residência Médica em Pediatria	36
2.6. Fase Exploratória	36
2.7. Procedimento de coleta dos dados	37
2.7.1. Instrumentos de coleta dos dados	37
2.7.2. Processo de coleta dos dados	38
2.8. Procedimentos de análise dos dados	40
2.8.1. Análise do significado da comunicação	41
2.8.2. Análise da orientação da comunicação	47
2.8.3. Características da com. e das estratégias de interação	48
2.8.4. Intercorrência da consulta	48
2.8.5. Análise do conteúdo verbalizado nas entrevistas	48
2.8.6. Análise dos desenhos das crianças	49
CAPÍTULO III - Apresentação e Discussão dos Resultados	50
3.1. Análise do Significado da Comunicação	50
3.2. Análise da Orientação da Comunicação	62
3.3. Características da Comunicação e das Estratégias de Interação da Consulta	70
3.3.1. Recepção	72
3.3.2. Levantamento de Informações	74
3.3.3. Exame Físico	84
3.3.4. Prescrição/Orientação	90
3.3.5. Despedida	98
3.4. Intercorrências da Consulta	100

3.5. Análise das Entrevistas	103
3.5.1. Entrevistas com as mães	103
3.5.2. Entrevistas com as crianças	112
3.6. Análise dos desenhos.....	116
CAPÍTULO IV - Considerações Finais	120
5. Referências	131
6. Anexos	
1. Termo de Esclarecimento à Preceptoría da Residência Médica em Pediatria.....	139
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (1)	141
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (2)	142
4. Roteiro de Entrevista 1 – Familiar	143
5. Roteiro de entrevista 2 – Criança	144
6. Roteiro de Entrevista 3 – Médico	145
7. Quadro de correspondência entre o símbolo representativo, a categoria de significado da comunicação e a palavra/expressão que a representará nas tabelas.....	146
8. Gráfico do significado da comunicação da consulta 09	147
8. Tabela de tempo de duração de cada fase da consulta, dos 11 atendimentos realizados	150

SUMÁRIO DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 01. Frequência de ocorrência e proporção de categorias de significado da Fase de Recepção da consulta nº 09	53
Tabela 02. Frequência de ocorrência e proporção de categorias de significado da Fase de Levantamento de Informações/Anamnese da consulta nº 09	54
Tabela 03. Frequência de ocorrência e proporção de categorias de significado da Fase de Exame Físico da consulta nº 09	56
Tabela 04. Frequência de ocorrência e proporção de categorias de significado da Fase de Orientação da consulta nº 09	57
Tabela 05. Frequência de ocorrência e proporção de categorias de significado da Fase de Despedida da consulta nº 09	59
Tabela 06. Frequência e percentagem de ocorrência de categorias de significados, em cada uma das consultas observadas	60
Tabela 07. Frequência de ocorrência, em percentagem, de emissões de interação observadas durante as consultas de 01 a 06, de acordo com as fases de cada atendimento	63
Tabela 08. Frequência de ocorrência, em percentagem, de emissões de interação observadas durante os atendimentos de 07 a 10b, de acordo com as fases de cada consulta.	64
Tabela 09. Frequência de ocorrência e percentagem de interação observada entre a Mãe e o Médico, em cada uma das consultas.....	66
Tabela 10. Frequência de ocorrência e percentagem de interação entre o Médico e a Criança atendida, em cada uma das consultas	67
Tabela 11. Tabela de tempo de duração de cada fase da consulta, dos 11 atendimentos realizados	150
Quadro 1. Quadro dos participantes das consultas	53
Quadro 2. Quadro de correspondência entre o símbolo representativo, a categoria de significado da comunicação e a palavra/expressão que a representará nas tabelas....	54
Figura 1. Representação esquemática de um consultório do Ambulatório de Pediatria do HU/UFSC	36
Figura 2. Gráfico do significado da comunicação da consulta nº 09	147

INTRODUÇÃO

Historicamente, tem-se delegado ao médico o poder de curar, o poder de vida e de morte diante da doença. Poder este, incorporado e garantido pela crescente organização e assimilação de novos saberes em várias áreas de conhecimento, tais como: anatomia, fisiologia, genética, farmacologia entre outras que têm gerado enorme crescimento tecnológico e científico em busca da cura de muitas doenças, especialmente a partir do século XIX. Este período de especialização técnica e tecnológica tem possibilitado o controle de infecções de massa, amenizado o sofrimento humano e garantido a cura de muitas doenças, além de delegar à Medicina o domínio dos corpos sadios, e, especialmente, dos doentes (Foucault, 1984a).

Por outro lado, essa crescente especialização do saber médico tem levado a mudanças no contato médico-paciente, e o médico, de alguém próximo do paciente e da família (conselheiro, amigo e confidente – embora com poucos recursos curativos) transformou-se em um profissional especializado, que delega a outros especialistas avaliações de outros órgãos e sistemas do mesmo sujeito; alguém distante afetivamente, preocupado com o conhecimento e controle da doença (Foucault, 1984b; Clavreul, 1983). Muitos destes especialistas acreditam que um contato íntimo com o paciente vá desvirtuar, comprometer sua “neutralidade científica” e pôr em risco a eficácia do tratamento médico.

Essa mudança na postura terapêutica do médico acompanhou uma transformação histórica mais ampla, que teve início no final do séc. XVIII, onde a doença e a morte saíram do cuidado no âmbito familiar, passando para o hospitalar. O Hospital se destinaria, então, a salvar vidas, e também ocultar a morte, que passou a ser encarada como fracasso da medicina e, conseqüentemente, do profissional da saúde.

Embora seja incontestável que a incorporação dos avanços tecnológicos trouxe ganhos à qualidade de vida dos doentes e um significativo aumento das possibilidades de cura, esta trouxe, inerente à sua prática, a “desumanização” do contato terapêutico médico-paciente. Na prática médica que se estabeleceu, os papéis de cada um dos envolvidos no processo de restabelecimento da saúde ficaram bem determinados: o médico assume a responsabilidade de cura através do seu conhecimento científico, e o paciente confirma esse poder, submetendo-se passivamente à sua intervenção.

Somente a partir da segunda metade do século XX é que se começou a repensar, de forma consistente, a relação médico-paciente, em uma tentativa de resgatar aos avanços tecnológicos os aspectos humanos desta relação terapêutica, além de se redefinir o papel e a participação do paciente em seu processo de saúde e doença.

Esse movimento de rever a prática médica atual e garantir ao paciente seus direitos vem ganhando forças (Canella & Maldonado, 1988; Zimerman, 1992; Gauderer, 1993; Hart & Chesson, 1998; Soar Filho, 1998; Sucupira, 2002), inclusive com discussões em veículos informativos de circulação nacional¹.

Dessa forma, o direito do cliente² ao exercício da autonomia (princípio ético largamente defendido nessa nova relação) implica a possibilidade de ele ser mais ativo e atuante, frente à sua situação de adoecimento, poder participar das decisões acerca dos procedimentos e definição da terapêutica, saber de seu prognóstico e dos riscos aos quais está exposto. Enfim, pressupõe-se uma relação de confiança do paciente com o profissional, mas uma relação que seja construída em parceria, onde o saber do médico não seja absoluto e onde os direitos do paciente sejam considerados, havendo comunicação clara e aberta entre eles.

Embora os profissionais não neguem os direitos do cliente à informação, observamos que os autores são unânimes em identificar a comunicação durante o atendimento médico como deficitária (Roizblat, Cueto & Alvarez, 1984; Zimerman, 1992; Baeza & Bueno 1997; Silva, Schenkel & Mengue, 2000; Tates & Meeuwesen, 2001; Sano, Masotti, Santos & Cordeiro, 2002), denominando-se, inclusive, a linguagem médica normalmente utilizada como “mediquês”, que se caracteriza como “*uma linguagem profissional, hermética, fechada, erudita, de difícil compreensão e de uso exclusivo do profissional de saúde ou de sua especialidade*” (Gauderer, 1993, p.37).

Uma nova postura por parte de muitos pacientes, contudo, tem sido observada, incluindo o fato de se tornarem mais ativos e participativos na consulta médica. Um aspecto observado, neste sentido, diz respeito à procura por informações, conforme dados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos pela “Pew Internet and American Life Project”, listados em uma reportagem sobre a busca de informações médicas pela Internet³. Segundo este artigo, “o médico caiu do pedestal” pois as pessoas referiram que buscar informações na Internet sobre suas doenças, funcionaria psicologicamente como um antídoto contra a

¹ “Doutores na Berlinda” - Entrevista concedida a Lucila Soares, na revista Veja de 19 de dezembro de 2001.

² O termo paciente será substituído pelo de **cliente**, pois o primeiro traz imbuído a noção de passividade, de alguém que espera, e que é hierarquicamente inferior no encontro terapêutico (Soar Filho, 1998).

passividade (mais da metade dos internautas referiram usar a rede para buscar informações sobre suas doenças, sendo que 83% destes, afirmaram que usam a rede por poderem obter mais informações de saúde do que em qualquer outra fonte, incluindo o próprio médico).

Se uma nova relação médico-cliente ainda se constrói e consolida, mesmo quando se trata de clientes adultos, quando enfocamos o atendimento à criança ou ao adolescente imagina-se que outras questões somam-se às dificuldades habituais, vindo a exigir habilidades ainda maiores do profissional: a necessidade de identificar a capacidade compreensiva da criança, a adequação da linguagem a essa capacidade, o uso de outros recursos que não apenas a linguagem verbal, a inserção da família nesse processo entre outras.

A partir deste tema, este estudo pretendeu abordar um aspecto da relação médico-cliente, que a meu ver a perpassa e constrói – a comunicação que se estabelece entre o médico e seu cliente com uma clientela específica, as crianças e suas famílias, em consultas ambulatoriais de Pediatria Geral, em um hospital universitário.

Partiu-se do pressuposto que, quanto maior a participação no processo de tomada de decisões, e maior a apropriação, pelo cliente, de sua condição de saúde, ocorreria um maior nível de confiança no profissional, e, conseqüentemente, melhora na adesão ao tratamento e no seguimento das orientações. No caso das crianças, seu maior envolvimento pressuporia maior colaboração frente aos cuidados, que implicaria em melhor aceitação de restrições, seguimento de orientações e uso de medicação, reflexo da maior responsabilidade destas, sobre sua saúde.

Como este estudo foi realizado em um hospital-escola, junto a médicos que estão em processo de formação, ele possibilitaria a transmissão e apropriação desses conhecimentos, colaborando para incrementar a formação médica, evitando assim, a perpetuação das dificuldades observadas atualmente na prática clínica.

Da mesma forma, o conhecimento que se pretendeu adquirir não diz respeito apenas ao médico, mas pode ser transposto a outras áreas e utilizado por outros profissionais (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos) que têm sua atuação junto a crianças e suas famílias, e a efetividade de seu trabalho diretamente vinculada à adesão ao tratamento e ao seguimento de orientações.

Este tema tem ganhado repercussão, e tem despertado interesse dos pesquisadores, de modo especial nas últimas três décadas. É, dessa forma, novo, e com uma série de nuances e aspectos ainda pouco explorados. O processo de comunicação é um desses aspectos, e,

³ “Ajuda aos aflitos: facilidade de acesso a informações médicas na Internet provoca uma revolução na relação médico-paciente” - Reportagem de Flávia Varella, na Revista Veja de 24 de outubro de 2001.

somando-se a isso, suas especificidades quando o paciente é criança. Entendeu-se que ao conhecer as características da comunicação, fornecem-se subsídios para novos estudos e novas pesquisas que tenham como foco tanto os aspectos que dizem respeito ao médico, quanto àqueles do cliente e sua família.

Baseado nestas questões, o problema da presente pesquisa foi:

Quais são as características do processo de comunicação na interação entre o médico residente, a criança e a família, durante uma consulta pediátrica?

Assim sendo, o objetivo principal deste estudo foi caracterizar o processo comunicativo na consulta pediátrica realizada por residentes do 2º ano em Pediatria, com vistas a mapear os fatores envolvidos na compreensão do paciente e família, acerca das questões de saúde e doença, e teve como objetivos específicos:

- ✓ Identificar as principais características da linguagem médica e as estratégias utilizadas pelo médico, na interação com a criança e sua família;
- ✓ Identificar os recursos de comunicação utilizados pelo médico residente em pediatria no fornecimento das informações técnicas e orientações à criança e à família;
- ✓ Verificar a participação da criança e acompanhante na consulta e na definição da terapêutica (possibilidades de exposição de pontos de vista, percepções, dúvidas e questionamentos).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Modelo Bio-Ecológico do Desenvolvimento Humano

O modelo teórico que foi adotado para auxiliar no entendimento do fenômeno que se pretende estudar foi o Modelo Bio-Ecológico do Desenvolvimento Humano. Segundo o modelo bio-ecológico, o homem é influenciado e influencia os contextos humanos e sociais onde está inserido, sendo uma premissa básica deste modelo que o desenvolvimento é a junção de forças que emanam de múltiplos contextos de interação e das relações entre eles (Bronfenbrenner, 1986 e 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Kazak, Segal-Andrews & Johnson, 1995).

São duas as proposições conceituais do modelo:

- ✓ **Proposição I:** Especialmente nas fases precoces, mas também através de todo o curso da vida, o desenvolvimento humano acontece através de processos de interações, progressivamente mais complexas, entre um ser atuante (organismo humano biopsicológico) e as pessoas, objetos e símbolos de seu ambiente externo imediato. Para serem efetivas, as interações devem ocorrer em um período razoável de tempo. Estas formas persistentes de interação no ambiente imediato são referidas como **processo proximal**. Ex.: Interações pais/criança (atividade de alimentar, confortar ou brincar com uma criança pequena), atividades entre crianças, jogos solitários ou de grupo, leitura, aprendizado de novas habilidades, atividades esportivas, resoluções de problemas, cuidar de outras pessoas, fazer planos, adquirir conhecimentos entre outras. O processo proximal é entendido como o motor do desenvolvimento.
- ✓ **Proposição II:** A forma, a força, a intenção e a direção do processo proximal que gera o desenvolvimento, varia de acordo com a junção de alguns fatores: as características da pessoa em desenvolvimento; do ambiente (imediato e o remoto); a natureza dos resultados do desenvolvimento; as mudanças e continuidades sociais que ocorrem no decorrer do tempo do curso da vida, e o período histórico durante o qual a pessoa vive.

Como se pode observar nas premissas acima, além da noção de *processo*, que se constitui na base para o desenvolvimento, outro aspecto que recebeu especial atenção no modelo ecológico, foi o *contexto ambiental* ou *ambiente ecológico* no qual a pessoa está inserida e o entendimento de como os vários sistemas interferem no processo de

desenvolvimento. O ambiente ecológico é concebido como uma série de estruturas encaixadas, como vários sistemas que se superpõem, indo do mais interno e próximo à pessoa – o microsistema - até o mais externo, e mais geral – o macrosistema (Bronfenbrenner, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

- ✓ **Microsistema:** é o ambiente imediato da pessoa, que permite interações interpessoais face a face, com características físicas, sociais e simbólicas particulares, que convidam a um engajamento nas interações de modo mais direto e atuante. É no interior do ambiente imediato que os processos proximais operam para produzir e sustentar o desenvolvimento, sendo que seu sucesso dependerá da capacidade e estrutura do microsistema. Exemplos: família, escola, grupo de companheiros, local de trabalho entre outros.
- ✓ **Mesosistema:** compreende as ligações e processos que se formam entre dois ou mais settings de desenvolvimento (Ex.: as relações entre a casa e a escola, escola e trabalho). Em outras palavras, um mesossistema é um sistema de microsistemas.
- ✓ **Exossistema:** implica as ligações e processos que se formam entre dois ou mais settings, sendo que, em pelo menos um deles, a pessoa não participa diretamente, mas nos quais ocorrem eventos que indiretamente influenciam processos do ambiente imediato no qual a pessoa vive. Ex.: para uma criança, a relação entre a casa e o local de trabalho dos pais; para um pai, a relação entre a escola e a vizinhança entre outros.
- ✓ **Macrosistema:** compreende os padrões dos microsistemas e exossistemas característicos de uma dada sociedade ou segmento. São os valores, crença e práticas do grupo cultural no qual a pessoa está inserida.

Nesta perspectiva, acredita-se que a família é o contexto privilegiado de desenvolvimento, mas que as relações cada vez mais complexas que se estabelecem entre esta família (e esta criança) e outros contextos (escola, comunidade, hospital...) potencializam seus recursos e suas possibilidades de crescimento (Kazak & cols., 1995). Sendo assim, entende-se o atendimento clínico pediátrico como momento de promoção da saúde e do desenvolvimento da criança, além de um importante recurso de crescimento de que a família dispõe.

Relação Médico-Cliente

A interação médico-cliente é definida como “...*uma co-construção mediada pelos contextos nos quais ocorre e pelas reações emocionais dos agentes envolvidos*” (Soar Filho, 1998, p.35), e nessa perspectiva, refere-se a um processo entre agentes, em que o saber/poder

de um, não se sobrepõe ao do outro, mas se somam na busca de um sentido comum e particular do processo saúde/doença.

Essa concepção bastante atual é fruto das mudanças e questionamentos que a prática médica tem sofrido, a partir da segunda metade do século XX. Para entender as reformulações propostas é importante compreender o modelo biomédico que impera, desde o final do século XVIII, e que, ainda hoje, impregna as relações entre os médicos e seus clientes.

Até o final do século XVIII, a intervenção do médico só era possível no âmbito individual da relação médico-paciente, e a prática médica era entendida como um momento íntimo, profundamente individualizado, revestido de um caráter místico e mágico. Foucault (1984b) descreve o “nascimento” da medicina moderna, com a reformulação de seus aspectos epistêmicos e epistemológicos, quando o papel do médico passa a configurar-se como a intervenção que se endereça a conter, evitar ou minimizar as doenças, e não mais se encarrega da pessoa propriamente dita. Capra (1982) esclarece que o modelo biomédico (que vigora desta época até os dias atuais) está baseado na dicotomia cartesiana corpo e mente, e levou à ênfase nos aspectos físicos e químicos da doença, negligenciando e excluindo a importância dos aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença. Este modelo criou uma concepção reducionista e simplista de doença, como princípio fundamental da medicina.

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito do funcionamento de um específico mecanismo enguiçado. (Capra, 1982, p.116)

Com a progressão do conhecimento e com os avanços tecnológicos dos séculos XIX e XX, o modelo biomédico adquiriu *status* de dogma, e passou a estar inextricavelmente vinculado ao sistema comum de crenças culturais (Foucault, 1984b). O médico passou a ser o detentor do conhecimento, e com isso, agregou poder sobre os corpos, sobre a vida e saúde dos homens, a partir do que “*somos encorajados a pressupor que os médicos podem consertar tudo, independentemente de nosso estilo de vida*” (Capra, 1982, p.139).

Este modelo de entendimento de doença, e, conseqüentemente, de saúde, não tem sido mais suficiente para abarcar a complexidade das demandas de cuidado que as pessoas têm buscado, quando procuram um médico.

Esta reflexão já começa a ser feita por alguns autores (Luz, 1993; Sá, 2000), que alegam a crise de credibilidade e de confiança por parte da população com a prática médica atual. O que eles observam é que, justamente, quando as técnicas diagnósticas estão mais desenvolvidas, e, por isso, a confiabilidade em um diagnóstico poderia ser maior, as pessoas

têm buscado cada vez mais práticas alternativas e mítico-mágicas de cuidado para seus males, apontando um descompasso entre a oferta da medicina (prática clínica voltada para a cura do corpo) e a necessidade da população (de ser compreendida e tratada como pessoa enferma, de ser ouvida e entendida em suas necessidades mais amplas). Estes autores referem que da forma como é exercida hoje, a medicina é cega às dores atuais da população e incompetente para abordá-la, abrandá-la e enfrentá-la.

No contexto destas mudanças, o modelo de prática médica, e, principalmente, a relação médico-cliente, passa por um período de questionamentos e reformulações, que está fortemente associado ao fato de os consumidores passarem a exigir seus direitos nas situações comerciais, inclusive na “sagrada” consulta médica.

Os avanços nesse processo são gradativos, e, inicialmente, passou-se a estudar o paciente, de modo mais global, incluindo a influência dos aspectos psicológicos no prognóstico da doença e na eficiência do tratamento. O foco de estudo está transcendendo o paciente, indo para o estudo da relação, da interação médico-cliente, e já se observa alguns autores que enfocam os aspectos psicológicos e pessoais do profissional de saúde, em uma perspectiva de instrumentalizá-lo a desenvolver uma atitude empática⁴ e melhorar a capacidade compreensiva no atendimento a seu cliente (Maldonado, 1976; Machado, 1979; Capra, 1982; Clavreul, 19803; Canella & Maldonado, 1988; Branch, Arky, Woo, Stoeckle, Levy & Taylor, 1991; Zimerman, 1992; Gauderer, 1993; Abdo, 1996; Soar Filho, 1998; Caprara & Franco, 1999; Nogueira-Martins, 2001). No contexto dessas reformulações, observamos um número crescente de estudos que pretendem interligar e detalhar as relações entre o cliente, o médico e a interação que se constrói entre eles (Canella & Maldonado, 1988; Crepaldi, 1989; Zimerman, 1992; Gauderer, 1993; Soar Filho, 1998; Caprara & Franco, 1999; Moraes, 2001).

Observa-se na literatura vários modelos de relação possíveis de se estabelecer entre o médico e seu cliente, variando de um **modelo paternalista** (onde tudo é definido pelo médico), passando por um **modelo informativo** (onde o paciente é instrumentalizado para escolher a intervenção a ser adotada, tendo poder de decisão), até um **modelo deliberativo**, onde o médico tem maior conhecimento acerca de seu cliente e através do compartilhamento das informações, ajuda-o a definir seu tratamento (Emanuel & Emanuel, 1992). As contribuições mais recentes têm focado os **modelos comunicacionais** (Caprara & Franco,

⁴ Segundo Zimerman (1992), por empatia, compreende-se a capacidade afetiva do médico de poder colocar-se no lugar do paciente (“em”, estar dentro, da “pathos” do outro), sendo que dela derivam atributos essenciais do médico: respeito e tolerância.

1999; Nogueira-Martins, 2001), nos quais o conhecimento e as decisões são construídos em uma relação de parceria entre o médico e seu cliente, onde o respeito mútuo é elemento fundamental. Cada um desses modelos pressupõe uma postura diferenciada do profissional, e, conseqüentemente, do cliente.

Alguns indicadores têm-nos dado pistas de que há realmente necessidade de se rever alguns aspectos da consulta médica, principalmente, os dados em relação à informação que os pacientes possuem acerca de sua doença e das alternativas terapêuticas. Estudos referem que entre 50 e 60% dos pacientes que recebem uma prescrição medicamentosa não cumprem o tratamento ou o interrompem precocemente; e entre 30 e 50% dos pacientes não usam a medicação conforme a prescrição (Silva e cols., 2000; Sano e cols., 2002).

Roizblat, Cueto & Alvarez (1984) citaram dados de um estudo realizado por Jeffrey, em 1982, onde se observou que apenas 8% de pacientes adultos de um serviço de psiquiatria tinham informações corretas sobre a medicação que tomavam e apresentaram um estudo realizado por eles, no Chile, em 1983, que obteve resultados semelhantes, no qual constataram um precário nível de informação dos pacientes acerca de seu diagnóstico e tratamento (apenas 4% dos pacientes responderam corretamente todas as questões acerca de seu tratamento). No Brasil, Silva, Schenkel & Menguê (2000) realizaram pesquisa semelhante, na qual identificaram que apenas 34% dos pacientes adultos entrevistados apresentaram bom nível de informação acerca da medicação, logo após o final de seu atendimento médico.

Nas três pesquisas, os fatores associados ao baixo nível de informação, foram: a falta de informação a respeito da doença e do tratamento (ou a não-compreensão das informações recebidas pelo profissional), a falta de informação acerca da medicação prescrita e falhas na relação médico-paciente.

Com relação à comunicação médico-paciente, Baeza & Bueno (1997) referem estudos realizados no Chile, onde se observa que esta é muito deficitária, e os aspectos associados a esta precariedade foram: o pouco tempo dedicado ao contato pessoal, a escassa quantidade de informações repassadas ao paciente sobre sua doença e comunicação emocional muito restrita.

Embora os dados disponíveis acerca da população pediátrica não tenham sido encontradas, é de se supor que as dificuldades se repitam ou possam ser até agravadas, dado à relação indireta que se estabelece entre a criança e o profissional médico (pois esta é geralmente mediada pela mãe). Assim sendo, a qualidade da comunicação que se estabelece

entre a tríade criança-família-médico, para a definição do tratamento e seu prosseguimento, ganha importância, uma vez que é a partir dela que se atingirá a eficiência do atendimento.

Teoria da comunicação

Segundo Watzlawick, Beavin & Jackson (1967), comunicação é entendida como um complexo fluido e multifacetado de numerosos modos de comportamento (verbais, tonais, posturais, contextuais), que em seu conjunto, condiciona o significado de todos os outros.

Para Pérez-Gaspar (1999), a comunicação interpessoal ou transmissão de informações entre duas pessoas supõe um processo de interação circular que inclui a expressão de um fenômeno, por uma pessoa, e a observação de como tal ação tenha sido percebida, tenha sido convertida em mensagem, pela outra.

Uma vez que todas as trocas sociais são comunicações, a Teoria da Comunicação trouxe importante contribuição para a terapia sistêmica, no estudo dos processos das interações humanas, principalmente nas disfuncionalidades comunicativas, que estão na base de transtornos e distorções destas relações, tornando-se um potente instrumento terapêutico (Watzlawick e cols, 1967; Satir, 1988; Anderson & Goolishian, 1994; Salomé, 1994; Andolfi, 1996; Pérez-Gaspar, 1999).

Para os teóricos da comunicação (que têm na Teoria Cibernética dos Sistemas sua base conceitual), a comunicação pode se dar de duas formas:

- ✓ **Comunicação Verbal (ou digital):** É aquela que se utiliza da palavra (oral ou escrita) como meio de troca de informações entre as pessoas.
Esta comunicação é produto de um contexto que dá sentido aos signos verbais, e constitui-se de um alinhamento seriado de signos e sinais, arbitrário e descontínuo.
- ✓ **Comunicação Não-Verbal (ou analógica):** É uma linguagem intercultural, que se baseia em analogias auto-evidentes, e transcende raças e grupos sociais e a palavra falada ou escrita. Inclui: as características pessoais (peso, altura, odor, aspecto físico), pois cria expectativas sobre o jeito de ser do interlocutor; os aspectos cinestésicos ou motores (postura, marcha, gestos, expressões faciais, contato ocular); os aspectos paralingüísticos ou vocais não-lingüísticos da mensagem (tom, qualidade da voz, acento, ritmo, pausas e vocalizações...); e os aspectos de utilização do espaço pessoal e social (distância interpessoal, forma de sentar ou de morar).

Esta comunicação acompanha a linguagem verbal, e postula-se que pode chegar a constituir 65% do total de informações transmitidas durante uma conversação cotidiana. É nesse tipo de comunicação que se transmite o aspecto relacional da interação interpessoal.

Para que se entenda a importância da comunicação nos contextos humanos, é imprescindível que se conheça algumas propriedades simples da comunicação, mas que têm implicações interpessoais fundamentais (Watzlawick e cols, 1967):

- ✓ É impossível não comunicar. Como todo comportamento é uma forma de comunicação, e todo comportamento tem valor de mensagem em uma interação, sempre acontece comunicação, não apenas quando ela é consciente, intencional ou quando é compreendida pelo outro.
- ✓ A comunicação não só transmite informação, mas impõe um comportamento. Toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um relacional inferido pelo contexto. A essa característica contextual dá-se o nome de metacomunicação.
- ✓ A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das seqüências comunicacionais entre os comunicantes.
- ✓ Os seres humanos comunicam-se digital e analogicamente.

... toda comunicação tem um conteúdo e uma relação (...) os dois modos de comunicação não só existem lado a lado mas complementam-se em todas as mensagens (...) o aspecto de conteúdo tem toda a probabilidade de ser transmitido digitalmente, ao passo que o aspecto relacional será predominantemente analógico em sua natureza (Watzlawick e cols, 1967, p.59).

- ✓ Todas as trocas comunicacionais são simétricas ou complementares, segundo se baseiem na igualdade ou na diferença.

Assim como na vida cotidiana, na entrevista médica, a linguagem verbal é o sistema básico de transmissão de informações, porém, é na comunicação não-verbal que se expressa com maior clareza as características subjetivas dos participantes, e, muito freqüentemente, o paciente comunica suas urgências, apreensões, angústias, medos e ansiedades primeiro de modo não-verbal (Pérez-Gaspar, 1999).

A comunicação não-verbal é muito mais espontânea, e também por isso muito mais difícil de controlar que a verbal. Devido a estas características, ela costuma ser usada pelos envolvidos na interação como um “termômetro” para a percepção do clima emocional da situação, uma vez que mensagens são comunicadas mesmo que nenhuma palavra seja dita. O médico pode utilizar este recurso para identificar a autenticidade dos conteúdos expressados pelo paciente, assim como, o quanto este deseja saber e qual sua necessidade de acolhimento. Quanto ao paciente, ele tende a reagir às mensagens não-verbais emitidas pelo médico, e

modula seu comportamento a elas (fala ou não, questiona ou não, de acordo com o quanto ele se sente autorizado ou estimulado pelo profissional a fazê-lo). Essa característica de inter-relação da comunicação precisa estar clara ao profissional, pois pode ser convertida em um importante instrumento terapêutico (Andolfi, 1996).

A comunicação que se estabelece entre o médico e seu cliente, tem algumas características, que estão diretamente relacionadas a especificidades deste encontro: a relação assimétrica entre médico e paciente, a motivação curativa com que o médico a exerce, a habilidade profissional e a capacidade técnica de saber escutar e influir no paciente. Existem, assim, alguns fatores reguladores da qualidade da comunicação que se estabelecerá entre os envolvidos (Pérez-Gaspar, 1999):

- Voluntariedade da participação do cliente na entrevista;
- Segurança na confidencialidade;
- Acolhida cordial e afetuosa do médico;
- Estilo de comunicação aberto e livre;
- Prevenção de uma postura estereotipada e impessoal.

A base para a eficácia terapêutica na entrevista médica, pressupõe, então, um intercâmbio entre o médico e o paciente, dirigido à elaboração do diagnóstico e à compreensão intelectual e emocional do paciente, sendo que Pérez-Gaspar (1999) chamou a isto **comunicação terapêutica**.

...la comunicación terapéutica es un arte que depende de la capacidad de comunicarse del médico, de su comprensión de personas y situaciones, de su experiencia personal con la patología y la terapia, y su disposición para ayudar a los pacientes a que aprendan a comunicarse y a comprenderse a sí mismos (p. 4).

Soar Filho (1998) enfoca como uma das principais tarefas do médico a criação de um contexto propiciador de diálogo e colaboração, sendo que o sucesso terapêutico está diretamente ligado a este contexto. Para ele, a linguagem constrói a realidade, e em uma situação de atendimento médico, constrói a realidade de saúde/doença, de cura e de autonomia. “*É por meio da comunicação em geral (o que inclui a comunicação não-verbal), mas principalmente dos processos lingüísticos – da verbalização – que construímos a interação médico-cliente*” (p. 36).

A relação médico-cliente é percebida como altamente hierarquizada, e a comunicação como vertical, onde o discurso médico se concretiza em uma forma de diferenciação cultural e de status social. Exemplificando esta afirmação, Soar Filho (1998) ilustra-a com dados de uma pesquisa realizada em Paris, por Boltanski, em consultas pediátricas, que constatou que

de todas as palavras pronunciadas durante a consulta, uma média de 83% delas eram ditas pelo médico, sendo que deste percentual, 48% eram perguntas dirigidas à mãe, e apenas 3% eram respostas a questões das mães.

Embora se tenha acesso a poucas pesquisas enfocando a comunicação ou a importância da informação entre médico e pacientes, aquelas disponíveis geralmente envolvem pacientes adultos, ou adolescentes e crianças com doenças crônicas, fazendo relação com a adesão ao tratamento ou comunicação de diagnósticos (Pantell, Steward, Dias, Wells & Ross, 1982; Reedpath & Rogers, 1984; Chesler, Paris & Barbarin, 1986; Claflin & Barbarin, 1991; Klafke, 1991; Worchel, Prevatt, Miner, Allen, Wagner & Nation, 1995; Lopes, 2000; Oliveira, 2000; Costa Jr, Coutinho, Couri & Rezende, 2001). No que diz respeito à clientela pediátrica, observa-se que o fenômeno da comunicação, envolvendo todos os participantes da consulta médica, ainda é insuficientemente estudado e os dados disponíveis em pesquisas são pouco articulados e integrados.

Um importante estudo que enfocou este aspecto foi o realizado por Tates & Meeuwesen (2001), que teve como objetivo avaliar o estágio das pesquisas sobre a comunicação médico-pais-criança, no período de 1968 a 1998, e identificar o papel atribuído à criança no encontro médico pediátrico. Estes autores encontraram dados importantes, principalmente no que diz respeito ao pouco enfoque dado pelos pesquisadores ao papel da criança em seu atendimento médico, sendo que, na maioria das pesquisas, a análise do material foi realizada por **díades de interação** (médico-pais e médico-criança), não havendo a preocupação em analisar as interdependências resultante da análise da **tríade** médico-pais-criança.

Outro estudo importante foi o realizado por Oliveira (2000), que enfocou os aspectos específicos de como a qualidade da comunicação entre médicos, pais cuidadores e filhos doentes influencia as experiências de adesão e sucesso do tratamento. Sua pesquisa abordou a importância da interação médico-paciente nas doenças crônicas, sendo que, em última instância, o contexto e a manutenção da relação são o próprio tratamento - uma vez que a confiança é a condição essencial para o estabelecimento do vínculo e o vínculo é fundamental para o seguimento das orientações. Os próprios médicos, na pesquisa, associaram o resultado do tratamento à qualidade da relação que se estabelecia entre eles e as crianças e suas famílias.

As contribuições e benefícios de uma consulta médica com comunicação aberta e adequada expressam-se pelo fato de que os pacientes tendem a apresentar estilos de enfrentamento menos defensivos e sentimentos mais positivos consigo próprios e com os

outros (Chesler, Paris & Barbarin, 1986; Canella & Maldonado, 1988; Claflin & Barbarin, 1991; Oliveira, 2000; Caprara & Franco, 1999; Sucupira, 2002). Para potencializar tais resultados, estes autores propõem um modelo de comunicação do médico, baseado na empatia e na exploração de informações e sentimentos de ambas as partes. A comunicação é, então, encarada como um instrumento terapêutico e quando associada à constância de um mesmo profissional, cria a possibilidade de construção de vínculos de confiança, que garantirão a eficácia terapêutica.

O grande desafio do médico é responder com empatia aos sentimentos e às percepções que devastam o paciente e, simultaneamente, poder começar a corrigir distorções que possam ameaçar o início do processo de enfrentamento (Oliveira, 2000, p.81).

Quando a comunicação acontece de modo eficiente e as informações são fornecidas aos pacientes e à família, observam-se efeitos em dois níveis, que são fundamentais para garantir recursos de enfrentamento (Sucupira, 2002):

- ✓ O paciente fica seguro acerca do conhecimento e domínio do médico sobre a doença, o que lhe assegura uma imagem de competência necessária para que se estabeleça uma relação de confiança, e,
- ✓ A mesma confiança é sentida pelo paciente, em si mesmo, como parte do processo terapêutico.

A comunicação, e a capacidade de comunicar-se do paciente, deve ser muito valorizada, pois independente do que lhe causou dificuldades, é através dela que ele poderá resolver seus problemas. Sua conduta sempre estará modulada pela informação que seja capaz de adquirir, armazenar e trocar através dos processos de comunicação. Salomé (1994), também delega à comunicação e ao *estar em relação*, um papel imprescindível na vida, e no processo de crescimento: (...) *a comunicação será o motor da mudança na medida em que implica em uma interpelação permanente, em um questionamento de certezas e, por vezes, crenças* (p. 50).

As distorções e lacunas que ocorrem na comunicação costumam decorrer de vários fatores, (Oliveira, 2000):

- ✓ Impossibilidade de acesso à linguagem excessivamente técnica do médico;
- ✓ Caráter impessoal do relacionamento médico-paciente;
- ✓ Pouco tempo que o profissional dispõe para as consultas (por ter muitos pacientes para atender) e
- ✓ Troca constante de profissionais.

Estas dificuldades, geralmente, levam a entraves comunicacionais importantes que tanto dizem respeito a dificuldades do médico (incompreensão acerca das palavras utilizadas pelo paciente para expressar sua dor e sofrimento, dificuldade em adequar sua linguagem àquela do paciente para transmitir informações), quanto do paciente (nível de ansiedade e mecanismos de defesa frente à doença).

Ainda com relação aos fatores que interferem na qualidade da comunicação, Baeza & Bueno (1997) reforçam a importância do **modelo biologicista** em que se baseia a Medicina (valorização do que é observável e palpável) e acrescentam a ele outros fatores: uma **linguagem médica própria** (onde o sintoma do paciente precisa ser traduzido para a linguagem médica, perdendo riqueza e subjetividade), o **modelo paternalista** de se exercer Medicina (onde o paciente deve se submeter à autoridade e saber médicos), a **idéia de verdade** em Medicina (quando a verdade consensual, casuística, que não é absoluta, tende a tornar a comunicação médica mais afirmativa e categórica) e a **dificuldade em comunicar-se**, comum a qualquer pessoa.

A consulta pediátrica

Diferentemente de outras situações de prestação de serviços, a consulta médica é geralmente percebida como um ritual, um momento de profundo respeito e consideração, onde se vai à procura de alívio para o sofrimento. Entre os fatores que contribuem para conferir à consulta essa conotação mística, estão a fragilidade física do paciente, a esperança da cura e de respostas a suas dores e o temor e o respeito, que são culturalmente depositados no médico (Paulo & Zanini, 1997). Na consulta pediátrica, soma-se a isso a característica infantil do uso da fantasia, sua imaturidade cognitiva e os sentimentos mobilizados pela doença (sensação de culpa, medo, ansiedade), podendo vir a transformar este encontro em uma situação ameaçadora e ansiogênica, e o médico em uma figura de profundo respeito e temor.

Em outra perspectiva, Sucupira & Novaes (2002) conceituam a consulta médica como *“o momento do processo diagnóstico-terapêutico que envolve procedimentos técnicos normatizados, bem como um conjunto de atitudes, comportamentos e interações que compõem a relação médico-paciente”* (p. 55). Dessa forma, a consulta pediátrica pode vir a constituir-se em um processo de interação e educação, onde o médico entra em contato com a criança e sua família e potencializa os recursos desta em melhorar sua condição de saúde, através de orientação, esclarecimento e apoio, aumentando a responsabilidade dos pais e das crianças no cuidado com a saúde (McCarthy, 1997).

A Pediatria difere da Medicina em geral por dedicar-se não a um órgão, ou um aparelho, mas a um período de vida, sendo a criança entendida e vista como uma unidade funcional, um conjunto biopsíquico, onde cada atributo orgânico ou psíquico influi sobre os demais, de modo direto ou indireto, imediato ou remoto, moderado ou intenso, e deles recebe igual influência. É definida por Alcântara (1999) como o “*campo da Medicina que atende os problemas da criança, isto é, do ser humano em seu período de desenvolvimento – da fecundação à puberdade.*” (p.3).

O exercício da Pediatria está dividido em duas práticas, que são complementares e interligadas, e formam a díade da assistência à criança:

- ✓ Puericultura (manutenção das condições da normalidade, com ênfase no crescimento e no desenvolvimento, promoção de saúde e prevenção de agravos) e
- ✓ Clínica Pediátrica ou Pediatria Curativa (restauração da normalidade, afastando os fatores causadores do distúrbio, no que diz respeito a todos os setores biopsíquicos da criança).

Essa característica do atendimento médico infantil (ir à consulta pediátrica não apenas em situações de adoecimento) justifica porque a criança, geralmente, reveste o médico de poder, mas nem sempre o vê como alguém temido, sendo que, muitas vezes, o percebe como protetor e cuidador, principalmente por ser alguém que a acompanha durante toda a sua infância.

Embora o aspecto curativo e reabilitador do cuidado médico seja muito valorizado pelas famílias, pela sociedade e pelo próprio profissional, Osborn (1997) traz a informação que os pediatras passam 25 a 40% de seu tempo prestando serviços clínicos preventivos, e que a maior parte das doenças não requer sofisticação tecnológica para seu diagnóstico e tratamento. É devido a estes dados e à função de monitorização da saúde em Pediatria que o atendimento primário global e integral à saúde da criança é intensamente valorizado na literatura médica (Marcondes, 1999; Alcântara, 1999; Ceccin, 1997; Marcondes, Yunes, Mascaretti, Leone & Schvartsman, 1999; Alderete, 1999; Costa, 1999). Entende-se por atendimento primário global integral a “*atenção orgânica e psíquica, que encare o paciente no seu meio familiar e social, interagindo e sofrendo as influências desse meio*” (Costa, 1999, p.66), com ênfase às medidas preventivas e na educação para a saúde.

Acompanhar uma criança em seu processo de crescimento e desenvolvimento coloca o Pediatra em uma posição única; permite-lhe entrar naquela família, conhecer sua rotina de vida, sua forma de organização, suas crenças, seus problemas e também participar de seu processo de crescimento e desenvolvimento enquanto família. (Alderete, 1999, p.22).

A inclusão da família no atendimento pediátrico é ponto pacífico, mas observa-se a tendência de ampliação dos contextos aos quais o pediatra precisa estar atento para entender e favorecer o crescimento e desenvolvimento saudável de seus pacientes (a escola, o círculo de amizades, a família estendida, a comunidade, a realidade sócio-econômico-social desta criança e família). A Ecopediatria⁵ preocupa-se em entender a criança sempre inserida e relacionada com seu meio, acreditando ser impossível favorecer seu crescimento e desenvolvimento desvinculando-a deste (Marcondes, 1981; Marcondes e cols, 1999).

O grande desafio da moderna Pediatria é justamente assumir, em todos os seus aspectos, o estudo do ambiente que cerca a criança, bem como das técnicas que permitem incrementar os fatores favorecedores do seu crescimento e minimizar ou afastar os nocivos. (Marcondes e cols, 1999, p. 11)

A assistência global deve atentar às seguintes características, segundo Alcântara (1999):

- ✓ Os problemas físicos e psíquicos;
- ✓ Cuidado preventivo e curativo;
- ✓ Olhar a criança em sua totalidade e em suas mútuas dependências;
- ✓ Levar em conta: constituição da criança, condições espirituais, econômicas e de saúde da família, condições do ambiente físico;
- ✓ Atender a criança segundo as peculiaridades de cada fase de seu desenvolvimento;
- ✓ Visar a criação de uma pessoa física e psiquicamente sadia e socialmente útil.

Em função dessas características, muitas vezes, é reforçada, em Pediatria, a “função apostólica”⁶ do médico, em defesa do ente indefeso, vulnerável, que é a criança, desqualificando-a em suas potencialidades, e gerando muita dificuldade em ver suas reais possibilidades de participação em seu processo de saúde.

A maior participação da criança e sua família na compreensão do processo saúde/doença, e na definição da terapêutica a ser adotado, têm sido foco de estudo e questionamento entre os autores (Pantell e cols., 1982; Gauderer, 1993; Worchel e cols., 1994; Bartholomé, 1995; Cabrera, 1995; Lapacó, Herran & Navari, 1996; McCarthy, 1997; Harrison, Kenny, Sidarous, Rowell, 1997; Hart & Chesson, 1998; Leone, 1998; Wolfish,

⁵ Por Ecopediatria entende-se a “parte da ecologia humana que estuda a influência dos fatores ambientais sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança e do adolescente” (Marcondes & cols, 1999).

⁶ Segundo Zimerman (1992), constitui-se em uma tendência comum aos médicos, de “catequizar” seus pacientes, com julgamentos morais e indicação de padrões de comportamento adequado.

2000; Oliveira, 2000; Tates & Meeuwesen, 2001), que buscam incrementar e modificar a prática médica.

É consenso entre os autores que o papel principal do médico (especialmente o pediatra), antes de ser o de curador, é o de professor, de educador, e Gauderer (1993) alerta que, o que geralmente ocorre na relação professor/aluno, ocorre na relação médico/paciente, qual seja, o de não dar voz ativa a seu paciente, sendo os conhecimentos impostos, não construídos, e a consulta caracterizando-se em um encontro entre o que sabe e o que não sabe. Dessa forma, o médico não instrumentaliza o paciente a se apropriar de seu tratamento, de sua doença, e não forma parceria que pressupõe a partilha do poder de decisão.

O que se observa, então, é que, embora os direitos à informação médica e a participação ativa no atendimento sejam prerrogativas do Código de Ética Médica e objeto de estudos dos teóricos das relações médico/clientes, eles nem sempre têm sido implementados na prática médica, conforme ilustra Gauderer (1993, p. 37):

Nós médicos temos o infeliz hábito de subestimar a capacidade emocional auto-administrativa e intelectual do indivíduo, infantilizando-o em muitos casos. Muitos médicos inclusive, nem se perguntam se o paciente gostaria ou não de saber o que tem. Isso nada mais é do que uma forma camuflada de se manter e perpetuar o saber, e conseqüentemente, o poder ou seu domínio sobre o outro.

Harrison e cols (1997) consideram que o atendimento médico pediátrico pressupõe uma **relação triádica**, na qual a criança, seus pais e o médico precisam ser envolvidos no processo de decisão. Entendendo que a doença da criança afeta todo o sistema familiar, propõem um “*modelo ético centrado na família*”, que considera os efeitos de uma decisão sobre todos os membros da família, suas responsabilidades um sobre os outros, e o peso e os benefícios de uma decisão sobre cada membro, reconhecendo, inclusive, a vulnerabilidade da criança/adolescente. Leone (1998), fala da “*construção conjunta de uma verdade para aquele momento*”, onde todos os envolvidos (médico, pais/responsáveis, criança/adolescente) devem participar.

Na perspectiva jurídica, alguém é considerado capaz de tomar decisões quando apresenta algumas condições: compreende a natureza e conseqüências do tratamento recomendado, compreende as alternativas de tratamento e as implicações de não tratar. Este aspecto, porém, costuma gerar dificuldades no atendimento pediátrico, pois a idade da criança não necessariamente reflete suas habilidades e capacidades, e não pode ser o único parâmetro para identificá-las. Leone (1998) expõe as principais condições que o médico e a família precisam identificar na criança/adolescente, quando de sua participação nas decisões:

- ✓ A habilidade de receber, entender e transmitir informações importantes;

- ✓ A habilidade de refletir e realizar escolhas com algum grau de independência;
- ✓ A habilidade de prever riscos, benefícios e possíveis danos, bem como de considerar múltiplas opções e conseqüências, e
- ✓ A interiorização de um conjunto de valores razoavelmente estável.

Em sua pesquisa, Oliveira (2000), ouviu adolescentes acerca do tema, onde a maioria referiu que cresceram realizando tratamentos e escutando seus pais e os médicos conversarem sobre sua doença, sentindo-se expectadores desta comunicação, expectadores do próprio crescimento, da própria vida. A idade referida pelos adolescentes em que, realmente, entenderam seu problema foi entre 8 e 9 anos e a maioria passou a entender/conhecer o que tinham, através dos cuidados da mãe, não sendo comunicados, oficialmente, por seus médicos.

Os dados parecem confirmar o que a maioria dos autores diz acerca da questão da participação da criança, na consulta médica, que é de que *“apenas quando a criança atinge estágios posteriores do desenvolvimento ela pode fornecer informações sobre sintomas de forma mais ativa”* (McCarthy, 1997, p.29). Em função disso, a mãe costuma tornar-se a mediadora da informação entre criança e médico, tanto para traduzir seus sintomas ao pediatra, quanto para traduzir a informação e orientação do médico à criança (Oliveira, 2000). Isto foi observado, geralmente, porque as crianças não entendem o que o médico fala. Essas dificuldades costumam tornar a interação indireta, mais tempo que o necessário, e Machado (1979) refere que essa dependência tende a reforçar outros comportamentos dependentes, como o pouco envolvimento da criança no seu processo de cura.

A necessidade de se conversar com a criança, durante seu atendimento, é mais que uma amenidade (Pantell e cols., 1982; Repath & Rogers, 1985; Claflin & Barbarin, 1991; Lapacó e cols., 1996; Hart & Chesson, 1998; Young, Dixon-Woods, Windridge & Heney, 2003). Pantell e cols. (1982) referem que os médicos tendem a subestimar o interesse e o desejo das crianças de participarem ativamente de sua consulta e nem sempre identificam a comunicação como uma *“alavanca terapêutica”* no processo de desenvolvimento de habilidades de cuidado e na responsabilidade sobre sua saúde.

A criança e o mundo médico

A doença é sempre percebida e sentida pela criança de modo particular, e sua família costuma vivenciá-la de modo complexo. Ela faz surgir na vida da criança um elemento novo, um novo personagem com a qual ela deverá estabelecer relações - o médico - e uma instituição para a qual deverá dar um significado e apreender seu sentido – o hospital.

Conforme se percebe, a doença costuma ser vivenciada pela criança de modo ameaçador e tende a causar repercussões em todos os membros da família. Os sentimentos e reações mais freqüentemente suscitados na criança são o medo do desconhecido (pois o hospital geralmente é associado a local de sofrimento e dor, ao uso de injeções, e a figura do médico muitas vezes usado como recurso de disciplina pelos pais), ansiedade, depressão, sensação de punição e culpa (pois a doença geralmente é associada pela criança à desobediência aos pais ou não seguimento de regras), surgimento ou intensificação da dor física (causada pela própria patologia ou a procedimentos de cuidado) e a limitação de atividades (Chiattonne, 1984; Ortiz, 1997). Muitos destes sentimentos também são identificados na família, e somados a possíveis mudanças das rotinas domésticas podem levar à crise e/ou desorganização familiar. Nessa perspectiva é que se entende a doença da criança como um momento de crise familiar, e sempre deve ser entendida e discutida em uma perspectiva que inclua os aspectos familiares.

A criança tende, então, a reagir frente à doença e ao médico segundo alguns aspectos (Ortiz, 1997; Ajuriaguerra, s/d):

- ✓ Suas características de personalidade;
- ✓ Sua idade e seu nível de desenvolvimento cognitivo;
- ✓ A preparação da família e do profissional para o ato médico (seu nível de informação);
- ✓ A real atividade médica exercida (se invasiva e dolorosa, ou não);
- ✓ A significação dada ao médico, à criança, pela família;
- ✓ O caráter agudo ou crônico da doença e seu grau de sofrimento e mutilação;
- ✓ O clima emocional que se estabelece entre os cuidadores (médico, equipe de saúde) e os membros da família;
- ✓ As fantasias e medos reativados.

Ajuriaguerra (s/d) coloca que o “*o modo de relação criança-médico é definido de maneira extremamente ambígua pela criança e expresso, com freqüência, segundo uma formulação abstrata e geralmente aprendida, ou a partir da revivescência de certas experiências, mais ou menos recentes*” (p.829).

As limitações cognitivas da criança não a impedem, porém, de buscar sentido e entendimento ao que está lhe acontecendo, apropriando-se, assim, de sua doença e seu tratamento, e potencializando seus recursos de enfrentamento. Dessa forma, a função educativa e informativa do médico passa a ter papel fundamental, e o uso de material educativo diferenciado (livros, gravuras, desenhos, cartilhas) tem se mostrado bastante eficaz no atendimento a crianças e adolescentes, e está associado a uma melhor adesão ao tratamento

(Gauderer, 1993; Ortiz, 1997; Blanco, 1999; Crepaldi, 1999a; Costa Jr & cols, 2001; Oliveira, 2000).

A partir de uma abordagem educativa e humanista no atendimento pediátrico, alguns autores (Ceccin, 1997; Crepaldi, 1999a e Blanco, 1999) têm inclusive apontado ganhos e aprendizados significativos das crianças e suas famílias em situações de adoecimento:

- ✓ O contato com um ambiente diferente, o que possibilita a sensação de competência e eficiência em enfrentar estas novas situações favorecendo o desenvolvimento cognitivo e psicossocial da criança;
- ✓ A possibilidade de intervenção na prevenção de maiores danos;
- ✓ O fortalecimento dos vínculos e papéis familiares, reforçando o contato e a possibilidade de expressão de sentimentos;
- ✓ A melhora no nível informativo da família, incluindo informações próprias ao crescimento e desenvolvimento infantil, higiene entre outros temas.

MÉTODO

2.1. Caracterização da pesquisa

Este estudo definiu-se como uma pesquisa descritiva, segundo categorização de Hübner (1998) e Köeche (1999), e teve por objetivo conhecer e interpretar a realidade, sendo o interesse maior descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los (Rauen, 1999).

A pesquisa possuiu caráter quanti-qualitativo, pois além de quantificar dimensões do significado da comunicação, pretendeu apreender o aspecto multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, bem como tentou identificar os diferentes significados de experiências vividas, auxiliando a compreensão do indivíduo no seu contexto. Caracterizou-se, então,

por buscar uma apreensão de significados nas falas ou em outros comportamentos observados dos sujeitos, interligados ao contexto em que se inserem e delimitados pela abordagem conceitual do pesquisador, trazendo à tona, na redação, uma sistematização baseada na qualidade, sem a pretensão de atingir o limiar de representatividade (Biasoli-Alves, 1998, p.149).

A escolha dessa abordagem deu-se porque a lógica da pesquisa qualitativa é um processo construtivo, ajudando a recuperar o singular como o momento principal da investigação, não como expressão da casualidade, mas como momento qualitativo no entendimento de outros fenômenos complexos (Rey, 1997). Nessa perspectiva, este estudo pressupôs a possibilidade de tornar-se agente de desenvolvimento, tanto para os sujeitos envolvidos, através da possibilidade de reflexão acerca de sua experiência, visando permitir uma re-construção constante da mesma, quanto através da produção de conhecimentos.

Além do enfoque qualitativo predominante, foi realizada análise quantitativa de parte do material, com vistas a dar maior destaque a alguns aspectos do estudo e complementar a análise qualitativa.

2.2. Participantes

Os participantes da pesquisa foram **11** (onze) **crianças** recebidas para atendimento médico de Pediatria Geral, no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis, **seus familiares** presentes no

momento da consulta, e pelos **quatro médicos residentes de Pediatria** (que cursavam o 2º ano desta especialidade), que realizaram estes atendimentos. Os participantes foram escolhidos por *conveniência*.

Os critérios definidos para a escolha dos participantes foram que estas crianças tivessem entre 4 e 10 anos de idade, dispusessem de relativa capacidade de compreensão e verbalização, o que foi avaliado pela pesquisadora através de contato verbal, no momento da verificação de viabilidade de participação na pesquisa; estivessem acompanhadas de pelo menos um familiar adulto, e estivessem aguardando atendimento clínico com o referido profissional médico, independente da patologia apresentada. Quanto ao acompanhante presente, que fosse a pessoa responsável pela criança; e o médico residente, que estivesse cursando o 2º ano da especialidade, e que estivesse realizando atendimento clínico ambulatorial de Pediatria Geral, independente de sexo ou idade.

2.3. Caracterização da clientela

Foram observadas pela pesquisadora 11 consultas, sendo que duas delas foram referentes ao atendimento de dois irmãos, o que totalizou 10 mães e 11 crianças participantes do estudo.

Todas as crianças atendidas vieram acompanhadas de suas mães para a consulta, sendo que apenas em 01 caso o pai também compareceu ao Ambulatório de Pediatria, mas com a intenção explícita de permanecer na sala de espera com outro filho menor, não estando presente ao atendimento médico. Dessa forma, a tríade focalizada neste estudo sempre foi o médico, a mãe e a criança, e em 02 situações a presença de um irmão acompanhante.

A média de idade das crianças era de 7 anos, sendo a idade das crianças assim distribuídas: uma criança com 4a 6m, quatro crianças com 6 anos (6a 2m, 6a 6m, 6a 7m, 6a 10m, 6a 11m), quatro crianças com 7 anos (7a 4m, duas com 7a 6m, 7a 8m) e uma com 9 anos e 1 mês.

Todas as crianças freqüentavam a escola, desde o Jardim II até a 3ª série do Ensino Fundamental.

Com relação às características das mães acompanhantes, a média de idade era de 32 anos e 1 mês, com idades que variaram de 24 a 48 anos. O nível de escolaridade das mães era: duas analfabetas, duas com 1º grau incompleto, uma com 1º grau completo, duas com 2º grau incompleto e três com 2º grau completo. No que diz respeito à ocupação profissional, observou-se que sete mães dedicavam-se aos afazeres domésticos, não possuindo outra

atividade externa remunerada, enquanto três mães informaram que trabalham como faxineiras.

2.4. Caracterização do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário/UFSC

O Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário é um serviço didático-assistencial, do qual participam docentes e médicos efetivos da instituição, médicos residentes de Pediatria (do 1º e 2º ano), além de alunos do 4º e do 6º ano do curso de graduação em Medicina, da Universidade Federal de Santa Catarina. Além destes, outros serviços realizam atendimento de caráter ambulatorial, voltados à reabilitação e promoção da saúde da criança e do adolescente, como: Enfermagem, Psicologia, Pedagogia, Nutrição e Fonoaudiologia.

Como serviço didático-assistencial, possui duas funções básicas, que são: a qualificação de recursos humanos em saúde (especialmente, no atendimento geral e especializado a crianças), e a realização do seguimento de controle de saúde a crianças e adolescentes de 0 a 15 anos.

Inserido no Sistema Único de Saúde, este ambulatório tem por atribuição realizar a atenção primária de saúde a crianças de sua área de abrangência (bairros contíguos à sua localização), mas também atenção secundária e terciária a crianças provenientes de todo o Estado de Santa Catarina, mas com predominância daquelas da Grande Florianópolis. Este ambulatório presta atendimento inteiramente gratuito, e são realizadas, mensalmente, uma média de 1330 consultas⁷. A via de acesso a este serviço dá-se através de agendamento nas Unidades Básicas de Saúde, ou para controle de saúde após internações ou atendimento na emergência pediátrica da mesma Instituição.

Este serviço funciona de segunda a sexta-feira e, no mesmo espaço físico, revezam-se os atendimentos de pediatria geral e outras oito especialidades pediátricas (dermatologia, pneumologia, neurologia, endocrinologia, cardiologia, cirurgia, neonatologia, hematologia-oncologia). Realizam-se, então, atendimentos clínicos especializados e de puericultura ou pediatria geral. As modalidades de atendimento médico variam, no intuito de atender aos dois objetivos a que este serviço se propõe. Dessa forma, realizam-se:

- ✓ Atendimentos exclusivos pelos médicos efetivos da Instituição;
- ✓ Atendimentos exclusivos de docentes;
- ✓ Atendimentos dos médicos da Instituição com a presença de estudantes de graduação;
- ✓ Atendimentos dos docentes com a presença de estudantes e

⁷ Conforme Relatório Estatístico Anual da Instituição - ano de 2002.

- ✓ Atendimentos pelos residentes com monitoria dos médicos da Instituição.

A caracterização padrão de um consultório pediátrico segue o modelo abaixo, com pequenas variações de tamanho e disposição dos móveis. Seu tamanho médio é de 20 m², contando com uma mesa, três cadeiras, balança para bebês, armário de medicamentos, mesa de suporte e maca.

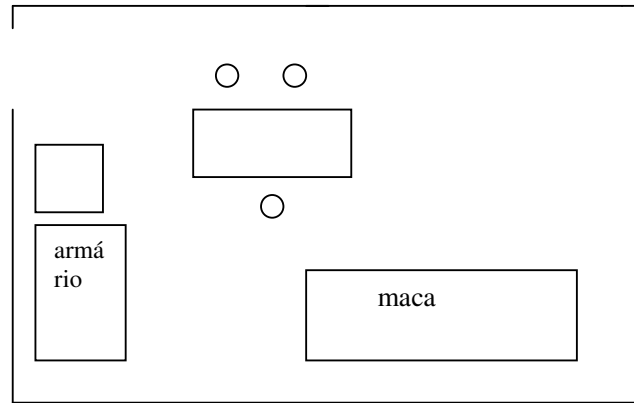


Figura 1. Representação esquemática de um consultório do Ambulatório de Pediatria HU/UFSC.

Para efeitos dessa pesquisa, em que se priorizou a caracterização do processo de comunicação médico-criança-família, foi eleita como modalidade de atendimento médico a ser observado, consultas de Pediatria Geral, realizadas por residentes do 2º ano, onde o profissional atendeu a criança e seu familiar, apenas com monitoria parcial de um médico preceptor. Esta modalidade foi escolhida por ser a única forma de atendimento, em Pediatria Geral, na qual o profissional atende os clientes sem a presença de alunos acompanhando o atendimento.

O serviço de Pediatria contava com 04 residentes do 2º ano, que prestavam atendimento ambulatorial em Pediatria Geral, no momento da coleta de dados desta pesquisa. Com 03 dos residentes, foi possível observar 03 consultas realizadas e, com um deles, apenas 01 consulta pôde ser acompanhada. Isso ocorreu em função dos critérios escolhidos para a participação no estudo, a disponibilidade dos envolvidos e características do serviço (a maioria das crianças atendidas neste serviço era de 0 a 02 anos ou não estavam realizando seu primeiro atendimento).

2.5. A Residência Médica em Pediatria

A Residência Médica constitui-se em modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, Universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (Decreto nº 80281 de 05/09/77 e Lei 6932 de 07/07/81).

No HU/UFSC a residência é feita sob a orientação dos departamentos do curso de Medicina do CCS/UFSC, através de seus docentes e dos médicos contratados pela Instituição.

Em Pediatria, entende-se que a criança é um ser dependente e constitui-se em uma unidade biopsicossocial, o que implica em uma assistência global e integrada a outros profissionais. Neste sentido, o ensino de Pediatria segue esta compreensão e o currículo de sua Residência pretende garantir ensino e aprendizado, de forma global e integrada a seus alunos, através de atividades teóricas e práticas. Para atingir estes objetivos, os profissionais residentes realizam, por 02 anos, atividades em vários contextos de atendimento à criança e sua família (Enfermaria, Emergência, Ambulatório, Unidade de Tratamento Intensivo), com orientação de um profissional habilitado, com vistas a construir uma prática profissional consistente, amparada em uma base sólida de conhecimentos.

2.6. Fase Exploratória

Foi realizado, em julho/2001, um **exercício exploratório**, onde foram observadas três consultas pediátricas, além da realização de quatro entrevistas com crianças e seus familiares, que haviam realizado atendimento clínico pediátrico no serviço (suas consultas não foram observadas pela pesquisadora).

Durante as observações das consultas, foi possível caracterizar um atendimento de Pediatria Geral e verificar a possibilidade de registro das informações verbais e não-verbais dos participantes.

As entrevistas com as crianças e seus familiares aconteceram imediatamente após sua consulta pediátrica, iniciando com o contato com a criança, sendo abordados aspectos como: nome do médico, o conhecimento do motivo da consulta, o que achou do atendimento, a impressão sobre o médico, informações acerca de seu problema de saúde e as orientações a serem seguidas. Foram contactadas três crianças de 6 anos e uma criança de 10 anos, junto com suas mães, que foram orientadas a não interferirem em suas respostas. Nas entrevistas com seus familiares (quatro mães), foram abordados aspectos sobre sua percepção acerca da consulta, o entendimento da condição clínica do filho, das informações repassadas e a

participação da criança no atendimento. O contato com as crianças e suas mães deu-se na sala de espera do Ambulatório.

Este contato prévio com a situação de interesse e os sujeitos envolvidos ajudou a definir o foco de estudo, os critérios para seleção dos participantes, a aceitabilidade dos profissionais médicos em participar dele, além dos instrumentos de coleta de dados que melhor se adequassem aos objetivos propostos.

2.7. Procedimento de coleta dos dados

A amostra de eventos para a realização das observações se constituiu, então, de dez sessões de interação, onde a criança, seu familiar e o profissional médico foram observados no momento da consulta pediátrica, e além disso, foi realizada entrevista com cada um dos envolvidos (criança, acompanhante e posteriormente o médico residente).

2.7.1. Instrumentos de coleta de dados

Foi utilizada abordagem multimetodológica (Dessen & Borges, 1998), com o uso de técnicas combinadas de coleta de dados: observação participante, entrevista semi-estruturada e desenho.

✓ Observação Direta:

Esta técnica foi escolhida por possibilitar que se apreendesse a realidade de modo direto, em sua complexidade (Danna & Matos, 1999).

✓ Entrevista semi-estruturada:

A entrevista é conceituada por Rauven (1999, p.111) como uma “*interação social em que se efetuam, em uma situação formal eventualmente estandarizada, comunicações orais ou escritas configuradas como atos verbais de comunicação*”, e foi utilizada na busca da experiência subjetiva dos envolvidos na situação de estudo.

A perspectiva de ser semi-estruturada previu a possibilidade de manter o foco no interesse da pesquisa, mas também buscar o sentido particular da experiência, como expõe Biasoli-Alves, 1998:

As questões seguem uma formulação flexível e a seqüência e minuciosidade ficam por conta do discurso dos sujeitos e da dinâmica que acontece naturalmente. As questões nesse caso são abertas e devem ‘evocar’ ou ‘suscitar’ uma verbalização que expresse o modo de pensar ou de agir das pessoas face aos temas focalizados; freqüentemente elas dizem respeito a uma avaliação de crenças, sentimentos valores, atitudes, razões e motivos acompanhados de fatos e comportamentos (p.145).

✓ **Desenho:**

Confecção de desenhos dirigidos, a partir de uma consigna dada pela entrevistadora, segundo perspectiva de Fávero & Salim (1995) e Hart & Chesson (1998).

Sendo entendido como uma atividade natural e espontânea, o desenho é percebido como uma atividade simbólica capaz de representar conteúdos mentais e como facilitador na expressão e comunicação do ser humano, em especial, das crianças (Fávero & Salim, 1995; Hart & Chesson, 1998; Silva, 1998). Dessa forma, as percepções e sentimentos, muitas vezes de difícil verbalização ou de pouca clareza para a própria criança, ganham um veículo de expressão que se constitui em um importante meio de acesso ao mundo infantil, de forma lúdica e não invasiva.

2.7.2. Processo de coleta dos dados

A partir do estudo preliminar, definiu-se que o processo de coleta de dados ocorreria em quatro etapas:

1ª Etapa: Contato prévio com os participantes da pesquisa

Foi realizado contato prévio com os médicos preceptores da Residência em Pediatria e com os médicos residentes, visando identificar a disponibilidade e a anuência para a participação no estudo, mediante assinatura de Termo de Consentimento Informado 1, no Anexo 2, e fornecer esclarecimentos e informações acerca dos objetivos e métodos do estudo.

O contato com as crianças e seus familiares foi realizado quando eles estavam esperando para serem atendidos, no intuito de avaliar critérios para inclusão na amostra, explanação dos objetivos, além da anuência em participar do estudo, autorizando a observação de seu atendimento e entrevista, posterior a ele, através da assinatura do Termo de Consentimento Informado 2, no anexo 3, conforme os preceitos éticos⁸. Este procedimento se tornou possível, pois existe uma rotina já estabelecida de atendimento, por ordem de chegada, o que garantiu a presença das crianças e famílias no ambulatório com bastante antecedência ao horário marcado para a consulta.

2ª Etapa: Observação da consulta pediátrica

Foi acompanhado cada um dos quatro médicos participantes, em pelo menos 03 dias de consultas, conforme combinação prévia, sendo que em cada um desses dias foi eleita uma criança para compor a amostra da pesquisa.

⁸ Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n^{os} 196 e 251, de 07/08/97.

Em cada um desses dias de coleta de dados, a pesquisadora permaneceu no consultório médico desde o início dos atendimentos do período, visando a familiarização do profissional com a presença de um observador e com o uso do equipamento de gravação, que permaneceu sobre a mesa do médico ou na mão da pesquisadora.

O registro dos atendimentos foi realizado em áudio e, também, pela pesquisadora, através da técnica de registro contínuo cursivo (Danna & Matos, 1999; Dessen & Borges, 1998).

Estes recursos de registro visaram identificar todas as expressões verbais do médico, da criança ou seu acompanhante, os aspectos não-verbais da comunicação entre os envolvidos, o norteamento dado ao atendimento e os tópicos mais enfatizados pelo profissional, espaço destinado às dúvidas e questionamentos dos atendidos, as possíveis interrupções e interferências de outras pessoas no atendimento e situações de interação com uso de recursos auxiliares na comunicação (desenhos, gráficos, ilustrações...).

Dessa forma, ao final do processo de coleta de dados, resultaram 03 situações de interação médico/criança/familiar devidamente observadas e registradas para cada médico residente participante do estudo (com exceção de 01 profissional, onde foi possível acompanhar apenas 01 consulta, em função da faixa etária atendida – crianças menores), totalizando 10 consultas pediátricas como material de análise. Em uma das consultas, 02 crianças foram atendidas, sendo que, embora tenham sido observadas 10 consultas, foram atendidas 11 crianças.

3ª Etapa: Entrevista com o familiar e realização de desenho pela criança

Após a observação da consulta, e, imediatamente após a mesma, conforme combinado previamente, a criança e o familiar acompanharam a pesquisadora a uma sala contígua, no mesmo ambulatório de Pediatria.

Nessa ocasião, disponibilizou-se para a criança folhas brancas, lápis preto, borracha, lápis de cor e canetas hidrográficas, e se solicitou a ela a confecção de um desenho, com a seguinte instrução: *“Você acabou de passar por uma consulta médica, use os materiais sobre a mesa, e faça um desenho que mostre o que você achou da consulta, enquanto eu converso com sua mãe”*.

Enquanto a criança executava a atividade, foi realizada entrevista semi-estruturada com o acompanhante da criança (conforme Roteiro de Entrevista 1, no Anexo 4), que foi gravada em áudio.

Ao final, foi feito um inquérito acerca da produção gráfica da criança, e realizada entrevista dirigida, com a mesma, acerca da situação vivenciada, sendo também gravada em áudio, e seguindo roteiro pré-definido (Roteiro de Entrevista 2, no Anexo 5).

4ª Etapa: Entrevista com os médicos residentes

Em um momento posterior, mas ainda em seu local de trabalho, foram realizadas entrevistas com os médicos residentes que tiveram seus atendimentos observados, cujo roteiro encontra-se em anexo (Roteiro de Entrevista 3 – Anexo 6).

Embora esta etapa da coleta dos dados tenha sido realizada, as informações resultantes não foram incluídas no presente estudo, pela excessiva quantidade de material disponível e a possibilidade de realizar estudo complementar.

2.8. Procedimento de análise dos dados

As consultas e as entrevistas foram gravadas e transcritas, literalmente, e as gravações e as anotações das interações não-verbais, realizadas pela pesquisadora no momento da observação, permitiram orientar as análises do material coletado.

Os dados foram analisados tanto de uma perspectiva quantitativa quanto qualitativa, sendo que algumas informações foram apresentadas na forma de tabelas de frequência de ocorrência e gráficos, sendo analisados a partir da estatística descritiva.

Os eixos de análise que nortearam a compreensão dos dados foram:

- ✓ Análise do significado da comunicação
- ✓ Análise da orientação da comunicação
- ✓ Características da comunicação e das estratégias de interação da situação da consulta médica
- ✓ Intercorrências da consulta
- ✓ Análise do conteúdo verbalizado das entrevistas
- ✓ Análise dos desenhos das crianças

A análise do material coletado teve como contexto teórico o Modelo Bio-Ecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1986 e 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998), já exposto anteriormente.

2.8.1. Análise do Significado da Comunicação

Este eixo de análise seguiu o modelo proposto por Crepaldi (1989), que foi adaptado para este trabalho, que prevê a categorização do fluxo da interação ocorrida no encontro médico, entre todos os participantes, tendo como substrato o emissor e o significado da mensagem.

Para a realização da análise do significado da comunicação, foi construído um **gráfico de significado da comunicação** para cada uma das 10 consultas observadas. Estes gráficos foram construídos seguindo a seqüência temporal da consulta, sendo que a seqüência da consulta é apresentada na íntegra, à medida que a interação se deu. Assim, cada gráfico apresenta o tipo de emissão realizada (por significado de comunicação) e representa o fluxo das interações entre o Médico (M), a Mãe (Ma) e a Criança (C), em cada consulta. Um gráfico completo de uma consulta está anexado (Anexos 7 e 8), sendo que aqueles referentes às demais consultas não serão apresentados devido à sua extensão. Os gráficos serviram de substrato para análises posteriores, que serão apresentadas a seguir.

Nos gráficos de significado foi categorizada cada emissão verbal de cada um dos participantes (seguindo categorias abaixo definidas), assim como as comunicações não-verbais (gestos, sinais, ações motivadas por pedidos específicos) e situações onde ocorreram silêncios, interrupções ou ausência de resposta, caracterizadas como intercorrências.

Definição das Categorias:

Para se efetuar a análise do significado da comunicação, foram definidas 15 (quinze) categorias de significado para as emissões verbais, além de representação gráfica para situações de interrupção e silêncio, observados no decorrer da consulta.

As interações de todos os participantes, tanto verbais quanto não verbais, foram classificadas a partir das mesmas categorias, de acordo com o sentido da fala, podendo o emissor ou receptor ser qualquer um dos presentes.

Estas 15 categorias estão apresentadas e definidas a seguir, com a representação gráfica que a designa (para possibilitar a compreensão dos gráficos) e a palavra ou expressão que irá representá-la nas tabelas de dados.

✓ **Categoria 1: Prestação de informação específica** - **Resposta** ○

Indica prestação de informação. Inclui informação sobre eventos ou fatos, percepção de estado físico ou subjetivo, hábitos e rotinas, história médica anterior e atual, aspectos familiares, e informações médicas auxiliares à compreensão da criança e acompanhante.

Ex: *O último exame dele ele fez em julho do ano passado.* (Ma2)

✓ **Categoria 2: Pergunta sobre tema específico** - **Pergunta** 

Indica ao interlocutor que traga informações sobre assunto específico, ou faça detalhamento, esclarecimento ou relato de fatos ou situações especificadas. Indica verbalmente a oportunidade e/ou propriedade do momento para que o outro fale.

Ex: *Quantas vezes ela evacua por dia?* (M4)

✓ **Categoria 3: Resposta não-verbal** - **Resposta não verbal** 

Indica as interações não-verbais ocorridas entre os interlocutores. Inclui-se nesta categoria as respostas apenas sinalizadas (com gestos de cabeça ou com outras partes do corpo) frente a pedidos de informação, bem como as ações realizadas como respostas a pedidos específicos (pegar objetos, posicionar-se para exame físico, sentar, levantar etc).

Ex: Participante responde positiva ou negativamente, balançando a cabeça.

✓ **Categoria 4: Orientação** - **Orientação** 


Categoria utilizada exclusivamente pelo médico, que indica a definição de condutas a serem seguidas, a orientação aos participantes sobre a condição médica atual da criança e os cuidados a serem prestados, a prestação de esclarecimentos e explicação acerca de causas e relações entre fatos e situações, o encaminhamento a outros profissionais e serviços, além da informação acerca do seguimento da consulta médica (o que será feito nesta consulta).

Ex: *Em relação à gagueira dele, a gente vai acompanhar, provavelmente é alguma coisa que deixou ele mais nervoso... mas a senhora vai ter que observar...* (M3)

✓ **Categoria 5: Destaque e clarificação de conteúdos** - **Destaque** 


Indica o destaque de conteúdos ou condutas assumidas por um dos envolvidos na interação, ou clarificação de conteúdos. Inclui a repetição de emissões verbais anteriores visando reforçá-la ou destacá-la e a tradução de emissões, através da repetição desta em palavras mais simples, tornando a verbalização mais clara para o(s) receptor(es).

Ex: *Então às vezes ele cai mesmo sem dor...* (M4)

✓ **Categoria 6: Sugestão de posturas e posições físicas da criança** - 
Sugestão de postura

Indica colocações feitas no sentido de orientar a criança acerca de posições e/ou posturas que esta deveria assumir durante o seguimento da consulta. Estas colocações geralmente estavam associadas à realização do exame físico.

Ex: *Abre a boquinha... mostra a lingüinha... põe pra dentro... abre...* (M1)

✓ **Categoria 7: Valorização de conteúdos e condutas** - **Valorização** 

Indica o reforço de conteúdos e condutas, através da valorização dos mesmos. Também incluem-se nesta categoria, a justificativa de intervenções ou ações, a concordância ou não, com o que foi dito e o comprometimento com o seguimento da orientação prestada.

Ex: *Entendi. Pode deixar que eu trago eles (os exames) depois.* (Ma3)

✓ **Categoria 8: Comentário sobre característica física ou comportamental da criança** - **Fala sobre a criança** 

Indica colocações verbais realizadas acerca de características físicas da criança, atitudes ou comportamentos desta durante a consulta (aparência, traje, acessórios ou brinquedos que portava no momento da consulta ou ações que realize em seu decorrer). Estas colocações têm geralmente a intenção de aproximação da criança, visando uma interação direta com ela.

Ex: *Que trancinha linda... foi você que fez?* (M2)

✓ **Categoria 9: Cumprimentos e agradecimentos** - **Saudação/Agradecimento** 

Indica a utilização de expressões de recepção e despedida em uma interação, além de agradecimento à informação recebida e/ou atenção dispensada nesta ocasião.

Ex: *Então ta jóia. Tchau senhora. Tchau fofinha... tchau S.* (M4)

✓ **Categoria 10: Comentário de tranquilização, conforto e acolhimento** - **Tranquilização**

Indica emissões verbais realizadas com intenção de tranquilizar, confortar e acolher o(s) interlocutor(es), seja frente a uma situação ameaçadora para a criança, na consulta, seja frente a um estado de ansiedade e preocupação da mãe acerca da condição de saúde da criança.

Ex: *O que que tu ta preocupado? Não é preciso ter medo.* (M2)

Esta categoria pode vir sozinha ou associada à outra categoria, sempre que a conotação de tranquilização e acolhimento tornou-se evidente em alguma emissão verbal. Esta foi classificada de acordo com o significado da comunicação e a conotação de tranquilização foi sinalizada com o acréscimo de um ponto no interior da representação gráfica da comunicação.

✓ **Categoria 11: Realização de pedido específico** - **Pedido** 

Indica a realização de pedido específico feito a um dos participantes da consulta.

Ex: *Eu queria que o senhor me desse um encaminhamento pro oftalmo.* (Ma9)

✓ **Categoria 12: Queixa de dor da criança** - **Queixa** □

Categoria que indica verbalizações com queixa específica sobre a presença de dor, referida pela criança, no momento do exame físico.

Ex: *Ai... ai... eu tenho medo de agulha.* (C5)

✓ **Categoria 13: Ajuda na organização das informações** - **Ajuda** ▭

Indica a necessidade do(s) emissor(es) ser mais explícito e claro na colocação das informações. Comentários que sugerem a necessidade de organizar melhor as falas sobre o tema abordado.

Ex: *Então vamos só dar uma organizadinha aqui... vamos começar do começo...* (M2)

✓ **Categoria 14: Combinação feita com a criança** - **Acordo** ○

Indica emissões realizadas com intuito específico de realizar acordo e/ou combinação com a criança, sobre tema específico (por exemplo: combinar acerca do peso que deveria ser perdido até a próxima consulta, sobre qual alimento a criança receberia se permitisse o exame entre outros).

Ex: *Tu vai voltar daqui a um mês pra tia te ver.* (Dirigindo-se à criança) *E eu quero te ver 500 gramas mais magrinho, combinado?* (M2)

✓ **Categoria 15: Solicitação de compreensão** - **Solicitação de compreensão** ◯

Indica o pedido explícito de compreensão do(s) interlocutor(es) acerca de uma necessidade surgida no momento da consulta (por exemplo: necessidade de ausentar-se da sala, de atender ao telefone ou de dirigir a atenção a alguém que solicita informações).

Ex: *Só um minutinho... eu preciso resolver um problema.* (M2)

Observações:

✓ Uma **cruz, colocada no lado superior**, de qualquer representação gráfica, indica uma oportunidade à participação (uma colocação que tem por objetivo incentivar que se fale mais sobre o assunto) ou a possibilidade que se fale sobre preocupações, angústias ou dúvidas. - + **inc. participação** ◇

Ex: *Tem alguma coisa agora que esteja preocupando a senhora?* (M3)

✓ Um **ponto no interior** da representação gráfica indica a conotação de acolhimento e tranquilização subentendida na emissão verbal. - + **tranquilização** ⊙

Ex: *Essas dores na perna, é muito comum em criança, nessa idade, é a idade que ta crescendo...* (M2)

Intercorrências:

✓ **Ausência de resposta - ?**

Indica a ausência de resposta do receptor frente uma colocação de um dos interlocutores, quando esta sugeria a prestação de uma informação específica.

✓ **Interrupções -**

















Foram sinalizadas no gráfico das consultas todas as interferências externas que causaram algum tipo de interrupção desta. Estão incluídas nesta categoria: entrada de pessoas estranhas no consultório, interrupção de outras pessoas, toque de telefone celular (da mãe ou do médico).

✓ **Silêncio -** | |

Foram identificadas todos os momentos em que houve silêncio no decorrer da interação.

Categorias e Sub-Categorias de Significado

- Prestar informação específica ao(s) interlocutor(es).
- Prestar informação específica ao(s) interlocutor(es), com conotação de tranquilização e acolhimento - **Resposta + tranquilização**
- ◇ Perguntar diretamente ao(s) interlocutor(es) sobre tema específico.
- ◇ Perguntar diretamente ao(s) interlocutor(es) sobre tema específico, sugerindo possibilidades de resposta - **Pergunta sug. resposta**
- ◇ Perguntar diretamente ao(s) interlocutor(es) sobre tema específico, oportunizando/incentivando a participação dos envolvidos na interação - **Pergunta inc. participação**
- ◇ Perguntar algo ao(s) interlocutor(es), com conotação de tranquilização e acolhimento - **Pergunta + tranquilização**
- ◇ Perguntar algo ao(s) interlocutor(es), com conotação de tranquilização e acolhimento e incentivando a participação - **Pergunta + tranquilização + inc. participação**

- * Responder não-verbalmente ao(s) interlocutor(es), através de sinalizações ou realização de ações.
-  Orientar o(s) interlocutor(es) acerca de conteúdos e condutas.
-  Orientar o(s) interlocutor(es) acerca de conteúdos e condutas, com conotação de tranquilização e acolhimento - **Orientação + tranquilização**
-  Destacar e clarificar ao(s) interlocutor(es) conteúdos abordados.
-  Destacar e clarificar ao(s) interlocutor(es) conteúdos abordados, oportunizando/incentivando sua participação - **Destaque + inc. participação**
-  Solicitar colaboração da criança, através da sugestão de ações, posições ou posturas físicas.
-  Valorizar conteúdos ou condutas do(s) interlocutor(es) e/ou comprometer-se com orientações prestadas.
-  Valorizar conteúdos ou condutas do(s) interlocutor(es), com conotação de tranquilização e acolhimento - **Valorização + tranquilização**
-  Realizar comentário sobre característica física da criança ou comportamentos e ações realizadas por ela no decorrer da consulta, com intenção explícita de buscar interação.
-  Cumprimentar ou agradecer os envolvidos na interação.
-  Saudar ou agradecer aos envolvidos na interação, oportunizando/incentivando sua participação - **Saudação/agradecimento + inc. participação**
- Realizar comentário, ao(s) interlocutor(es), de tranquilização, conforto ou acolhimento.
-  Pedir algo específico ao(s) interlocutor(es).
-  Realizar queixa de dor, durante o exame físico.
-  Comentar ao(s) interlocutor(es) a necessidade de organizar as informações trazidas.
-  Combinar algo específico com um dos participantes da consulta.
-  Combinar algo específico com um dos participantes da consulta, incentivando sua participação.
-  Solicitar compreensão ao(s) interlocutor(es).

Intercorrências

? Não responder ao(s) interlocutor(es).

Interrupção

Silêncio



Silêncio para busca ou registro de informações no prontuário.



Silêncio para realização de exame físico.

Silêncio para realização de encaminhamentos e registro de orientações.

Tabelas de Frequência de Categorias de Significado

A partir do gráfico das categorias de significado, resultante de cada uma das consultas observadas, os dados foram organizados em tabelas de frequência de ocorrência.

2.8.2. Análise da Orientação da Comunicação

Esta análise teve por objetivo complementar a análise do significado, através da identificação de quem foram os interlocutores da interação, ou seja, que fluxo a interação seguiu. Esta análise pretendeu identificar quem tomou a iniciativa na comunicação e a quem cada um dos participantes se dirigiu, mais frequentemente, durante a situação de atendimento médico.

Através dos gráficos de significado, foi possível identificar os emissores e receptores das mensagens, sendo que o interlocutor pôde ser qualquer um dos participantes da consulta, podendo ser emissor e receptor.

- Emissor é considerado aquele que inicia uma verbalização.
- Receptor é aquele a quem a emissão é dirigida.

Foram identificados como participantes da consulta: Médico (M), Mãe (Ma), Criança (C), Preceptor (P) e Outros (O) (funcionários do serviço e irmãos acompanhantes).

Para melhor visualização deste aspecto da comunicação foi realizado um levantamento, baseado no gráfico de cada uma das consultas, onde se destacou a orientação da comunicação - quem a emitia e a quem era destinada.

Derivado deste levantamento, foram selecionadas algumas informações que se pretendeu dar destaque: as interações ocorridas entre o médico/mãe e as interações ocorridas entre o médico/criança. Neste sentido, foram construídas duas tabelas de frequência de ocorrência, uma para cada dupla de participantes, onde se destacou a frequência de ocorrência das interações, o emissor da interação e a percentagem correspondente do total de emissões da consulta. Para a díade médico/criança, foi incluída uma informação adicional, que diz respeito à percentagem destas interações que ocorreram, durante uma fase específica da consulta, o Exame Físico. Para a díade Médico/Mãe foram observadas as interações ocorridas durante toda a consulta.

2.8.3. Características da Comunicação e das Estratégias de Interação na Situação de Consulta Médica

Neste eixo de análise, pretendeu-se identificar as principais características da consulta de Pediatria Geral, através do levantamento das seguintes informações: caracterização da clientela atendida, o motivo da procura pelo atendimento e a identificação das principais etapas pelas quais passa a consulta.

Baseado no conteúdo verbalizado e nas interações não-verbais registradas pela pesquisadora, buscou-se identificar, em cada uma das fases da consulta, as principais características da comunicação entre os envolvidos e as estratégias de interação utilizadas para o estabelecimento da comunicação.

2.8.4. Intercorrências da Consulta

A partir de situações de recorrência nas consultas observadas, decidiu analisar um aspecto que se mostrou relevante nos atendimentos médicos: as **interrupções**. Esta breve análise quantitativa e qualitativa pretendeu explorar as implicações desta situação para o estabelecimento da relação terapêutica entre os participantes da consulta.

2.8.5. Análise do Conteúdo Verbalizado das Entrevistas

Foram utilizados fragmentos do material coletado nas entrevistas dos usuários (mães e crianças) para identificar algumas questões pertinentes ao trabalho, tais como: conhecer a percepção que cada um teve acerca do atendimento médico em Pediatria, identificar o grau de compreensão das mães e crianças a respeito das informações repassadas e o entendimento e a valorização que estes tinham sobre o papel do pediatra em sua vida. Não houve a pretensão de

aprofundar a análise do conteúdo trazido, havendo a clareza que este material contém informações que justificam a realização de trabalho de pesquisa complementar.

O mesmo motivo justificou a não-inclusão, neste estudo, das entrevistas realizadas com os profissionais, em função da excessiva quantidade de material já disponível para análise.

Para nortear esta análise, utilizou-se o método de análise de conteúdo (segundo Bardin, 1977; Crepaldi, 1989), buscando-se encontrar padrões ou regularidade nos dados, através da identificação de elementos que se mostraram regulares na fala dos entrevistados.

2.8.6. Análise dos Desenhos das Crianças

Esta análise pretendeu complementar as análises anteriores, ampliando a perspectiva de expressão das crianças sobre o atendimento médico, através da utilização de um recurso não-verbal de expressão. Não foi realizada análise aprofundada dos desenhos, apenas identificadas as principais referências destes à situação da consulta, associadas ao conteúdo verbalizado pela criança.

Os desenhos produzidos pelas crianças serão analisados segundo a perspectiva de Fávero & Salim (1995), além da experiência da pesquisadora na análise de desenhos infantis.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os participantes passarão a ser identificados como:

Médico (M) – numerados de 1 a 4

Mãe (Ma) – numerados de 1 a 10

Criança (C) – numerados de 1 a 10 (sendo que 10a e 10b referem-se às duas crianças que foram atendidas em uma mesma consulta)

Preceptor (P)

Outros (O) – (outras pessoas que se envolveram na consulta: funcionários do serviço ou outro acompanhante)

As consultas ficaram assim distribuídas, de acordo com os participantes:

Quadro 1. Quadro dos participantes em cada uma das 10 consultas observadas.

Consulta	Participantes
01	M1 - C1 – Ma1- O
02	M1 – C2 – Ma2 - O
03	M1 – C3 – Ma3 - O
04	M2 – C4 – Ma4 – O - P
05	M2 – C5 – Ma5
06	M2 – C6 – Ma6 – O
07	M3 – C7 – Ma7 - O
08	M4 – C8 – Ma8 – O – P
09	M4 – C9 – Ma9 - O
10	M4 – C10a – C10b – Ma10 - P

A seguir, segue a apresentação dos dados obtidos e a discussão, de acordo com os eixos de análises elegidos para a compreensão do fenômeno estudado.

3.1. Análise do Significado da Comunicação

A partir do material transcrito das consultas e das anotações da pesquisadora, foram construídos **gráficos** que representam os conteúdos do significado da comunicação, e que permitem visualizar a orientação da mesma, uma vez que identificam o emissor, o significado da mensagem emitida e a quem ela foi dirigida, em uma seqüência temporal das interações.

As emissões foram categorizadas pelo significado, conforme definição anterior e seguem a representação gráfica conforme o quadro a seguir⁹:

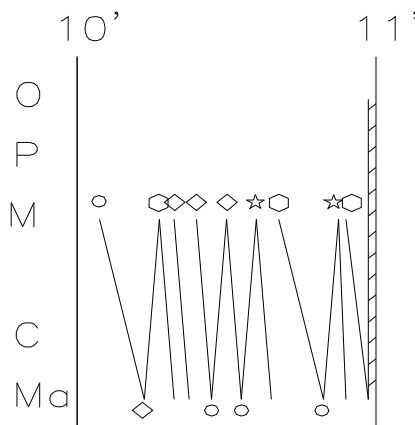
Quadro 2. Quadro de correspondência entre o símbolo representativo, a categoria de significado da comunicação e a palavra/expressão que a representará nas tabelas.

⁹ Este quadro será repetido no Anexo 7, para facilitar a compreensão da Figura 2.

Símbolo	Significado da Comunicação	Palavra/Expressão
○	Prestação de informação específica	Resposta
◇	Pergunta sobre tema específico	Pergunta
*	Resposta não-verbal	Resposta não-verbal
⬡	Orientação	Orientação
☆	Destaque e clarificação de conteúdo	Destaque
▲	Sugestão de posturas e posições físicas da criança	Sugestão de posturas
△	Valorização de conteúdo ou condutas	Valorização
+	Comentário sobre característica física da criança ou ação/comportamento realizado por ela na consulta	Fala sobre a criança
□	Cumprimentos e agradecimentos	Saudação/agradecimto
•	Comentário de tranquilização, conforto e acolhimento	Tranquilização
△	Realização de pedido específico	Pedido
□	Queixa de dor da criança	Queixa
▭	Ajuda na organização das informações	Ajuda
○	Combinação feita com a criança	Acordo
◌	Solicitação de compreensão	Solicitação de compreensão
Intercorrências		
?	Ausência de resposta	Ausência de resposta
	Interrupção	Interrupção
	Silêncio	Silêncio

A seguir, será incluída uma parte do gráfico referente à consulta nº 9, com o respectivo trecho transcrito da consulta que o corresponde, tendo por objetivo ilustrar o processo realizado com cada uma das consultas observadas (o gráfico na íntegra encontra-se no **Anexo 8**). Esta consulta foi escolhida para ilustrar o processo, por apresentar características que se assemelham ao padrão de consulta identificado (tempo, tipos de intervenções, orientação da interação...). As demais nove consultas não foram anexadas ao corpo do trabalho devido à sua extensão.

No eixo vertical, identificam-se os interlocutores – Outro (O), Preceptor (P), Médico (M), Criança (C) e Mãe (Ma) -, assim como a marcação do tempo decorrido (neste caso do 10º até o 11º minuto), enquanto no eixo horizontal está representada a orientação da comunicação, de acordo com o emissor da mensagem. Há ainda, a identificação de peculiaridades ocorridas no decorrer da consulta – ausência de respostas, silêncios e interrupções – através do símbolo correspondente.



A seguir, apresenta-se como exemplo, a seqüência das emissões contidas no gráfico.

M4: *Aquele médico da cabeça tem indicações bem específicas... não dá pra dizer que um exame vai diagnosticar alguma coisa.* ○

Ma9: *É?* ◇

M4: *Tem que ver com o tempo.* ○ *E ela ta com dificuldade no colégio, é?* ◇ *o ano passado, ela já estudava?* ◇

Ma9: *Ela fez o pré.* ○

M4: *Estudou no pré... e no pré ela ia bem?* ◇

Ma9: *Do mesmo jeito.* ○

M4: *Tinha dificuldade também...* ☆ *normalmente a dificuldade é pra acompanhamento no colégio, tem que descartar algumas coisas, uma delas é problema visual, que parece que ela já tem.. tem que investigar... outra delas é dificuldade de atenção, que pode ser acompanhado até com psicóloga...* ○

Ma9: *Ela é bem desligada.* ○

M4: *Não enxerga bem...* ☆ *Então a gente vai começar a investigar.* ○

Silêncio, quando M4 fez anotações de orientações no prontuário. (...)

A título de ilustração, a seguir seguem as tabelas de frequência de ocorrência das categorias de significado da consulta nº 09, com todas as informações referentes a esta consulta, sendo que foram retiradas do gráfico anteriormente apresentado, separadas em tabelas de cada uma das fases em que a consulta foi dividida.

Serão realizados apenas comentários gerais das informações das tabelas, uma vez que, a análise mais aprofundada de cada uma das fases da consulta, será realizada no tópico 4.3. dos eixos de análise (Análise das Características da Comunicação e das Estratégias de Interação na Situação de Consulta Médica).

Tabela 1. Frequência de ocorrência e proporção de categorias de significado da Fase de Recepção da consulta 09.

Duração	Emissor	Categoria	Frequência	Proporção
25 seg.	Médico	Saudação/agradecimto	01	33,3
		Saudação/agradecimto + inc. participação	01	33,3
	Mãe	Resposta	01	33,3
Total			03	

A recepção constitui-se como o período que foi desde o momento de receber o paciente na sala de espera até a exposição do motivo da procura pelo atendimento. Este momento tinha por objetivo promover a apresentação entre os participantes e encontrar estratégias para deixar os usuários à vontade e incentivar sua participação, de forma a facilitar a construção de uma relação de ajuda e de identificar o profissional como uma pessoa de referência na saúde da criança.

A recepção promovida pelo médico geralmente foi acolhedora, conduzindo a mãe e a criança da sala de espera até o consultório de atendimento, indicando os lugares que deveriam ocupar, com expressão sorridente e **saudações** cordiais aos usuários, sendo que, como era de se esperar, esta categoria de significado foi a predominante neste momento da consulta.

McCarthy (1997) reforça a necessidade de colocar a criança e seus genitores à vontade, com cumprimentos e palavras tranqüilizadoras, no intuito de criar um clima de confiança, transmitindo a intenção de ouvir e sensibilidade às preocupações e angústias de quem procura um atendimento médico e está lidando com alguém desconhecido. A postura dos profissionais pareceu traduzir esta disposição, imprimindo ao início do atendimento um contexto de acolhimento e respeito, sempre direcionando atenção à mãe e à criança.

Conforme a tabela anterior ilustra, a recepção foi um momento breve, com iniciativa de interação partindo do profissional, sendo que, nesta consulta, a criança não participou com emissões verbais. Esta característica de brevidade se repetiu nos demais atendimentos e a

constatação da ausência de prestação de informação, pelo profissional, sinaliza um fato que se observou também na maioria dos atendimentos, qual seja, a ausência de apresentação entre os participantes e dos objetivos da consulta. Pela importância deste tema, ele será abordado com mais detalhes quando da análise das fases da consulta.

Tabela 2. Frequência de ocorrência e proporção de categorias de significado da Fase de Levantamento de Informações/Anamnese da consulta 09.

Duração	Emissor	Categoria	Frequência	Proporção
13min 30seg	Médico	Pergunta	77	37,0
		Pergunta sug. resposta	08	3,8
		Pergunta + tranquilização	03	1,4
		Pergunta + inc. participação + tranquilização	01	0,5
		Destaque	15	7,2
		Orientação	07	3,4
		Valorização	03	1,4
		Resposta	02	1,0
	Resposta não verbal	01	0,5	
	Mãe	Resposta	60	28,9
		Pergunta	07	3,4
		Pergunta + tranquilização	01	0,5
		Resposta não verbal	04	1,9
		Valorização	01	0,5
	Criança	Resposta não verbal	08	3,8
		Resposta	05	2,4
		Ausência de resposta	05	2,4
	Total			208

A fase de Levantamento de Informações é considerada o início da observação clínica em Pediatria, que se estende até o final do exame físico da criança. Pileggi, Marcondes & Alcântara (1999) referem que é necessário que se hierarquizem quais os itens, sinais ou sintomas devem ser aprofundados, levando em conta: a idade da criança, as condições psicossociais e culturais da família e a presença eventual de condição mórbida predominante. Neste sentido, esta etapa é considerada fundamental, por ser aquela em que se obtêm as informações que vão definindo a história da doença ou da queixa e quando vai se conhecendo particularidades daquela criança.

Como a característica predominante das consultas observadas era o fato de serem as primeiras consultas de Pediatria Geral destes usuários com o referido profissional, um dos objetivos centrais desta consulta seria o de conhecer, da maneira mais global possível, esta criança e sua família.

Talvez por estes aspectos, esta etapa caracterizou-se como a mais longa, na grande maioria das consultas, demandando em média, 40,6% do tempo total. Na consulta 09 não foi diferente, sendo que 44,3% de seu tempo foi destinado ao levantamento de informações, sinalizando ser esta a preocupação predominante nos atendimentos.

A Tabela 2 mostra que o médico é o responsável pelo direcionamento do atendimento e é ele quem toma a iniciativa, sendo o emissor de 56,2% de todas as interações ocorridas durante a anamnese. Estas verbalizações foram endereçadas em sua grande maioria à mãe, com a intenção explícita de obter informações sobre a criança.

Quanto ao significado da comunicação, as **perguntas sobre temas específicos**, feitas pelo médico, representaram 42,7% do total de emissões desta etapa, e 76,1% de todas as verbalizações deste participante nesta etapa do atendimento. Em correspondência a isso, a **prestação de informações específicas** foi o tipo de verbalização mais emitido pela mãe.

Neste sentido, o médico determinou o fluxo da interação, definindo temas e assuntos que deveriam ser abordados, e embora tenha sido o maior emissor desta etapa, estas mensagens tinham a função definida de solicitar informações, e não fornecê-las. Isto vem ao encontro do que Sucupira (2002) afirma quando diz:

O direito da fala pertence ao médico que determina o momento em que a clientela deve falar e impõe os limites ao que deve dizer. O médico detém a direção do diálogo fazendo perguntas e por fim dando ordens (Sucupira, 2002, p.51).

O padrão de comunicação observado, então, no decorrer desta fase foi a polarização da interação entre o médico e a mãe, sendo que a criança teve pequena participação. Isto pôde ser observado pela sua baixa frequência de emissões, sendo que, das 18 ocasiões em que a criança foi envolvida na interação, em 08 deu **respostas não-verbais** e em 05 não emitiu resposta.

Tabela 3. Frequência de ocorrência e proporção de categorias de significado da Fase de Exame Físico da consulta 09.

Duração	Emissor	Categoria	Frequência	Proporção
5min 35seg	Médico	Pergunta	18	24,7
		Pergunta + tranquilização	02	2,7
		Sugestão de posturas	10	13,7
		Orientação	06	8,2
		Fala sobre a criança	03	4,2
		Tranquilização	02	2,7
		Destaque	01	1,4
	Mãe	Resposta	09	12,3
		Resposta não verbal	02	2,7
	Criança	Resposta não verbal	24	12,3
		Resposta	15	7,7
		Pedido	01	1,4
		Ausência de resposta	01	1,4
Total			73	

O exame físico constitui-se pelo exame médico do corpo da criança, com o objetivo de identificar sinais e sintomas que complementem ou acrescentem informações às questões trazidas pelas mães sobre a saúde de seu filho.

Na consulta 09, esta fase durou 5 minutos e 35 segundos (18,3% do tempo total), estando um pouco abaixo da média observada nos demais atendimentos, que foi de 22,8% do tempo total.

Como se observou, anteriormente, o médico continuou sendo o direcionador da comunicação (aspecto que se caracterizará como padrão nas consultas). O que se observa, porém, em comparação à etapa anterior, é um decréscimo da participação da mãe e aumento na frequência de interações nas quais a criança participa, o que é facilmente explicável pelo fato de este momento ser caracterizado por um contato direto entre criança e médico.

Com relação ao significado da comunicação, observou-se que o médico ainda realiza levantamento de informações, através do uso de **perguntas sobre temas específicos**, sendo que, o que muda, é que estas são direcionadas tanto à mãe quanto à criança. Isto é sinalizado pela emissão destes participantes de **informações específicas**.

Observou-se que, embora esta etapa tenha objetivos específicos, o médico forneceu **orientações** à mãe, provavelmente, por perceber o momento propício.

Sendo o exame físico uma atividade dirigida, neste caso, pelo médico, foi identificada uma postura orientadora deste (índice aumentado de **sugestões de posturas e posições físicas da criança**), sendo que a criança parece ter respondido a estas indicações através de respostas não-verbais.

Pelo caráter de maior proximidade entre a criança e o profissional, identificou-se a presença de emissões do médico de **comentários sobre características físicas ou comportamentos da criança**, além de **comentários de tranquilização** e acolhimento.

Esta postura do profissional indicou a sua preocupação em buscar a colaboração da criança, assim como de evitar que a situação de exame se constituísse em um momento de estresse para a criança. Também neste mesmo sentido, em várias ocasiões os médicos solicitaram a proximidade e participação da mãe, no exame, como figura tranquilizadora e de confiança para a criança.

Estas estratégias e cuidados adotados pelos profissionais sinalizaram sua habilidade relacional, especialmente, no manejo com a criança, aspectos estes reforçados na literatura (Gauderer, 1993; McCarthy, 1997; Tates & Meeuwesen, 2001; Sucupira & Novaes, 2002). A necessidade de conquistar a simpatia e a confiança da criança deve ser um objetivo do médico na consulta pediátrica, e, para isso, é sugerido que ele lance mão de recursos e estratégias (contato físico, brincadeiras e comentários adequados ao nível de compreensão da criança), e que tenha muita paciência e delicadeza nos gestos (Marcondes, 1999).

Tabela 4. Frequência de ocorrência e proporção de categorias de significado da Fase de Orientação da consulta 09.

Duração	Emissor	Categoria	Frequência	Proporção
10min 45seg	Médico	Orientação	12	25,5
		Pergunta	10	21,3
		Resposta	04	8,5
		Destaque	04	8,5
	Mãe	Resposta	08	17,0
		Pergunta	03	6,4
		Valorização	03	6,4
		Pedido	01	2,1
	Criança	Resposta não verbal	01	2,1
	Outros	Resposta	02	4,2
Resposta não verbal		01	2,1	
Total			47	

A fase de orientação constituiu-se no momento de devolver aos participantes da consulta as impressões clínicas percebidas pelo profissional. Tais impressões foram resultantes das informações trazidas pela mãe, daquelas obtidas através do exame físico e de observações do comportamento da criança durante a consulta.

Pela importância atribuída a este momento da consulta, Marcondes (1999) sugere que se dispense a ele até dois terços do seu tempo total, e entende que “a prescrição é a palavra

escrita do pediatra que acompanha a mãe quando ela sai do consultório e se faz presente durante todo o tempo no domicílio da criança” (p.44).

Na consulta 09, esta fase durou 10 minutos e 45 segundos (35,2% do tempo total), constituindo-se na 2ª fase mais longa do atendimento, característica que se repetiu na grande maioria das consultas.

Como nas fases anteriores, o médico foi o participante que mais emitiu verbalizações, conduzindo o atendimento.

Quanto ao significado da comunicação, a categoria de **orientação** foi a mais utilizada pelo profissional, embora ainda se observasse a ocorrência de **perguntas** direcionadas à mãe, que permearam todo o atendimento. A isto, houve a correspondência de **fornecimento de informações** pela mãe, que permaneceu sendo a principal categoria de comunicação por ela emitida. Pelo caráter de retorno, próprio desta etapa da consulta, neste momento, observou-se a ocorrência de **fornecimento de informação**, também pelo profissional.

Em Pediatria, um aspecto que difere muito da prática médica com adultos, diz respeito à ênfase necessária nos aspectos preventivos e educativos, sendo que o diagnóstico deve abranger todos os setores de cuidado com a criança (Gauderer, 1993; McCarthy, 1997; Marcondes, 1999). O reforço positivo aos cuidados prestados pela família, de forma adequada, e a sugestão de novas posturas e formas de lidar com a criança, em situações de identificação de problemas, são tarefas cotidianas do pediatra.

Em referência a este aspecto, a ausência de ocorrência, nesta consulta, da categoria de **valorização de conteúdo ou condutas**, pelo médico, que é própria e necessária na manutenção de posturas e comportamentos desejados, especialmente nesta etapa da consulta, chama a atenção e sugere que o profissional possa estar valorizando pouco os esforços positivos da família em promover o desenvolvimento da criança.

Os dados apresentados na Tabela 4 mostram, de forma clara, uma característica que se confirmou em todas as outras consultas, que foi a não-inclusão da criança no fornecimento de informações e nas orientações dos cuidados de saúde, sendo que, nesta fase, a comunicação voltou a ficar polarizada entre o profissional e a mãe. Conforme o que foi constatado, é o médico que tem o papel de condutor do atendimento, sua postura dá pistas do seu entendimento sobre a capacidade e importância do envolvimento da criança em suas questões de saúde e doença. Pela importância desta questão e suas implicações na compreensão do papel do pediatra, da família e da criança no contexto de atendimento primário em saúde, ela será discutida, mais detidamente, na análise das fases da consulta.

Tabela 5. Frequência de ocorrência e proporção de categorias de significado da Fase de Despedida da consulta 09.

Duração	Emissor	Categoria	Frequência	Proporção
15 seg	Médico	Saudação/Agradecimto	01	25,0
		Resposta não verbal	01	25,0
	Mãe	Saudação/Agradecimto	01	25,0
		Resposta não verbal	01	25,0
Total			04	100,0

Esta etapa da consulta caracterizou-se pelo momento de fechamento do atendimento, através da realização das despedidas entre os participantes, incluindo o acompanhamento do médico dos usuários até a porta.

Constituiu-se como um momento breve, com duração média de 29 segundos, no total de atendimentos, embora, na totalidade dos casos, o tempo tenha sido suficiente para os agradecimentos e despedidas. Isso foi possível, pois o processo de fechamento (encaminhamentos, orientações, abertura para questionamentos,...) já tinha acontecido.

Quanto à categoria de significado, **cumprimentos e agradecimentos** foi o tipo de emissão mais frequente entre os participantes, nesta etapa da consulta.

Embora, na consulta que está sendo apresentada, a criança não tenha participado com emissões verbais nem com gestos de despedida, os médicos via de regra dirigiram cumprimentos às crianças, observando-se sempre expressões sorridentes entre os envolvidos, denotando um clima de cordialidade.

Duração da consulta: o tempo total da consulta foi de 30 minutos e 30 segundos, estando bem próximo à média observada que foi de 33 minutos e 13 segundos.

Interrupções: ocorreu uma interrupção no decurso do atendimento, sendo caracterizada pela entrada do funcionário da recepção verificando a possibilidade de encaixe de novo paciente.

A partir do gráfico de cada uma das consultas, foi realizado o levantamento de ocorrência das categorias de significado, em todas as consultas, observando-se quem foi o emissor e a frequência de ocorrência, de acordo com cada uma das fases da consulta.

Para reunir os dados visando a análise do significado e facilitar sua visualização, foi elaborada a Tabela 6, derivada dos gráficos, agrupando as informações das dez consultas observadas, segundo as categorias definidas. Ela mostra as frequências e percentagens observadas em cada uma das consultas das categorias de significado, proporcionando um panorama geral dos tipos de emissão mais frequentes.

Tabela 6: Frequência de percentagem de ocorrência de categorias de significado, em cada uma das consultas observadas.

<i>Cat.</i>	<i>Médico 1</i>		<i>Médico 2</i>		<i>Médico 3</i>		<i>Médico 4</i>		<i>Média</i>														
	<i>C1</i>	<i>%</i>	<i>C2</i>	<i>%</i>	<i>C3</i>	<i>%</i>	<i>C4</i>	<i>%</i>		<i>C5</i>	<i>%</i>	<i>C6</i>	<i>%</i>	<i>C7</i>	<i>%</i>	<i>C8</i>	<i>%</i>	<i>C9</i>	<i>%</i>	<i>C10a</i>	<i>%</i>	<i>C10b</i>	<i>%</i>
<i>Resposta</i>	101	30,9	117	36,1	148	36,4	248	41,5	157	33,6	96	32,2	110	34,1	141	25,8	92	27,4	140	35,5	124	35,9	33,6
<i>Pergunta</i>	110	33,6	94	29,0	133	32,9	165	27,7	120	25,6	73	24,5	95	29,4	182	33,3	129	38,5	122	30,9	100	28,9	30,4
<i>Resp. não verbal</i>	30	9,2	30	9,3	19	4,7	49	8,2	22	4,7	34	11,4	25	7,7	101	18,5	35	10,4	44	11,1	29	8,4	9,4
<i>Orientação</i>	24	6,7	24	7,4	30	7,4	37	6,2	45	9,6	30	10,1	25	7,7	35	6,4	25	7,5	11	2,8	16	4,6	6,9
<i>Destaque</i>	08	2,5	17	5,3	21	5,2	32	5,5	18	3,8	25	8,4	26	8,0	19	3,5	20	6,0	19	4,8	21	6,1	5,4
<i>Sugestão de postura</i>	10	3,1	10	3,1	12	2,9	20	3,3	21	4,5	14	4,7	05	1,6	27	5,0	10	3,0	17	4,3	12	3,5	3,5
<i>Valorização</i>	02	0,6	06	1,8	12	2,9	17	2,7	16	3,4	04	1,3	12	3,7	17	3,1	07	2,1	06	1,5	15	4,3	2,5
<i>Fala sobre a criança</i>	20	6,1	14	4,3	05	1,2	07	1,2	16	3,4	09	3,0	03	0,9	09	1,7	02	0,6	11	2,8	09	2,6	2,5
<i>Saudação/Agradecimto</i>	04	1,2	09	2,8	12	2,9	08	1,3	08	1,7	06	2,0	07	2,2	04	0,7	04	1,2	10	2,5	09	2,6	1,9
<i>Tranquilização</i>	09	2,8			04	1,0			28	6,0	01	0,35	03	0,9			03	0,9			01	0,3	1,1
<i>Pedido</i>	07	2,1	01	0,3	04	1,0	01	0,2	04	0,9	02	0,7	06	1,9			02	0,6	05	1,3	05	1,4	0,9
<i>Queixa</i>									05	1,1													0,1
<i>Ajuda</i>							03	0,5	01	0,2													0,06
<i>Acordo</i>									03	0,6													0,05
<i>Solicitação de compreensão</i>							03	0,5															0,04
<i>Ausência de resposta</i>	04	1,2	02	0,6	06	1,5	08	1,2	04	0,9	05	1,7	06	1,9	11	2,0	06	1,8	10	2,5	05	1,4	1,5
<i>Interrupção</i>	01		03		04		07		00		01		01		03		01		01		01		
<i>Total</i>	327		324		407		598		468		298		323		546		335		395		346		60

Os dados permitem observar que não houve disparidades entre a frequência de ocorrência das categorias ao longo das consultas, ao contrário, identifica-se um padrão que permanece relativamente constante durante os atendimentos.

Este padrão configura-se pela polarização entre **perguntas sobre temas específicos e prestação de informação específica**, sendo que a soma da média destas duas categorias compreende 64% de toda emissão verbal realizada nas consultas. Esta informação confirma o caráter próprio de uma primeira consulta em Pediatria, que tem como objetivo principal conhecer a criança e seu contexto de crescimento e desenvolvimento.

Foi observado que o médico conduz a entrevista, sendo responsável pela realização das perguntas, enquanto à mãe é destinado o papel de fornecedora das informações, e, de maneira muito especial, a de “tradutora” dos sentimentos, angústias e dores das crianças. Às crianças, foi delegado o papel de expectadoras da consulta, sendo que a grande maioria de suas interações deu-se através de **respostas não-verbais**. Como a própria definição da categoria assinalava, refere-se a respostas, ou seja, emissões realizadas em contrapartida a interações endereçadas a ela, não pressupondo papel mais ativo na consulta, sendo que isso também foi observado com as mães.

A característica do médico de orientador e norteador do atendimento também foi observada em outros estudos realizados sobre os estilos de comunicação entre os participantes da consulta pediátrica (Pantell e cols., 1982; Haight e cols., 1985; Worchel e cols., 1995; Tates & Meeuwesen, 2001; Young e cols., 2003).

A categoria **orientação** apareceu em 6,9% do total de interações e, embora este percentual seja relativamente baixo, esta categoria teve papel importante no contexto das consultas (conforme análise de suas fases), pois se constitui na essência da prática pediátrica. O que é importante enfatizar é que este índice indica a quantidade de emissões, mas não reflete a quantidade de tempo que se dedicou a este aspecto, uma vez que, estas intervenções, constituíram-se em intervenções longas, com grande quantidade de informações agrupadas. Isto pode ser melhor observado na Figura nº 2, Anexo 8, especialmente a partir do 22º minuto da consulta.

Algumas categorias de significado merecem ser destacadas pela baixa frequência, sendo que sinalizam aspectos importantes a serem analisados: os comentários de tranquilização, conforto e acolhimento, o destaque e clarificação de conteúdos e a valorização de conteúdos e condutas.

Quanto à emissão de verbalizações com intenção explícita de **confortar e tranquilizar** as crianças, embora sua frequência de ocorrência tenha se mostrado baixa (em

média 1,1% do total), a postura acolhedora do profissional, as estratégias de interação utilizadas com as crianças no decorrer da consulta (conforme análise posterior), sua postura atenta parecem ter garantido sua tranquilidade, não se justificando a necessidade de esforços específicos neste sentido. Isto se confirma pela expressão tranqüila das crianças, durante o atendimento médico. Em situações específicas, porém, em que as crianças mostraram-se ansiosas, informaram queixas de dor ou verbalizaram estarem desconfortáveis na situação de consulta, observou-se esforços do médico voltados para sua tranquilização, inclusive, com maior índice deste tipo de intervenção (consultas 01 e 05).

Com relação à categoria de significado **clarificação de conteúdos**, um aspecto importante que parece estar relacionado à sua baixa incidência de emissões (5,4%), diz respeito à capacidade observada nos profissionais de usarem uma linguagem simples e adaptada à capacidade de compreensão dos participantes. Neste sentido, as orientações e informações já eram fornecidas com bom nível de detalhamento, de forma a dispensarem explicações complementares.

O uso de recursos de **valorização de conteúdos e condutas** foi pouco explorado pelo profissional (em média 2,5% do total de emissões) como estratégia para a adesão às orientações, na manutenção de aspectos positivos do comportamento da criança, bem como naquelas questões relativas ao crescimento e desenvolvimento da criança conduzidas de forma apropriada pela família. Implicações possíveis desta postura do profissional referem-se à possibilidade de as famílias não associarem sua atuação em um âmbito preventivo, reforçando a percepção do médico como agente “curador”, não melhorando a auto-estima da família nem potencializando seus recursos de cuidado. Da mesma forma, perde-se a perspectiva do papel do pediatra como uma pessoa de referência, que sinaliza para a família aspectos positivos e aponta situações de risco, ajudando a família a encontrar alternativas de crescimento dentro de suas possibilidades.

As **interrupções** mostraram-se comuns em todas os atendimentos, não sendo observadas em apenas uma consulta (Consulta 05). Por outro lado, na consulta 04, ocorreram sete interrupções.

3.2. Análise da Orientação da Comunicação

Para que esta análise fosse possível, foram agrupadas as interações ocorridas nos onze atendimentos, em cada uma das fases da consulta, assim como foram identificados os respectivos emissores destas interações. Estes dados estão disponíveis na forma de duas

tabelas (Tabelas 07 e 08), sendo que a primeira corresponde aos atendimentos da criança 1 à criança 6 e a segunda da criança 7 até a criança 10b, e são apresentadas a seguir. Embora tenham sido feitas duas tabelas para melhorar a visualização dos dados, a discussão será realizada observando a totalidade das informações, ou seja, os dados referentes aos onze atendimentos realizados.

Tabela 07. Frequência de ocorrência, em percentagem, de emissões de interação observadas durante as consultas de 01 a 06, de acordo com as fases de cada atendimento.

<i>Consulta</i>	<i>Recepção</i>		<i>Anamnese</i>		<i>Exame Físico</i>		<i>Orientação</i>		<i>Despedida</i>	
	<i>Emissor</i>	<i>%</i>	<i>Emissor</i>	<i>%</i>	<i>Emissor</i>	<i>%</i>	<i>Emissor</i>	<i>%</i>	<i>Emissor</i>	<i>%</i>
01	M	66,7	M	53,4	M	61,1	M	53,2	M	60,0
	Ma	33,3	Ma	46,6	Ma	24,4	Ma	32,9	Ma	20,0
					C	14,5	C	13,9	C	20,0
		4,6		40,7		27,4		24,2		3,1
02	M	70,0	M	51,3	M	52,2	M	61,0	M	30,0
	Ma	30,0	Ma	36,7	Ma	8,7	Ma	30,5	Ma	40,0
			C	10,5	C	36,9	C	8,5	C	10,0
			O	1,5	O	2,2			O	20,0
	3,1		61,4		14,2		18,2		3,1	
03	M	66,7	M	50,5	M	66,0	M	48,6	M	36,4
	Ma	33,3	Ma	45,4	Ma	15,1	Ma	41,6	Ma	54,5
			C	4,1	C	18,9	C	1,8	O	0,1
			O	1,4			P	0,9		
						O	7,1			
	2,2		54,3		13,0		27,8		2,7	
04	M	60,0	M	47,9	M	42,1	M	39,8	M	37,5
	Ma	20,0	Ma	42,3	Ma	28,7	Ma	39,0	Ma	37,5
	O	20,0	C	7,5	C	22,5	C	17,0	C	12,5
			O	2,3	P	4,6	O	4,2	O	12,5
				O	2,1					
	1,7		44,7		32,6		19,7		1,3	
05	M	55,6	M	49,6	M	47,4	M	53,6	M	42,8
	Ma	33,3	Ma	45,4	Ma	33,9	Ma	32,1	Ma	28,6
	C	11,1	C	5,0	C	28,7	C	14,3	O	28,6
	1,9		30,1		36,6		29,9		1,5	
06	M	53,8	M	49,4	M	50,0	M	48,1	M	62,5
	Ma	30,8	Ma	47,2	Ma	27,4	Ma	37,5	Ma	25,0
	C	15,4	C	1,1	C	16,7	C	7,7	O	12,5
			O	2,3	O	5,9	O	6,7		
Média		4,3		29,9		28,2		34,9		2,7

Tabela 08. Frequência de ocorrência, em percentagem, de emissões de interação observadas durante os atendimentos de 07 a 10b, de acordo com as fases de cada consulta.

<i>Consulta</i>	<i>Recepção</i>		<i>Anamnese</i>		<i>Exame Físico</i>		<i>Orientação</i>		<i>Despedida</i>	
	<i>Emissor</i>	<i>%</i>	<i>Emissor</i>	<i>%</i>	<i>Emissor</i>	<i>%</i>	<i>Emissor</i>	<i>%</i>	<i>Emissor</i>	<i>%</i>
07	M	57,1	M	52,3	M	55,5	M	41,3	M	55,6
	Ma	42,9	Ma	36,7	Ma	17,8	Ma	42,8	Ma	22,2
			C	11,0	C	26,7	O	15,9	O	22,2
		2,2		61,6		13,9		19,5		2,8
08	M	50,0	M	54,9	M	45,1	M	58,0	M	25,0
	Ma	25,0	Ma	37,1	Ma	8,5	Ma	38,0	Ma	50,0
	C	25,0	C	8,0	C	27,2	C	2,0	C	25,0
					P	18,3	P	2,0		
					O	0,9				
	0,7		50,4		39,0		9,2		0,7	
09	M	66,7	M	56,3	M	56,2	M	63,8	M	50,0
	Ma	33,3	Ma	35,1	Ma	15,1	Ma	31,9	Ma	50,0
			C	8,6	C	28,8	C	2,1		
							O	2,1		
	0,9		62,1		21,8		14,0		1,2	
10a	M	60,0	M	49,5	M	54,5	M	52,2	M	61,1
	Ma	33,3	Ma	47,4	Ma	4,0	Ma	18,2	Ma	27,8
	O	6,7	C	3,1	C	35,8	C	2,3	C	5,5
					O	0,8	P	18,2	O	11,0
					P	4,9	O	9,1		
	3,8		49,2		31,1		11,1		4,8	
10b	M	60,0	M	53,5	M	55,1	M	53,0	M	61,1
	Ma	33,3	Ma	43,5	M	23,1	Ma	38,2	Ma	27,8
	C	6,7	O	1,0	C	21,8	O	2,9	O	11,0
			C	2,0			C	5,9	C	5,5
Média		4,3		57,8		22,6		9,8		5,5

Com relação à frequência de emissões, a fase de Anamnese foi a que concentrou o maior número de interações verbais entre os participantes (exceção das consultas 05 e 06, em que isto ocorreu durante o Exame Físico e a fase de Orientação, respectivamente), sendo que a média aritmética das percentagens indica que 49,3% do total de interações da consulta ocorreu neste momento.

Ainda com relação à média aritmética das percentagens observadas em cada momento da consulta, identificou-se que o Exame Físico foi a segunda etapa em frequência de ocorrência de interações, com 25,5% do total, seguida pela etapa de Orientação com 19,8% e a Recepção e a Despedida com 2,7% das interações.

Estes dados reforçam aqueles já apresentados, que mostram a ênfase dada ao Levantamento de Informações, seja no que diz respeito ao tempo destinado na consulta, quanto à quantidade de interações que se estabeleceu entre os participantes, especialmente entre o médico e a mãe.

Desta forma, os momentos de acolhida e de despedida foram os mais negligenciados durante as consultas, no sentido de terem recebido menor investimento do profissional. Quanto à despedida, isto não pareceu se caracterizar como um fator preocupante, uma vez que os participantes já dispuseram de todo o atendimento para se conhecerem, esclarecerem dúvidas e repassarem orientações. Quanto à recepção, porém, o menor investimento em tempo e em interação alerta para riscos na possibilidade de acolher bem os usuários, garantindo espaço para as apresentações e os esclarecimentos sobre os objetivos da consulta, não esquecendo que este se constituía no primeiro atendimento com o referido profissional. Outro aspecto que reforça a necessidade de maior investimento na acolhida dos participantes refere-se ao fato que as crianças em questão tinham, em média, 07 anos de idade, ou seja, necessitavam apoiar-se em informações explícitas sobre o que ocorreria naquela situação de interação, além de estratégias do médico para sentirem-se tranquilas e confortáveis na consulta.

Quanto à emissão das interações, em todos os atendimentos observados, o médico foi o principal emissor (média de 51,9% do total de emissões), sendo que isto se observa também em cada uma das fases das consultas, uma vez que, em sua quase totalidade, é o profissional médico quem toma a iniciativa nas interações. Este dado vem ao encontro àqueles encontrado em outras pesquisas (Pantell e cols., 1982; Tates & Meeuwesen, 2001; Young e cols., 2003) que também identificaram o médico como principal responsável pelo norteamento da consulta. Tates & Meeuwesen (2001) fizeram um levantamento de várias pesquisas sobre a comunicação no atendimento pediátrico e referem que há concordância entre vários estudos, que apontam que o médico é responsável por cerca de 60% das contribuições de interação da consulta.

Na presente pesquisa, a mãe aparece em 2^o lugar como principal emissora, com um percentual de 34,2% das iniciativas das interações, seguida pela criança que foi responsável por 10,9% das interações observadas.

Nas pesquisas estudadas por Tates & Meeuwesen (2001) foi observada uma variação na participação dos pais, nas consultas, entre 26 a 39%, sendo que o percentual encontrado neste estudo (34,2%) encontra-se dentro da faixa de interação identificada em outras pesquisas. Quanto à participação da criança, o percentual de 10,9% observado nos

atendimentos é semelhante à faixa de variação encontrado na literatura, que foi de 2 a 14% (Tates & Meeuwesen, 2001).

Um dado que se confirma é que a participação da criança é pequena ou até mesmo ausente, sendo que Tates & Meeuwesen (2001), ilustram esta informação citando uma pesquisa onde em 36% das consultas estudadas não houve nenhuma participação da criança. Um aspecto pontuado por vários autores é o fato de que a participação da criança tende a aumentar à medida que sua idade aumenta (Pantell e cols., 1982; Haight e cols., 1985; McCarthy, 1997; Leone, 1998; Marcondes, 1999; Meade e cols., 2001; Tates & Meeuwesen, 2001; Sucupira & Novaes, 2002).

Com o objetivo de destacar a informação de que a idade de interação predominante na consulta foi aquela composta pelo médico e a mãe da criança, foi elaborada a Tabela 9, que compila os dados referentes a esses dois participantes.

Tabela 09. Frequência de ocorrência e percentagem de interação observada entre a Mãe e o Médico, em cada uma das consultas.

<i>Consulta</i>	<i>Total de interações da consulta</i>	<i>Emissor</i>				<i>Soma das percentagens Médico + Mãe</i>
		Médico	%	Mãe	%	
01	323	131	40,6	99	30,6	71,2
02	322	122	37,9	96	29,8	67,7
03	405	141	34,8	127	31,4	66,2
04	591	191	32,3	181	30,6	62,9
05	467	146	31,3	145	31,0	62,3
06	294	146	49,7	108	36,7	86,4
07	322	107	33,2	102	31,7	64,9
08	539	170	31,5	129	23,9	55,4
09	330	131	39,7	93	28,2	67,9
10	724	277	38,3	222	30,7	69,0
Média			36,9		30,5	67,4

A tabela ilustra que, do total de interações observadas durante a consulta, em média 36,9% foram emissões do médico endereçadas à mãe, enquanto 30,5% destas interações foram respostas da mãe direcionadas ao médico. Conforme se identifica na tabela, quando somadas as percentagens destes dois principais emissores, observa-se que, em média, 67,4% de toda interação da consulta médica acontece entre a mãe e o profissional. Se estas informações forem cruzadas com outras já apresentadas, identifica-se que, do total de 51,9% de emissões feitas pelo médico, este endereçou à mãe, em média, 71,1% de todas as suas verbalizações, enquanto do total de 34,2% de emissões feitas pela mãe, esta dirigiu-se ao médico, em média, 89,2% das vezes.

Poucos estudos fizeram a correlação entre o total de verbalizações por díade de interação, apenas considerando o total de verbalização por emissor. Pantell e cols. (1982) realizaram esta relação e identificaram que os pais e o médico foram responsáveis por 49,8% das interações, ou seja, abaixo do percentual identificado neste estudo, sendo que o foco principal das interações naquele estudo foi a busca de informações sobre a natureza do problema físico.

Com relação à qualidade da comunicação estabelecida entre as mães e os profissionais, este aspecto será aprofundado quando for realizada a análise das fases da consulta, porém esteve relacionada à coleta de todas as informações sobre o problema físico e histórico de saúde da criança e da família, além das orientações e encaminhamentos.

Um aspecto importante que Tates & Meeuwesen (2001) abordaram foi que o estilo de comunicação que se estabelece entre as díades de interação muda, de acordo com a pessoa a quem a verbalização é endereçada. O tipo de interação que ocorre entre médico e mãe é caracterizado por ser um “comportamento instrumental”, ou seja, repasse de informações e instruções e realização de perguntas, por parte do médico, e fornecimento de informações e poucas perguntas, por parte das mães. O mesmo padrão foi observado neste estudo, sendo que o comportamento relacional afetivo, que implica em interações com o objetivo explícito de estabelecer um clima de acolhimento, de conforto e de empatia foi reservado especialmente ao contato com as crianças.

Com a intenção de focar aspectos específicos da díade de interação médico/criança, a tabela nº 10 foi elaborada para possibilitar a visualização das informações.

Tabela 10. Frequência de ocorrência e percentagem de interação entre o Médico e a Criança atendida, em cada uma das consultas.

<i>Criança</i>	<i>Total de interações da consulta</i>	<i>Emissor</i>				<i>Percentagem de frequência de interação observada durante o exame físico</i>	
		<i>Médico</i>	<i>%</i>	<i>Criança</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>C</i>
C1	323	54	16,7	14	4,3	59,3	71,4
C2	322	48	14,9	39	12,1	47,9	41,0
C3	405	93	23,0	29	7,2	30,1	31,0
C4	591	61	10,3	61	10,3	57,4	49,2
C5	467	80	17,1	33	7,1	66,3	66,7
C6	294	41	13,9	17	5,8	65,8	52,9
C7	322	59	18,3	35	10,9	28,8	25,7
C8	539	90	16,7	65	12,1	70,0	69,2
C9	330	57	17,3	29	8,8	57,9	65,5
C10a	385	69	17,9	40	10,4	79,7	85,0
C10b	339	25	7,4	15	4,4	72,0	86,7
Média			15,8			8,5	57,7

A tabela mostra que do total de interações que ocorreram nas consultas, em média, 15,8% destas o médico dirigiu-se à criança (de forma verbal ou não-verbal). Na consulta 10, para a C10b, isto chega a acontecer apenas 7,4%, e na consulta 03, observa-se a maior incidência de interações médico/criança observada, atingindo 23% do total.

Com relação à criança, esta dirigiu-se ao médico apenas 8,5% do total de emissões do atendimento, sendo que a grande maioria destas interações são respostas a questões que lhes foram endereçadas, sendo geralmente não-verbais.

Em pesquisa realizada por Pantell e cols. (1982), observou-se que o médico dirigiu-se à criança em 45,5% das interações, sendo que os tipos de interação observadas eram referentes a trocas sociais, encorajamento e tranquilização, bem como apresentação dos sintomas, pela criança. Embora nesta pesquisa os médicos tenham dirigido uma quantidade considerável de interações às crianças, eles raramente as envolveram na devolução das informações e na discussão dos aspectos relativos ao seguimento e definição do tratamento, sendo que nestes momentos os profissionais sempre se reportaram aos pais.

No levantamento feito por Tates & Meeuwesen (2001), estes autores identificaram, nas pesquisas, dados variados quanto ao índice de interações do médico com a criança, com percentuais variando de 12 a 45%, e com estilo de interação restringindo-se ao comportamento relacional afetivo do profissional, qual seja, o de fazer brincadeiras e promover interação social. Dessa forma, estes autores também constataram a exclusão da participação da criança na transmissão de informações pelo médico.

Fazendo um paralelo com as pesquisas apresentadas, o percentual de interação observado neste estudo aproximou-se daqueles identificados nas pesquisas estudadas por Tates & Meeuwesen, inclusive no que diz respeito ao tipo de interação observado entre o médico e a criança, sendo que aquelas que se mostraram falantes e extrovertidas, tomando iniciativa nas verbalizações, também foram questionadas acerca de seus sintomas, complementando as informações trazidas pelas mães (porém, em menor proporção). A limitação da interação à complementação da queixa e, principalmente, ao estabelecimento de uma relação de confiança e empatia, que implicou a pequena inclusão da criança nos momentos informativos e deliberativos da consulta, também foi observada neste estudo, sendo que esta se apresentou como situação recorrente em todos os atendimentos.

Uma questão que não foi percebida nesta pesquisa, mas que foi identificada na literatura, diz respeito ao fato de os pais contribuírem na exclusão das crianças, durante o atendimento. Pantell e cols. (1982) observaram que em 52% das interações entre o médico e a criança, os pais a interromperam, prejudicando o estabelecimento de um contato mais direto

entre o médico e a criança. Tates & Meeuwesen (2001) e Young e cols. (2003) também identificaram o controle parental como um aspecto presente na consulta pediátrica, sendo que estes últimos referiram o papel muitas vezes assumido pelos pais, e incentivado pelos médicos, de “pais-executivos”, ou seja, eles ajudam o médico na administração da informação, definindo o quê e quanto as crianças podem saber sobre suas doenças.

A idade das crianças é um dos aspectos comumente relacionados à comunicação limitada entre o médico e a criança. A literatura médica identifica que crianças em idade escolar devem passar a receber maior atenção do médico, por ser esta etapa de vida (o início do processo de alfabetização) um momento de mudança significativa de percepção das crianças, caracterizado por aquisições cognitivas importantes (Pantell & cols., 1982; Redpath & Rogers, 1985; Claflin & Barbarin, 1991; Hart & Chesson, 1998; Sucupira & Novaes, 2002). Embora se identifique autores que sugerem que, desde os primeiros anos de vida, a criança já deva ser incluída no processo da consulta (Lapacó e cols., 1996), outros referem que, apenas na adolescência, o pediatra costuma inaugurar um novo padrão de relacionamento com seu paciente, onde este torna-se mais ativo e participante (Bartholomé, 1995; Leone, 1998; Pillegi e cols., 1999; Oliveira, 2000).

A idade das crianças, neste estudo (média de 7 anos), encontrava-se bem no limiar sugerido pelos autores como o momento possível de iniciar o processo de maior participação da criança, muito embora esta participação se referisse a ser mais ouvida, especialmente, nos aspectos referentes à sua percepção sobre seus sintomas e sua rotina. Dessa forma, o que se observou nas consultas foi uma tentativa incipiente de incluir as crianças, quando estas eram mais velhas e, especialmente, mais falantes e extrovertidas, durante o atendimento, mas não se identificou sua inclusão efetiva no processo da consulta, como um terceiro participante.

Outro aspecto apontado por Pantell e cols. (1982) diz respeito ao fato de os médicos tenderem a interagir mais com meninos que com meninas, embora os autores não tenham aprofundado as relações associadas a esta constatação.

A Tabela nº 10 indica que o momento do exame físico foi caracterizado como a etapa do atendimento em que o médico contactou mais diretamente com a criança, sendo que mais da metade das interações médico/criança aconteceram nesta fase (57,7% das emitidas pelo médico e 58,6% daquelas emitidas pela criança). É importante lembrar que, em média, este momento ocupou 22,8% do tempo da consulta, denotando o quanto as interações entre estes participantes aconteceram em momentos específicos do atendimento. Esta questão também foi identificada por Pantell e cols. (1982), que consideraram o exame físico como o momento privilegiado de contato entre o médico e a criança.

Em função disso, este momento da consulta ganhou importância para as crianças, que passaram a vê-lo como o auge da consulta, até porque foi o momento em que elas foram realmente incluídas, no sentido de terem sido, literalmente, “olhadas” e ouvidas pelo profissional. Decorrente disto, este momento da consulta foi apontado como aquele que elas mais gostaram e sobre o qual mais desenharam (conforme análise das entrevistas e dos desenhos das crianças).

3.3. Características da Comunicação e Estratégias de Interação na Situação de Consulta Médica

A partir do acompanhamento e observação das consultas, constatou-se que havia um padrão de consulta de pediatria geral que era seguido por todos os médicos, ao realizarem seus atendimentos. Este padrão caracterizava-se pela presença de objetivos específicos e seqüência temporal bastante semelhantes, em todos os atendimentos, ou seja, conhecer a criança e sua família, suas necessidades e demandas de saúde, com vistas a promover seu crescimento e desenvolvimento, bem como prevenir doenças e recuperar a criança doente com o objetivo de reintegrá-la ao seu curso de crescimento e desenvolvimento (Marcondes, 1996).

Para melhor abordar e aprofundar os aspectos enfocados, em cada uma destas fases do atendimento, foi realizada uma divisão de cada consulta em 05 momentos, que são:

- ✓ Recepção
- ✓ Levantamento de informações
- ✓ Exame físico
- ✓ Prescrição/Orientação
- ✓ Despedida

Embora a literatura médica refira 02 momentos em que se divide a consulta - a observação clínica (anamnese e exame físico) e prescrição (Pileggi e cols., 1999) - neste estudo fez-se a opção por detalhar aspectos específicos do atendimento e por isso a divisão em maior número de etapas.

Com relação às características gerais da consulta, observou-se que a duração média foi de 33 minutos e 13 segundos, sendo que, em média, cada uma das fases da consulta demandou deste tempo conforme o exposto:

- ✓ Recepção: 2,1%
- ✓ Levantamento de Informações: 40,6%
- ✓ Exame físico: 22,8%
- ✓ Prescrição/Orientação: 33%

✓ Despedida: 1,5%

A tabela referente ao tempo total de cada consulta, bem como o tempo de cada uma de suas fases encontra-se no Anexo 9, na Tabela nº 11.

A grande maioria dos autores admite que o tempo da consulta geralmente é escasso, e que o profissional precisa ser objetivo no atendimento, elegendo aspectos preferenciais para focar no atendimento. Em função disso, em muitas situações, este aspecto do atendimento (especialmente sua escassez) é considerado um fator de risco no estabelecimento da relação terapêutica entre o médico e o paciente e no processo de comunicação, pela impossibilidade de o profissional estar realmente disponível e atento às demandas deste (Worchel e cols., 1995; Soar Filho, 1998; Perez-Gaspar, 1999; Oliveira, 2000). Um tempo considerado razoável para o caso de consulta em ambulatório hospitalar (caso desta pesquisa) seria de 20 minutos (Pileggi e cols., 1999).

Como já exposto, as consultas duraram, em média, 33 minutos e 13 segundos, o que supera o tempo sugerido pela literatura médica. Muito embora o uso do tempo determine a qualidade do atendimento, muito mais que sua quantidade, pode-se pensar que sua insuficiência não foi um aspecto que comprometeu o estabelecimento de uma relação de trabalho.

Worchel e cols. (1995) realizaram uma pesquisa em que identificaram que consultas mais longas, nas quais se dedicou mais tempo ao paciente, garantiram maior nível de satisfação e confiança dos pais, demonstrando que a necessidade de informações complementares (telefonemas) foi diminuída.

Neste sentido, a possibilidade dos residentes realizarem atendimentos sem a pressão e urgência do tempo pareceu estar ligada à situação de aprendizagem, própria da residência, que não exige uma carga de trabalho vinculada ao número de atendimentos (pelo menos, no contexto ambulatorial). Dessa forma, a delimitação de 03 (três) pacientes, por turno de 02 horas, pareceu garantir a possibilidade de aprendizado com vistas a um atendimento ideal aos usuários.

A seguir, serão abordadas cada uma das fases das consultas, com atenção a suas similaridades e peculiares, bem como aos aspectos relevantes na compreensão da caracterização do processo de comunicação que se estabeleceu entre os envolvidos no atendimento. Sempre que se mostrou importante, foram acrescentados trechos da fala dos participantes, para ilustrar o aspecto que estiver sendo focado.

3.3.1. Recepção

Em todas as consultas observadas, os médicos recepcionaram a criança e seu acompanhante na sala de espera, chamaram a criança pelo nome, aguardaram a entrada no consultório e indicaram os lugares que deveriam ocupar na sala, fechando a porta e ocupando seu lugar, atrás da mesa.

A expressão facial adotada pelo médico foi acolhedora, geralmente sorridente, e foi freqüente o uso de comentários sobre características físicas da criança, sobre brinquedos ou objetos que carregavam, além do uso de expressões de tranquilização em duas situações: em uma, a criança verbalizou o fato de querer ir embora, e, em outra, de estar com medo.

...o que que tu já veio chorando... O que foi? Não chora. (...) Quando terminar já vai pra casa. (M1 - Consulta 01)

O que que tu tá preocupado?...Não é preciso ter medo. (M2 - Consulta 05)

Este momento da consulta percebeu-se relativamente breve, durando, em média, 43 segundos (2,1% do tempo total da consulta), mas foi marcado por uma atitude educada do médico, recepcionando a criança e a mãe geralmente com um sorriso.

No que diz respeito às apresentações, o fato de o médico, previamente, saber o nome da criança, e ter esta informação disponível na lista de pacientes agendados para cada dia, pareceu contribuir para o fato de o médico não ter por hábito reservar um momento de apresentação entre os envolvidos. Das dez consultas observadas, um único médico (M1) se apresentou e explicou brevemente como seria a consulta, solicitando a apresentação da mãe, em suas 03 consultas observadas.

Tudo bem? O meu nome é X, eu sou médica residente, e vamos conversar... a senhora é mãe dela? (M1 - Consulta 1)

... na primeira consulta, a gente faz mais perguntas, tem um questionário maior, e nas consultas da seqüência, a gente é mais objetiva. (M1 - Consulta 2)

Os outros três médicos (M2, M3 e M4) solicitaram o nome da mãe, posteriormente, no decorrer da consulta, mas não falaram seu nome, nem os objetivos da consulta.

Pôde-se observar então que, esse procedimento, tem mais relação com as características pessoais de atendimento de cada profissional, que uma proposta do serviço de usar o momento inicial da consulta como um momento de aproximação com os usuários, de acolhimento e de incentivo à participação destes, através da construção de uma relação de ajuda.

Uma boa acolhida à criança e à família pode ser uma excelente medida terapêutica de amenização da ansiedade e dos medos, além da criação de um clima de confiança e empatia (Ortiz, 1997). Dessa forma, o recebimento de informações acerca do procedimento que se está realizando ou da situação que se está vivendo, viria ao encontro da possibilidade de amenizar a ansiedade, garantindo a chance, para os usuários, de aproveitar a situação vivenciada com o propósito de crescimento pessoal e familiar.

Embora este estudo esteja focado na interação específica do médico com a mãe e a criança, o acolhimento ao paciente deve ser entendido de maneira mais global, indo desde as condições de acesso ao atendimento, a recepção dos funcionários, as acomodações para a espera da consulta, a disponibilidade de informações entre outras, percebidas como formas de expressar consideração até o respeito pelos usuários.

Com relação ao modelo de comunicação utilizado pelos profissionais, observou-se que estes utilizaram-se de estratégias afetivas para iniciar o contato com os usuários. Tais comportamentos foram: cumprimentos cordiais, expressão sorridente, recepção na sala de espera com acompanhamento dos clientes até o consultório e atitude solícita em sua acomodação no espaço de atendimento.

Tates & Meeuwesen (2001) referiram as habilidades relacionais como importantes e esperadas do profissional, em especial do pediatra. Assim como na pesquisa destes autores, observou-se que os médicos lançaram mão de recursos afetivos no manejo com as mães, e, especialmente, das crianças. Em contrapartida, as habilidades instrumentais, que se referem à necessidade de receber e transmitir informações, foram pouco valorizadas, pelo profissional, neste momento da consulta.

Embora a comunicação afetiva seja a mais desejável para o início do atendimento, quando se busca o estabelecimento de uma relação de confiança e de segurança, devendo o profissional mostrar-se empático e acolhedor, a necessidade de informações não desaparece, sendo que, em menor grau, os recursos informativos devem ser utilizados. Tates & Meeuwesen (2001) referem que a comunicação efetiva durante a consulta só acontecerá com o equilíbrio entre o comportamento instrumental e afetivo do médico, identificando os momentos em que deve utilizar um mais do que o outro.

Um aspecto observado em todos os atendimentos foi a inclusão da criança na recepção, bem como uma preocupação especial do profissional em estabelecer contato direto com ela através de estratégias de aproximação, tais como: comentários acerca de suas características físicas e/ou objetos e brinquedos que estas traziam, afagos e toques no ombro

(sem conotação invasiva). Neste mesmo sentido, quando se mostrou necessário, o profissional buscou formas diretas de conforto e tranquilização das crianças, através de comentários de acolhimento, quando estas expressaram medo e/ou desamparo.

Um aspecto importante a ser considerado no início do atendimento é o fato de que tanto a mãe quanto a criança chegam ao atendimento com concepções já construídas do médico, baseadas em experiências anteriores, e no caso da criança, especialmente, em significados dados a ela pelos pais (Ajuriaguerra, s/d; Redpath & Rogers, 1984; Ortiz, 1997; Crepaldi, 1999a). Alguns desses conceitos prévios podem ser minimizados ou gradativamente reconstruídos desde o início do atendimento, especialmente, no decorrer da consulta inicial, se o profissional conseguir transformá-la em um momento de conhecimento mútuo, ao contornar possíveis resistências, para conquistar a simpatia e, gradativamente, a confiança dos usuários.

Talvez, como consequência de um início abrupto, mas com uma implicação muito mais ampla no sentido da relação que se estabelece, seja o fato de a maioria dos médicos não chamar as mães pelo nome, mas, simplesmente por *mãe*. É sabido que a ausência de um vínculo efetivo entre médico e clientela é o principal responsável pela impessoalidade do atendimento. Desconhecer aquela pessoa a quem se está atendendo (seja seu nome, suas angústias, suas expectativas) é o exemplo mais claro desta impessoalidade, assim como, dirigir-se às mães, como é comum entre os pediatras, chamando-as de *mãe*, reduz a individualidade delas à categoria formal de mãe (Sucupira, 2002).

Mãe, a senhora disse que ele é alérgico... (...) E no banho, mãe, quando ele sai do banho? (...) Pode fazer assim, então, mãe... (Consulta 05)

Mas se a mãe também puder dar uma acompanhadinha, nas escovações dela... (Consulta 6)

3.3.2. Levantamento de Informações / Anamnese

Esta fase da consulta foi identificada como o momento de levantamento de informações, pelo médico, sobre a condição de saúde da criança (atual e passada) e sobre sua família.

Tais informações formarão a base e determinarão a condução do atendimento e, especialmente, as prescrições e orientações que serão prestadas. Obter uma boa história clínica e realizar um exame detalhado é condição para que fique “*assegurado, tanto ao médico como ao paciente, a certeza de que os médicos continuam a cuidar dos pacientes e poderão chegar a um diagnóstico, na grande maioria dos casos, estabelecer uma terapêutica*”

adequada e facilitar uma comunicação futura com os pacientes” (Pileggi e cols., 1999, p.135).

Nas consultas observadas foram identificados como principais tópicos abordados:

- ✓ Motivo da procura pelo atendimento;
- ✓ Exploração da(s) queixa(s) (intensidade, frequência, localização, duração, recursos terapêuticos já utilizados, circunstâncias ambientais desencadeantes);
- ✓ Informações sobre gravidez, parto, pós-parto;
- ✓ Histórico de saúde da criança; vacinação;
- ✓ Evacuações;
- ✓ Hábitos alimentares;
- ✓ Informações sobre a família (idade e trabalho dos pais e irmãos);
- ✓ Doenças na família;
- ✓ Desenvolvimento neuropsicomotor;
- ✓ Escolarização (desempenho, sociabilidade, comportamento);
- ✓ Condições de moradia e saneamento básico.

Este momento da consulta constituiu-se como o mais padronizado, sendo que as informações acima foram abordadas em todas as consultas, com poucas variações entre elas. Isto decorre do fato de haver um roteiro básico de informações a ser seguido pelo serviço e este estar baseado no roteiro de anamnese sugerido na literatura médica (Pileggi e cols., 1999; Sucupira & Novaes, 2002), que indica tópicos principais a serem abordados:

- ✓ Problema que motivou a consulta (queixa e duração, história pregressa da doença atual e interrogatório sobre os diferentes aparelhos);
- ✓ Antecedentes familiares e pessoais (pré-natais, natais e pós-natais) e
- ✓ Condições habituais de vida da criança (hábitos alimentares, de funcionamento intestinal, salubridade da casa, condições neuropsíquicas, disciplina, sono, controle esfinteriano, linguagem, escolaridade, interesse sexual e atividades domésticas, lúdicas e sociais).

Observou-se, então, que a prática tem correspondido ao sugerido pela literatura, pois os tópicos abordados pelos profissionais foram aqueles que a literatura preconiza, sendo que se constatou, apenas, que quando a criança já tivesse sido atendida na Instituição, este roteiro geralmente era abreviado, por já haver informações disponíveis no prontuário.

A necessidade de seguir um roteiro, em algumas consultas, porém, pareceu tirar a espontaneidade da comunicação entre os participantes na seqüência e na determinação de quais informações eram importantes. Isto foi percebido em algumas situações em que o

médico não explorou ou aprofundou alguma expressão da mãe, em aspectos que provavelmente lhe eram importantes, retomando o roteiro pré-estabelecido.

É importante assinalar a relevância de cada tipo de pergunta que o médico poderá formular. As perguntas induzidas por um roteiro pré-estabelecido e as perguntas alternativas podem gerar um tipo de informação necessária, mas deve-se ter cautela com a possibilidade de “engessar” a comunicação. Por esta razão sugere-se também a inclusão, na consulta, de perguntas abertas e a necessidade de explorar os indícios que são fornecidos pelos pais, *“pois encerrar a interação prematuramente, sem perguntas subseqüentes apropriadas, é frustrante para os pais e a criança e transmite uma mensagem ambígua sobre o interesse e a preocupação do médico”* (McCarthy, 1997, p.32).

As perguntas abertas são aquelas que aproveitam o raciocínio do interlocutor para ampliá-lo, no sentido de obter mais informações e promover a interação.

A existência de esquemas é fundamental e, normalmente, bastante útil, no início da prática de qualquer profissão, pois estes funcionam como norteadores para se atingir certos objetivos, porém, eles não podem ser “camisas-de-força”, ou seja, atrapalhar a possibilidade de comunicação e o curso espontâneo da interação. Verificou-se, portanto, a necessidade de os residentes apropriarem-se destes esquemas norteadores, usando-os a seu serviço, para não serem limitados e podados por eles. O sentimento de acolhimento das mães, garantido por uma escuta atenta, só acontecerá se, mais do que ter espaço para expressão, o médico estiver realmente interessado em ouvir.

Em média, esta fase da consulta demandou 13 minutos e 32 segundos, constituindo-se em 40,6% do tempo total da consulta, ou seja, o momento de maior duração do atendimento (na consulta 07, esta fase ocupou 57,5% do tempo total, conforme Tabela 11, Anexo 9).

Esta informação sinaliza para a preocupação e o investimento que é feito pelo profissional, em um primeiro atendimento de pediatria geral, com a coleta de informações sobre a realidade da criança. Notou-se também, que tais informações extrapolam a situação clínica da criança, ampliando o conhecimento acerca do seu desenvolvimento global e de seu contexto familiar e social, sendo isso seguido pelos residentes do serviço e sugerido pelos teóricos da área.

Por sua importância na identificação da percepção que a família tem sobre o papel do médico e na definição das “respostas” a serem dadas pelo profissional, o motivo da procura pelo atendimento foi abordado com enfoque, com a intenção de trazer à tona as expectativas depositadas, pelos pacientes, no profissional. Dessa forma, antes de abordar questões

específicas das características de comunicação da fase de anamnese, serão apresentados os dados relativos a este aspecto do atendimento.

A procura pelo atendimento:

Com relação às 11 crianças estudadas, a quase totalidade das mães (dez delas) trouxe mais de uma queixa como motivo da procura do atendimento.

Com relação ao principal problema trazido pelas mães, para nove (09) crianças as queixas relacionavam-se a problemas relacionados à saúde física, em seis (06) delas a procura realizou-se pela necessidade de controle de saúde e realização de exames de rotina e em outras seis (06) crianças observou-se a preocupação com problemas relacionados ao desenvolvimento global, dificuldades da fala, de aprendizado e alimentares.

Esta aqui eu trouxe pra ver se vai precisar fazer algum exame... (Ma6)

Eu trouxe ele mais pra fazer uma revisão... Porque ele não tem assim um médico... (Ma8)

Como preocupações secundárias, percebeu-se ainda mais a presença de problemas relacionados ao desenvolvimento global da criança. Em 03 casos houve a procura por encaminhamento a outros profissionais, uma criança apresentava dificuldade de aprendizado, e, em outra, a mãe procurava mais informações sobre possíveis seqüelas no desenvolvimento, decorrentes do parto.

As crianças que são do mesmo tempo dela, assim, já estão adiante dela. (Ma6)

Sucupira & Novaes (2002) referem que a queixa trazida pela mãe “*deve se transformar em uma história*”, ou seja, o profissional deve aprofundar tal queixa até chegar a um entendimento abrangente desta, e tentar compreendê-la da perspectiva dos usuários. Por isso a importância de ouvir atentamente os usuários, saber quais seus medos e expectativas, e tentar deixar o mais explícito possível o real motivo da procura, para que o profissional possa colocá-la como foco do atendimento.

Em todas as consultas observadas, houve um espaço inicial, definido pelo profissional através de perguntas abertas, para a expressão das percepções e preocupações das mães sobre a saúde de seu filho.

O que tá mais preocupando a senhora? (M1 - Consulta 02).

Este momento caracterizou-se como o único, durante a consulta, em que o profissional estimulou a expressão dos sentimentos e preocupações de forma livre, não-dirigida, o que foi

percebido como muito importante e valorizado pelas mães, quando puderam falar como se sentiram durante o atendimento, na entrevista posterior.

Com relação às crianças, porém, em nenhuma consulta foi perguntado a ela porque ela acreditava estar ali e como via sua condição de saúde, o que já sinalizava uma característica que se mostrou recorrente nos atendimentos, que foi a exclusão de sua participação de modo mais efetivo.

É importante lembrar que este momento inicial da consulta, quando conduzido de forma a se estabelecer uma boa aliança de trabalho, tende a ajudar o profissional a lidar com resistências posteriores, facilitar a obtenção de informações e adesão ao plano de tratamento. Isto parece ter sido garantido, em algum grau, com as mães, mas não com a criança.

Embora se identifique autores que enfatizem a importância de ouvir a família e a criança, observou-se na literatura, orientações contraditórias nesse sentido, como a de Pileggi e cols. (1999), que sugerem que o médico desestimule as verbalizações espontâneas das mães, de forma a racionalizar o uso do tempo.

Foi possível observar que a mãe é percebida, pelo profissional, como a principal informante, sendo a ela dirigida a grande maioria das perguntas, pois a comunicação ficou polarizada entre mãe e médico, com inclusões esporádicas da criança na interação, apenas para complementar ou confirmar a informação trazida pela mãe, ou quando esta não se mostrou uma informante confiável.

Por que você não queria ir (para a escola), G... conta pra tia. (M3)

Eu não queria ir porque eu tava com dor de garganta. (C7 - Consulta 07)

É isso mesmo? Não escuta nada, J. (M4 – Quando a mãe falou da possível dificuldade auditiva da criança 09)

Olhinho, nariz, algum problema? (M1) Dor de garganta ele tem muita. (Ma3) Tem? (Dirigindo-se à criança) Onde é que dói? (M1 - Consulta 03)

Fica brincando e esquece de comer... É isso, cara? (M1 - Consulta 03)

A literatura médica reforça esta conduta, sugerindo: “*é importante conversar com os pais ou com quem está acompanhando a criança para obter as informações necessárias. É também importante conversar com a criança diretamente, particularmente quando adolescente*” (Pileggi e cols., 1999, p. 136). Este entendimento também é tido por McCarthy (1997), quando refere que apenas quando a criança atinge estágios posteriores do desenvolvimento ela poderá fornecer informações sobre sintomas de forma ativa, embora este

autor não mencione em que momento do desenvolvimento isto passará a ocorrer, deixando a critério de cada profissional identificar esta capacidade.

Nas consultas, foi observado que o médico dirigiu-se à criança para obtenção de dados complementares e observação de seu desenvolvimento, e não com a intenção de valorizar seu conhecimento de si e buscar sua participação efetiva na consulta. Sua conduta segue a orientação de Sucupira & Novaes (2002), que referem que, a partir dos 7 anos, a criança costuma demonstrar mais autonomia em relação à mãe, sendo importante dirigir-se diretamente à criança, como forma de identificar características de desenvolvimento.

A participação ativa da criança durante a realização da anamnese possibilita averiguar sua atenção, memória, audição, formas de comunicação e capacidade de interação social. (Sucupira & Novaes, 2002, p.156)

Quanto à participação da criança no levantamento de informações, o que se observou neste estudo segue as constatações de outros estudos realizados com crianças, nos quais se identificou pouco espaço destinado à criança para expressão de seu ponto de vista sobre sua condição física, bem como sobre seu desenvolvimento, sendo dada aos pais a prerrogativa de falar por elas (Chesler e cols., 1985; Chaflin & Barbarin, 1991; Meade e cols., 2001; Tates & Meeuwesen, 2001; Young e cols., 2003). Uma exceção foi o estudo de Pantell e cols. (1982), que identificou que o médico dirigiu-se à criança mais do que aos pais para obter informações sobre seu estado físico.

Há autores que referem que esta característica, de maior investimento na mãe, é próprio da relação médico-paciente que se constitui em um atendimento pediátrico, sendo que é com a mãe que se estabelece a relação de fato:

A mãe (ou o pai) não aparece apenas como alguém que representa a criança. Ela (a mãe) tem uma especificidade própria nessa relação, que permite pensar o médico e a mãe como atores de fato da relação médico-paciente, e a criança, o objeto a que ambos se dirigem. (Sucupira, 2002, p. 46)

No que diz respeito ao fato de o médico dirigir-se pouco às crianças menores para obter informações, Pantells e cols. (1982) sugerem alguns aspectos que parecem estar vinculados a esta postura: a maior ansiedade observada nas crianças menores, dificultando a interação direta, sua menor responsividade por dispor de recursos menos desenvolvidos na expressão verbal e a dificuldade do próprio profissional em encontrar formas e estratégias eficientes para se fazer compreender pelas crianças.

Um aspecto citado acima que pôde ser percebido neste estudo foi que o grau de envolvimento da criança na obtenção de informações esteve relacionado ao envolvimento desta na consulta e na sua desenvoltura na expressão verbal, ou seja, quanto mais participativa

a criança procurou ser, mais ela foi solicitada, pelo médico, a participar. Aquelas crianças que se mostraram mais desenvoltas e extrovertidas, que respondiam às perguntas, mesmo quando estas eram direcionadas às mães, tenderam a ser mais solicitadas como informantes, pelo profissional. Este dado vem ao encontro de outras pesquisas, citadas por Tates & Meeuwesen (2001), que referiram que a maior iniciativa da criança na interação tendeu a aumentar sua participação, levando o profissional a dirigir-se mais a ela diretamente.

*Algum problema de saúde na família? (M2 - Pergunta dirigida à mãe) O pai. (C4)
O teu pai? O que ele tem? (M2:)*

Ainda bem que tu lembrou, hein, cara. (M1 - Consulta 02)

Frutas? Come de tudo? (M4 - Pergunta dirigida à mãe) Só cenoura eu não como. (C10a) Não gosta de cenoura? (M4 - Dirigindo-se à C10a)

E o que tu faz lá na escola, me conta? (...) E tu joga bola com os teus amiguinhos? (...) Como é o nome deles? (M3 - Consulta 07)

O que se observou neste estudo foi o que a literatura refere como regra, ou seja, que os pais falam por seus filhos durante a consulta, e costumam apoiar seus relatos na observação do comportamento da criança e no que elas falam sobre o que sentem. Meade e cols. (2001) realizaram uma pesquisa enfocando, especificamente, a congruência ou discrepância entre o relato dos pais sobre a saúde do filho e a percepção da própria criança sobre sua saúde. Os autores identificaram que a visão dos pais e a das crianças é *diferente* quanto à sua saúde, o que leva à necessidade do profissional ouvir as crianças, diretamente, bem como desenvolver nelas suas habilidades em identificar e comunicar sentimentos, como forma de sinalizar possíveis problemas de saúde para os pais e médicos. Esta discrepância também foi assinalada por Hart & Chesson (1998), que reforçam a necessidade de os profissionais habilitarem-se para ouvir as crianças, considerando-as como “consumidoras” de seu atendimento, ou seja, tendo papel ativo em todos os seus momentos.

O principal e quase exclusivo recurso utilizado pelo médico na coleta de informações foi a realização de **perguntas diretas, sobre temas específicos**. Esta informação também pode ser confirmada na Figura 2 (Anexo 8), que apresenta, visualmente, a centralização da comunicação entre o médico e a mãe, com o uso exaustivo de perguntas e **obtenção de informações específicas (respostas)**.

Como os profissionais observados eram residentes, ou seja, em processo de aprendizagem, estes pareciam estar seguindo, à risca, as orientações que recebem de autores

de renome nacional: *As perguntas serão feitas de modo a não permitir divagação por parte da mãe* (Pileggi e cols., 1999, p.136).

Essa forma de interrogatório é, muitas vezes, justificada, pela necessidade de imprimir “racionalidade” à consulta e à escassez de tempo que se tem para a consulta, porém, o que se observa é que quando a clientela é constituída por pessoas de maior nível socioeconômico é permitido ao paciente expor de forma mais demorada seus problemas (Sucupira, 2002).

Apesar disso, verificou-se, também, em todas as consultas, a ocorrência (em menor frequência) de perguntas abertas, que tinham o objetivo explícito de incentivar a complementação das informações e expressão espontânea da mãe acerca de suas preocupações e dúvidas.

O que é mais preocupante de tudo que a senhora trouxe? (...) Que pêlos são esses, que a senhora falou? (...) Como assim, mãe? (Quando a mãe falou que a filha era péssima para comer) (M2 - Consulta 04).

As besteiras que a mãe diz é o que? (M2 - Quando Ma6 fala que a filha só come besteira).

Tá gago? Como assim? (M3 - Consulta 07)

Mas não consegue acompanhar por quê? (Quando Ma6 refere que a filha não acompanha na escola) (M2 - Consulta 06)

Tais perguntas, porém, não se constituíam em reais possibilidades de falar sobre o amplo espectro das angústias das mães, uma vez que elas contêm o direcionamento, o enfoque, o assunto que devem abordar. Este aspecto parece vir ao encontro do que Sucupira (2002) aborda quando fala na relação de poder presente na relação médico-paciente, que é o contrato implícito, simbólico que se forma entre as partes. Neste contrato, cada participante sabe seu papel, seu “espaço” na consulta, delimitando claramente os limites de sua participação. Então, mesmo que o cliente emita, quantitativamente, um maior número de mensagens, estas dizem respeito ao que o profissional determinou como aspecto relevante a ser abordado.

Pantell e cols. (1982) também identificaram a questão do poder do médico, presente durante o atendimento, sendo que este poder deriva de seu conhecimento e se manifestou, durante a consulta, principalmente, através da possibilidade de iniciar as interações, bem como de interrompê-las.

Ainda no que diz respeito ao uso de perguntas, percebeu-se que o médico fez uso de perguntas que já incluíam possibilidades de respostas, especialmente, no inquérito sobre a alimentação, partindo do que fosse esperado para a idade. Isto pareceu ocorrer em função da necessidade de agilizar a obtenção de informações, uma vez que há uma grande quantidade de

objetivos que esta primeira consulta precisa atingir, sendo o tempo limitado para cada atendimento. Uma das implicações neste sentido é a maior possibilidade de induzir a erros, fazendo com que as mães respondam aquilo que acreditam que seja o correto (o que o médico espera ouvir), além de haver desconsideração às condições reais da família. Partindo-se do pressuposto que a população sabe o que é nutricionalmente adequado para uma alimentação sadia, então as mães tendem a responder de forma idealizada, e os padrões alimentares inadequados advém, geralmente, da impossibilidade de adquirir os alimentos necessários (Sucupira & Novaes, 2002).

Come iogurte? (...) E carne, frango, macarrão? (M1 - Consulta 01)

E arroz, feijão, carne... come de tudo? (M4 - Consulta 09)

Come arroz, feijão, carne, salada? (M4 - Consulta 10a)

Um importante aspecto a ser destacado foi o uso de uma linguagem simples, exposta de forma clara e objetiva, bastante adequada à capacidade compreensiva da mãe e da criança, sendo que isto pôde ser observado em todas as consultas. As perguntas eram feitas utilizando-se termos e expressões cotidianas, ou expressões trazidas pela mãe, que garantiram a compreensão imediata dos usuários, não se observando ocasiões em que elas precisassem ser repetidas ou refeitas pelo profissional, para a obtenção de resposta.

Ela já botou algum bichinho? (...) por cima ou por baixo? (...) Leite daqueles de caixinha? (...) E tá se desenvolvendo bem, na escola? (M1 - Consulta 01)

E tem mais alguém em casa que tá com essa coceira na bunda? (M1 - Consulta 02)

Já precisou nebulizar alguma vez... aquele cheirinho? (M1 - Consulta 03)

Ele fala tudo, como gente grande? (...) Ele tinha ataque? (...) E não aconteceu nada dentro de casa que a senhora ache que afetou ele? (...) Ele come muita porcaria fora de hora? (M3 - Consulta 07)

Íngua? Apareceu alguma coisa no corpo? (...) Lembra a notinha que ele ganhou quando nasceu? Tinha uma notinha que os médicos colocam na carteirinha de saúde. (M4 - Consulta 08)

E o xixi e o cocô, tá tudo bem? (...) Mais pra mole ou mais pra duro? (M4 - Consulta 10a)

Esta característica é bastante enfatizada pelos teóricos (Lapacó e cols., 1996; Terra, 1999; Gauderer, 1993), que referem que o médico e a equipe de saúde devem desenvolver uma linguagem adequada, que respeite o meio cultural, as situações vivenciadas e o ritmo de aprendizado de cada indivíduo.

Embora a literatura traga situações comuns de descompasso entre a linguagem utilizada pelo médico e àquela da criança e sua família (Gauderer, 1993; Soar Filho, 1998; Oliveira, 2000; Tates & Meeuwesen, 2001), isso não foi observado nas consultas, pois havia, por parte do médico, um cuidado em adaptar a linguagem ao nível de compreensão dos envolvidos.

Embora o médico tenha dado o direcionamento da consulta, observou-se uma postura de acolhimento às preocupações das mães, em todos os profissionais, sendo que isto se percebeu na sinalização de entendimento e compreensão ao que estava sendo dito através de gestos (meneios de cabeça), repetição do que foi colocado e emissões verbais.

É... às vezes quer falar rápido e não consegue. (M1 - Consulta 01)

Era náusea, né? Que às vezes vem e volta e não sai. (M2 - Referindo-se à queixa de refluxo da C4).

Ruim, né... dói tudo. (...) Certo... acontece de vez em quando... (M4 - Consulta 08)

Não enxerga... é ruim de enxergar, né? (M4 - Consulta 09)

O profissional manteve sempre uma postura de escuta, com atenção voltada à mãe e à criança, mantendo contato visual ao realizar as perguntas e ouvir as respostas. Em 07 consultas observadas (referentes aos médicos 1, 3 e 4), o registro das informações sempre foi realizado, após a conclusão das respostas, sendo que o profissional M2 não realizou qualquer tipo de registro no prontuário, durante o atendimento, ficando todo o tempo da consulta atento aos participantes.

Esta postura de mostrar-se atento às verbalizações da mãe e da criança foi chamada por McCarthy (1997) como **compreensão empática**, que implica a capacidade de estar conectado racional e emocionalmente às pessoas a quem se está atendendo, garantindo uma escuta e um olhar mais global das pessoas e da situação de atendimento. Outros autores têm enfatizado que esta postura do profissional é a mais indicada para o estabelecimento de uma relação terapêutica que potencializa os recursos de todos os envolvidos (Machado, 1979; Capra, 1982; Clavreul, 1983; Branch e cols, 1991; Zimerman, 1992; Gauderer, 1993; Abdo, 1996; Andolfi, 1996; Soar Filho, 1998; Caprara & Franco, 1999; Nogueira-Martins, 2001, Moraes, 2001; Sucupira, 2002).

Conforme já abordado, a criança foi incluída em alguns momentos do levantamento de informações, através de perguntas dirigidas a ela sobre sua rotina, hábitos e preferências. Em algumas situações percebeu-se que o médico estava atento à criança, mesmo quando não lhe

dirigia perguntas, quando realizava comentários sobre ações e comportamentos da criança, no momento da consulta.

Ah... pegasse o ursinho, né? (...) Nossa, tá jogando dinheiro fora! (M1 - Consulta 01 - Quando C1 deixou cair algumas moedas)

Nasceste chutando a tua mãe? (M1 - Consulta 02, quando C2 comentou que ele chutava muito a barriga da mãe, na gravidez).

Na consulta 01, o profissional fez uso de recursos lúdicos para tranquilizar a criança e acalmá-la, uma vez que a criança pedia para ir embora.

...olha, vou te mostrar um negócio... (tirou um ursinho da bolsa – desses agarradinhos – e estendeu-o à criança) Quer ver, ele pega o teu dedo... ele pega o dedo da titia... (apertando-o e prendendo no seu próprio dedo). Pega ele então... Não quer? Vou deixar ele aqui... (Médico deixou-o sobre a mesa, bem em frente a ela). Se tu quiser pegar, tu pega. (Sendo que a criança pegou-o, logo em seguida, acalmando-se) – M1 - Consulta 01

Tais estratégias de interação são recomendadas, seja no sentido de tranquilizar a criança e conquistar-lhe a confiança, seja como forma de identificar atitudes, interesses e habilidades (McCarthy, 1997; Sucupira & Novaes, 2002). A garantia do estabelecimento de uma boa relação entre médico e paciente depende de habilidades relacionais desenvolvidas pelo médico (instrumental e afetiva), sendo que estas ocasiões demonstraram o uso que estes profissionais fizeram daquelas afetivas (Tates & Meeusewen, 2001).

3.3.3. Exame Físico

Este momento da consulta era caracterizado pelo exame médico do corpo da criança, com intenção de observar “in loco” as queixas trazidas pela mãe, bem como outros problemas que não foram mencionados, com a intenção explícita de identificar os sinais clínicos no corpo da criança. Na prática, este exame começa, desde que a criança entra no consultório, pois seu comportamento, durante a consulta, suas interações com os participantes, vai fornecendo informações sobre seu desenvolvimento e sobre suas relações.

Esta fase da consulta durou, em média, 7 minutos e 47 segundos (22,8% do tempo total da consulta), e foi caracterizado como o momento de maior interação entre o médico e a criança. Esta informação pôde ser complementada com a análise da orientação da comunicação, que mostrou que os maiores índices de interação (57,7% partindo do médico e 58,6% partindo da criança) aconteceram neste momento da consulta.

Na maioria das consultas, o exame foi realizado em um único momento, sendo que, em três consultas, foram realizados exames complementares: em 02 crianças realizou-se um

exame de acuidade visual, posteriormente, em 01, o preceptor foi chamado para confirmar as impressões clínicas do residente, e, em outra, a mãe solicitou que a médica olhasse um bicho-de-pé infectado.

Foi nesta fase da consulta, que se observou o maior cuidado do profissional em informar o que iria acontecer, com o provável intuito de incentivar a colaboração da criança no procedimento e minimizar os efeitos que, seu medo, em ser tocada, poderiam causar.

Ela chora pra examinar? Deve chorar, né? (...) Deixa a tia ver a tua barriga? Vamos sentar aí em cima, naquela cama? (M1 - Consulta 01)

Vamos deitar ali, cara, pra eu te examinar? (M1 - Consulta 02)

Vamos dar uma olhadinha em ti, então? (...) Agora fica sentado que a tia vai te escutar, tá? E depois vai ver se tem alguma manchinha aqui. (M2 - Consulta 05)

Um aspecto interessante observado foi que o médico identifica a mãe como uma figura tranqüilizadora e de referência para a criança, e em algumas situações pediu a mediação desta para garantir a tranqüilidade e o acolhimento aos receios da criança.

A senhora fica aqui do ladinho? Pode tirar a roupinha dela? (M1 - Consulta 01)

Pode ficar tranqüilo... a mãe vai ficar aqui do teu lado. (M2) *Ela só vai te olhar, nada mais.* (Ma5 - Consulta 05)

Este procedimento é sugerido por vários autores (McCarthy, 1997; Marcondes, 1999; Sucupira & Novaes, 2002), que identificam e reforçam o papel dos pais como figuras tranqüilizadores e provedoras de segurança para a criança, especialmente aos bebês e crianças pequenas (até 4 ou 5 anos).

De maneira geral, as crianças permaneceram tranqüilas e participativas, durante o exame, sendo que, apenas 02 crianças, C1 e C5, demonstraram, inicialmente, expressões faciais e corporais de medo, frente ao exame médico, expressões estas que, gradativamente, foram abrandando-se, de modo que colaboraram ativamente no exame. Nestas situações, observou-se um empenho maior do profissional em acolher e tranqüilizar estas crianças, sendo que as mães permaneceram ao lado da maca.

Eu só quero ver os dentes... pode segurar na minha mão, se não confia em mim. (...) A tia só tá vendo... a tia não vai fazer nada. (M2 - Consulta 05)

A estratégia de informar o que seria feito e que região seria examinada, durante a realização do exame, foi observada em todos os profissionais, em todas as consultas. Acompanhando a informação, sempre houve o cuidado, pelo médico, em realizar movimentos

delicados, através de um toque suave e cuidadoso, evitando movimentos bruscos ou de forte intensidade que pudessem assustar a criança.

Vamos escutar esse moço... (...) Senta um pouquinho. (...) Agora deita pra tia ver a tua barriga agora... (M3 - Consulta 07)

Eu vou levantar um pouquinho a tua blusa, para escutar teu coração. (...) Agora a boca... Abre bem o bocão. (M4 - Consulta 09)

Vamos escutar o teu pulmão... puxa o ar bem fundo... isso. (...) Assopra o meu dedo como se fosse uma velinha... de novo. (...) Põe as perninhas aqui pra cima... isso. (...) Agora a cabeça.. (M4 - Consulta 10a)

Vou mexer no teu pescoço... (...) A tia agora vai ver o teu ouvido, vai fazer uma coceirinha dentro do teu ouvido, tá? Mas não vai doer nada. (...) Abre bem o bocão. (M1 - Consulta 01)

Este cuidado é sugerido na literatura médica (Sucupira & Novaes, 2002; Marcondes, 1999), que fala da importância de tranquilizar a criança quanto aos procedimentos que serão realizados e solicitar a colaboração da mãe, caso a criança demonstre-se ansiosa e assustada.

A interação entre médico e criança nem sempre, porém, foi verbal, sendo que este recurso foi mais usado com crianças maiores e/ou que se mostraram mais falantes, durante as fases iniciais. Com as crianças menores, foram mais utilizadas abordagens de aproximação usando o contato físico (ajuda para subir na maca, cócegas, comentários sobre roupa, cabelo etc.). Além destas estratégias, observou-se que os profissionais realizavam comentários sobre características físicas das crianças ou sobre seu comportamento, como forma de aproximação com as crianças.

Então vamos dar uma olhadinha em você, A.? Então vem comigo... (Pegando a criança pela mão e acompanhando-a até a maca) – (M2 - Consulta 06)

Olha que cabelão! (...) Agora vou fazer exame na tua barriga... tem cócegas? (...) Que barriguda! (M1 - Consulta 01)

Já vi que tu é cosquento... (M1 - Consulta 02)

Que cara sério... Não deu nenhum sorrisão, hein? Não tem dente? (...) Vou fazer cosquinhas... (M1 - Consulta 03)

Que linda a tua trancinha... tu que fez? (M2 - Consulta 06)

Pesado, cara... (Ajudando C8 a subir na maca) (...) Que barulhão, hein? Que barulhão... (M4 - Consulta 08)

É do conhecimento do profissional (ou deveria ser) que o comportamento da criança frente à consulta médica, e em especial, ao exame físico, varia de acordo com características próprias, que vão desde aquelas determinadas por seu desenvolvimento, sua idade, a relação

que foi construída na situação da consulta, até as experiências anteriores com outros profissionais médicos e outras situações de exame físico. Tais características determinam formas de interação diferentes do profissional, de modo a atingir seu objetivo de contactar com esta criança, e em última instância, realizar seu exame físico (Redpath & Rogers, 1984; Crepaldi, 1999a; Sucupira & Novaes, 2002).

A iniciativa da interação partiu invariavelmente do médico que, após uma aproximação da criança, sempre tentou manter um diálogo com ela, através de perguntas. Os principais aspectos abordados no contato direto com as crianças foram: a retomada da queixa trazida pela mãe, esclarecimentos sobre cicatrizes ou marcas percebidas no corpo, perguntas sobre o cotidiano da criança e sobre hábitos de higiene e alimentares.

Onde é que dói essa barriga? (...) De onde são essas manchas todas das pernas? (M2-Consulta 04)

Quantos anos tu tens? (...) Tens bastante amiguinhas? (...) Dói quando eu aperto aqui? (...) E tu escova os dentes? (M1 - Consulta 01)

Você gosta de ir pro colégio? Tem coleguinhas lá? (...) O que tu gosta de comer? Tá quietinha... não quer falar hoje? (M2 - Consulta 06)

As crianças respondiam por emissões monossilábicas ou através de gestos de cabeça, sendo que apenas algumas crianças estendiam-se, verbalmente, nas respostas ou traziam espontaneamente alguma informação. Geralmente eram as crianças que nas outras fases da consulta já tinham se mostrado mais participativas e falantes.

O portão caiu em cima de mim. (C10a) O portão? Ué... caiu em cima de ti... daí machucou ali? Nossa... (M4 - Consulta 10a)

Eu não tenho mesmo. (Referindo-se à pergunta da médica sobre ter uma namorada) Eu sou cosquento mesmo... eu puxei o meu pai.(...) Essa marca é do meu acidente... eu tinha 2 anos, estava brincando de raquete, de noite, daí eu fui pegar a bolinha, faltou luz, o carro veio e eu não vi. (C2 - Consulta 02)

Um dos motivos para maior investimento na vinculação com a criança parece ter sido a constatação, pelo médico, da necessidade de sua colaboração no exame, sendo que, para isso, esta precisaria estar tranqüila e confiante no profissional. Além dos recursos já expostos, para atingir este objetivo os médicos lançaram mão, também, de estratégias lúdicas, como a transformação de instrumentos do exame (abaixador de língua) em brinquedos, oferecidos à criança, após sua conclusão, além de brincadeiras e comentários descontraídos. Este aspecto também pareceu estar relacionado à idade das crianças observadas, que tinham, em média, 7 anos, implicando que já tinham condições de acompanhar o que estava sendo feito,

valorizando a atenção e o cuidado recebido pelo médico, mas também demonstraram gostar das brincadeiras e dos objetos oferecidos.

Agora vou fazer exame na tua barriga... tem cócegas? Quero ver... (...) O gato comeu a tua língua? (...) Vou fazer um tambor na tua barriga... (M1 - Consulta 01)

Agora eu vou escutar o teu coração e ver se tem alguma menina que tu gosta... se tu tem namorada. (...) Olha, não mente... (M1 - Consulta 02)

Vou usar um palito com gosto de chiclete... quer ficar com o palito? Vai ficar com gosto na boca. (M1 - Consulta 03)

Em todas as consultas, o médico complementou o levantamento de informações durante o exame físico, abordando assuntos ainda não enfocados anteriormente. Um destes aspectos foi a saúde bucal da criança, que em todas as consultas foi abordada no exame físico, a partir do exame da região bucal. À medida que constatava o estado de conservação dos dentes, questionava a criança sobre o hábito de higiene e a mãe sobre o acompanhamento especializado, em muitas situações já orientando sobre este aspecto.

Vamos dar uma olhadinha nesses dentes. (...) Mas essa mocinha vai ter que ir pro dentista, mãe... mesmo que esteja trocando (os dentes)... (M2 - Consulta 06)

Tu anda escovando os dentes? Não, né? (...) Quantas vezes por dia? (M3 - Consulta 07)

Não foi incomum, mesmo durante o exame, o profissional já fornecer informações e **orientações** acerca de cuidados necessários ou encaminhamentos que deveriam ser tomados, de acordo com o que ia identificando na criança. Em pelo menos 02 ocasiões, mostrou para a mãe a forma como o cuidado deveria ser prestado, simulando no corpo da criança o procedimento.

Assim, oh... a senhora pode vir aqui um pouquinho? (Mãe foi até a maca) Ele tem uma fimosezinha, tá? Essa pelezinha não vai pra trás, tá vendo? (Mostrando com o dedo, no pênis da criança) A senhora vai fazer assim... vai puxar um pouquinho, não muito, pra não machucar ali. E esse creminho a senhora vai passar assim: em volta daqui, em movimentos circulares, por uns 30 segundos até 1 minuto. Duas vezes por dia, tá? Tu entendeste? (M3 - Consulta 07)

Das 11 crianças examinadas, em 09 delas foi realizado exame da região genital. O exame desta região demonstrou cuidados específicos do profissional, demonstrando que este momento é identificado como mais ansiogênico para a criança. Os principais cuidados foram: informar a criança, fechar a porta interna quando esta estivesse aberta, solicitar a proximidade da mãe e a participação desta, na retirada da roupa e tranquilização da criança através de comentários de conforto.

Olha só, gatinha, agora a tia vai baixar aqui um pouquinho pra dar uma olhadinha, tá? (M2 - Consulta 04)

Deixa eu ver aqui embaixo rapidinho... Só um pouquinho, tá? (M3 - Consulta 07)

A senhora pode baixar a calcinha dela? É só pra eu ver se tem assadura. (...) Pronto... a senhora pode arrumar ela. (M1 - Consulta 01)

L., agora a tia vai ver o teu pinto. Fica aqui, mãezinha, perto dele. Agora a senhora abaixa a calça dele pra mim... Agora a tia só vai ver... Fecha o olho que a vergonha passa. (M1 - Consulta 03)

Um dado que chamou a atenção foi o fato de os profissionais não nomearem esta região, referindo-se a ela como “ali embaixo” e “aqui”, sendo que a única vez que isso aconteceu, na consulta 03, foi utilizando-se de termo do senso comum - “pinto”.

No contexto total das consultas, esta questão persistiu, havendo apenas duas menções corretas ao órgão genital, durante a orientação das consultas 05 e 07:

Essa é a pomadinha que a senhora vai passar aí no pênis, tá? (M2)

Essa pomada aqui, é a dexametasona, que vai aplicar ali, naquela pelezinha, no pênis, com movimentos circulares (...). (M3)

Em todas as demais consultas, a referência continuou sendo: “ali naquela região” (consulta 09, 02) e “ali embaixo” (consultas 03, 04, 06), mesmo quando havia problemas na região genital, com orientações a serem prestadas (fimose e corrimento). Embora não se tenha observado prejuízo das informações prestadas, nem das orientações feitas, este aspecto parece denunciar a dificuldade que o próprio profissional tem em nomear e falar abertamente sobre os órgãos genitais, sendo que isso ganha importância ao pretender-se que o papel do pediatra seja o de educador, um modelo para a conduta dos pais com os filhos.

A literatura médica, geralmente, costuma abordar a questão do exame da região genital do ponto de vista técnico, sugerindo aspectos físicos e morfológicos a serem observados, mas não enfoca o manejo do profissional frente à criança. A única orientação aos profissionais encontrada foi a de que a criança deve ser esclarecida sobre o procedimento, e em algumas situações, após os 3 anos, ela mesma pode ajudar a retirar a própria roupa íntima (Sucupira & Novaes).

De modo geral, durante a fase do exame físico, todos os médicos observados demonstraram habilidade interpessoal, estratégias de cuidado e sensibilidade para lidar com eventuais situações de estresse ou não-colaboração das crianças (talvez por isso, elas não tenham sido observadas). Esses profissionais demonstraram que, com sensibilidade

apropriada com a criança e a mãe, avaliando-se o estágio de desenvolvimento da criança e com preocupação em reduzir o desconforto do exame físico, o pediatra quase sempre pode obter informações clínicas precisas e não causar perturbação indevida à criança (McCarthy, 1997).

3.3.4. Prescrição / Orientação

Este momento da consulta de Pediatria constituiu-se no momento de transmitir aos participantes da consulta, as impressões clínicas percebidas pelo profissional. Aliando as informações recebidas da mãe e da criança àquelas que o médico pôde identificar diretamente, durante o exame físico, este mostrou-se capaz de formular hipóteses clínicas, definir condutas e encaminhamentos necessários, sugerir estratégias e mudanças de hábitos, além de informar a mãe sobre as condições atuais de saúde da criança.

A literatura médica sugere que o diagnóstico, em Pediatria, deve abranger todos os setores de cuidado com a criança, havendo um diagnóstico global, que sintetiza a situação geral da criança e diagnósticos específicos que se referem às queixas apresentadas e aos achados da anamnese e exame físico (Sucupira e Novaes, 2002).

Foi possível perceber que em muitas situações, os profissionais já realizavam orientações e repassavam informações, à medida que as identificavam ou que eram trazidas pela mãe (no Levantamento de Informações e no Exame Físico), provavelmente, por perceberem que o momento era propício à compreensão ou que o efeito tranquilizador das informações facilitaria o estabelecimento de uma relação de confiança. Mesmo nestes casos, no momento de Orientação essas informações foram retomadas e repetidas.

As orientações, de modo geral, foram abrangentes, extrapolando as condições clínicas da criança, os aspectos curativos do cuidado e abrangendo outros aspectos do desenvolvimento: saúde bucal, higiene íntima, prevenção de acidentes, vacinação, observação do comportamento, solicitação de parecer da professora sobre rendimento e comportamento na escola, estímulo à fala correta, mudança de hábitos alimentares,...

E perguntar pras tias, no colégio, na creche, elas que tão acompanhando ela com as outras crianças, ver como é que é a conversa dela junto com as outras crianças. Se todo mundo tem essa dificuldade de entender ela, perguntar quais as letrinhas que ela tá se atrapalhando mais, tá? Pra gente poder ir entendendo mais, porque até os 5, 6 anos a gente ainda espera que a criança se atrapalhe um pouco pra falar, mas depois, já tem que começar a prestar um pouquinho mais de atenção, tá bom? (...) Essa mamadeira que ela toma à noite... logo depois da mamadeira tentar escovar os dentes, depois, porque senão ela acaba dormindo com o dentinho sujo, e isso vai piorar ainda mais a cárie. (...) Cuidar nessa idade com acidentes,

sabe, principalmente cozinha, no cabo de panela, fogão, água quente. (...) Nessa idade eles já tão mais na rua, atravessar, bicicletinha,... tem que cuidar. (M1 - Consulta 01)

Então tá aí o problema, né? Ele em vez de comer a comida certinha, ele não tem fome na hora certa porque ele comeu muita besteira antes, na hora errada. (M3 - Consulta 07)

É que estão surgindo vacinas novas, e uma das vacinas novas é a vacina contra a catapora. (...) Calça jeans muito apertada acaba sendo prejudicial porque roça muito naquela região... evitar um pouco mais. Sempre um pouquinho mais folgadinha, não tão justa. (M4 - Consulta 09)

Percebeu-se, porém, ênfase do profissional nos aspectos trazidos pela mãe como problema, sendo que, em todas as consultas, as queixas e preocupações trazidas no início do atendimento, receberam atenção e foram enfocadas nas orientações (mesmo que fosse a necessidade de realizar exames e aguardar seus resultados para se obter maiores informações). Apenas em uma consulta, a mãe trouxe a preocupação com o crescimento do filho e não houve um esclarecimento específico do médico em relação a isto (Consulta 07).

Em algumas consultas, as orientações tinham a intenção explícita de tranquilizar as mães, em questões que estas percebiam como preocupantes, mas que foram entendidas pelo profissional como normais dentro da fase de desenvolvimento em que a criança se encontrava, voltando a ficar evidenciado o aspecto pedagógico da prática médica.

Fica mais tranqüila em relação a essas dores, porque é mais do crescimento mesmo, mas vamos fazer um raio X, pra gente tirar alguma dúvida maior. Tá bom? Tá bom cara? (M1 - Consulta 02)

Provavelmente isso é coisa passageira, tá? Deve ter acontecido alguma coisa com ele, e a gente vai acompanhar... mas pelo que eu tô vendo isso não é freqüente. (M3 - Consulta 07)

A resolutividade do atendimento, quanto à impressão diagnóstica conclusiva, ocorreu apenas em 02 atendimentos (consultas 02 e 10b), sendo que em outros 03 atendimentos percebeu-se a necessidade de retomar tratamento de problema já identificado, anteriormente (consultas 03, 05 e 07). Nas demais consultas, sugeriu-se que a mãe observasse os sintomas, solicitou-se parecer de outros profissionais e sugeriu-se aguardar o resultado dos exames para complementar a hipótese diagnóstica.

... eu tô achando que é vermizinho mesmo (a dor de barriga), mas tem que confirmar com os exames. (M1- Consulta 01)

Quanto às prescrições sugeridas pelo médico, em todas as consultas foram solicitados exames de rotina (especialmente de sangue, fezes e urina) e algum outro exame que a condição clínica da criança justificasse (raio X). No que diz respeito à prescrição de medicamentos, em seis atendimentos foram receitadas medicações para os problemas

observados (em três consultas, medicação para fimose, em uma, para verminose, em uma sintomática para resfriado e, em uma, para lesões na pele) e em um atendimento foi indicado shampoo. Quanto aos encaminhamentos para outros profissionais, isso ocorreu em sete atendimentos, sendo três encaminhamentos para odontologia, três para oftalmologia, dois para que a professora relatasse as dificuldades da criança, um para otorrinolaringologista, um para ortopedia e um para fonoaudiologia.

O que a gente precisava fazer é marcar uma consulta com um ortopedista. É o mais importante mesmo. (...) E isso pode ser corrigido muitas vezes usando palmilhas ou fazendo cirurgia, mas isso quem vai definir é o ortopedista, com muito mais precisão. (M4 - Consulta 08)

É consenso que os avanços tecnológicos adquiridos e a especialização da medicina, em especial no último século, trouxeram avanços inegáveis à eficiência da prática curativa, mas alguns autores têm trazido a preocupação da incorporação da tecnologia na prática médica como um aspecto que, em muitas situações, tem interferido na relação entre o médico e seu cliente (Capra, 1982; Canella & Maldonado, 1988; Gauderer, 1993; Crepaldi, 1999b; Sucupira, 2002). O perigo é que a tecnologia deixe seu papel complementar no processo da consulta, e substitua o processo clínico de investigação diagnóstica.

É importante ter claro que esse risco não corresponde apenas ao profissional, mas também à forma como os usuários valorizam e se apegam excessivamente a esses recursos (exames e consultas com especialista), desqualificando o olhar e a escuta do profissional e o momento da consulta como recurso terapêutico. Desta forma, Sucupira (2002) aborda claramente este aspecto quando afirma que “... tanto para o médico como para a clientela, a crença na tecnologia confere aos exames subsidiários um valor diagnóstico que reduz o papel da anamnese e do exame físico “ (p. 47).

Com relação à postura dos médicos, não se observou uso excessivo de recursos tecnológicos, exames ou encaminhamentos, mas as mães relataram ter uma grande expectativa quanto aos exames e encaminhamentos para especialistas (conforme dados das entrevistas das mães, posteriormente relatados).

Nesta fase da consulta percebeu-se ainda mais a centralização da comunicação entre médico e mãe, sendo que criança foi excluída das orientações e também de esclarecimentos sobre seu estado de saúde. Em nenhum dos atendimentos foi observada a preocupação do profissional em dar algum retorno para a criança sobre o que foi percebido e sobre o que seria feito.

Esta postura dos profissionais, infelizmente, é aquela mais comum observada tanto na literatura, quanto na prática corrente de serviços pediátricos e corresponde ao que Oliveira (2000) observou em seu estudo com crianças doentes crônicas: as crianças crescem ouvindo seus pais e os médicos conversarem sobre sua saúde, sobre sua doença, sentindo-se como expectadores desta comunicação, expectadores do próprio crescimento, da própria vida.

A mãe, rotineiramente, é a mediadora na relação entre o médico e seu paciente, a mediadora da informação, e essa interação indireta, quando se prolonga por mais tempo do que o necessário, reforça comportamentos dependentes, de pouca autonomia e responsabilidade da criança, que não se envolve, e não é envolvida em seu cuidado, em seu desenvolvimento (Machado, 1979). Esta mesma autora sinaliza que, em idade pré-escolar, as crianças já podem (e devem) participar mais ativamente da consulta e alerta os profissionais para não subestimarem sua capacidade de compreensão. O que se observa, porém, é que o médico costuma inaugurar um novo tipo de relação com as crianças, apenas quando elas tornam-se adolescentes (Machado, 1979; Bartholomé, 1995; Leone, 1998; Pileggi e cols., 1999; Oliveira, 2000).

Apenas em duas consultas identificou-se uma pequena inclusão da criança nos encaminhamentos e cuidados, que foram: na consulta 03, a médica fala que a própria criança pode fazer os cuidados, mas pede para a mãe repassar-lhe os cuidados, sem contextualizar sua necessidade e seus objetivos; na consulta 05, a médica mostra para a mãe e a criança o procedimento e refere que a própria criança pode fazer, com ajuda da mãe, também sem referir os motivos e a necessidade do procedimento, e, ao final, faz um acordo com a criança, com concordância parcial da criança sobre a necessidade de perda de peso.

Ele mesmo pode passar, a senhora explica pra ele.... a mãe vai fazer assim... ou tu mesmo vai fazer (Olhando pra criança) Presta atenção... a mãe nos primeiros dias ajuda. Faz assim: tu vai tracionar um pouquinho, não vai forçar pra não machucar, tá?(M1 - Consulta 03)

Vamos controlar um pouquinho essa alimentação, vamos? (...) Tu vai voltar daqui a um mês pra tia te ver. E eu quero te ver 500 gramas mais magrinho, combinado? (...) Vamos fazer esse acordo? (M2 - Consulta 05)

A exclusão da criança, no momento de informar, traz a preocupação com a adesão ao tratamento e o seguimento das orientações, que ficam centrados na mãe, tornando-se esta, exclusivamente responsável pelo seu seguimento. A colaboração da criança, seu envolvimento no cuidado de seu corpo e sua saúde, e no desenvolvimento de responsabilidade sobre si, ficam prejudicados pela não-participação.

Não foi identificada a preocupação dos médicos em verificar aspectos em que a criança pudesse ser envolvida nas orientações, nem a possibilidade de participação parcial das

crianças. Dessa forma, o papel de educador do pediatra, tão valorizado, foi minimizado, pois só houve a preocupação em instrumentalizar as mães, não dando chance às crianças de se apropriarem da responsabilidade sobre sua saúde e participarem mais ativamente do atendimento. Nesse sentido, foi identificado o que Gauderer (1993) pontua sobre a transposição do que acontece normalmente na relação professor/aluno também ocorrer na relação médico/paciente, qual seja, dos conhecimentos serem transmitidos/impostos, não-construídos, observando-se um encontro entre o que sabe e o que não sabe, sem a formação de parcerias, que pressupõe a partilha do poder de decisão.

A questão da pouca participação das crianças na consulta, bem como a dificuldade do profissional em identificar suas necessidades e desejos de participação e informação, foi discutida anteriormente, quando se analisou a orientação da comunicação, não justificando retomá-la neste momento.

Ainda no que diz respeito ao incentivo, ou não, da autonomia dos usuários, um aspecto que pôde ser observado em todos os atendimentos foi o uso expressivo de palavras no diminutivo, que sugere sua infantilização.

... a gente vai passar uma pomadinha pra ele, e a mãe vai fazer assim... tu vai tracionar um pouquinho, não vai forçar pra não machucar, tá? Vai puxar um pouquinho e vai botar a pomadinha aqui na pontinha, oh... Movimento circular, por 1 minutinho, tá? (...) O que tu toma, gatinho? Um suquinho de fruta? (Consulta 5)

Mãe, pra ela eu pedi examezinho de verme, porque tem um vermezinho que dá coceirinha aí embaixo, tá? (...) Eu vou dar um retorninho pra vocês... (Consulta 6)

Embora se esteja enfocando consultas pediátricas, e este tipo de linguagem poder ser entendida pelo profissional como uma forma de aproximar-se do universo infantil e ajudar em sua compreensão, observou-se que isto não acontece, e não se constitui em um recurso de maior compreensão ou acolhimento.

O risco da infantilização dos participantes é um fator a ser considerado (Crepaldi, 1999b), pois além de não facilitar a comunicação, este tipo de linguagem traz implícita a percepção de que os envolvidos têm uma compreensão limitada dos aspectos envolvidos no cuidado de saúde e, conseqüentemente, desqualifica sua capacidade de gerenciar sua saúde, determinando a postura adotada pelo médico (geralmente mais paternalista, por perceber-se, prioritariamente, responsável pela saúde da criança).

As orientações, como no restante da consulta, foram realizadas em uma linguagem clara e simples, com uso de termos e expressões de fácil compreensão, bastante adaptada à capacidade de compreensão da mãe, e com o cuidado em usar termos conhecidos. Nas

ocasiões em que houve diagnóstico do problema observado, foi repassado o nome técnico e conceituado com uma linguagem acessível aos participantes.

Essas dores na perna, é muito comum em criança, nessa idade, é a idade que tá crescendo... e a hora que cresce mesmo, é mais à noite, que dá as dores e quando se dá o crescimento mesmo... e têm crianças que são mais sensíveis (...) Ninguém ainda conseguiu achar uma explicação certinha: é por causa disso... ou algum remédio que melhore... é o que a gente chama de dor de crescimento. (...) Oxiúros é o nome (do verme). (M1 - Consulta 02)

Três coisas: queda de cabelo, os cravinhos na pele e a pele oleosa é o que chama a atenção... é tudo uma doença só: dermatite seborreica, que a gente chama... uma dermatite por acúmulo de secreção gordurosa. (M4 - Consulta 10b)

Ele tem uma fimosezinha, tá? Essa pelezinha não vai pra trás, tá vendo? (...) Como é que a senhora consulta com o odon... com o dentista dele? (...) Em relação à gagueira dele, a gente vai acompanhar, provavelmente é alguma coisa... que deixou ele mais nervoso, que modificou um pouquinho... mas a senhora vai ter que observar... conversar com ele, quando ele começar a ficar gago, nervoso... a senhora tem que acalmar. Porque isso é mais passageiro, né? Tanto que a senhora falou que isso já aconteceu uma vez. (M3 - Consulta 07)

Além disso, mais do que a adaptação da linguagem, percebeu-se a preocupação em dar sentido e estabelecer relações entre as situações de risco à saúde e os cuidados.

Ela só tem ali um dentinho... 4 cáries que estão bem feinhas... e mesmo que o dente caia, tem que tratar, porque os próximos que vêm, estão ali, vão encostar, a bactéria passa de um dentinho pro outro e solta cárie. Tá? (...) A senhora tem que parar de dar coisinhas fora de hora. Então se ela não comer no almoço... procura pelo menos 2 horas antes do almoço não dar nada... nada de bolachinha, doçura, coisinha fora de hora... porque daí no almoço ela vai estar com fome... (M2 - Consulta 06)

Esse aqui é um fator importante... único, ou seja, se ele tem um machucadinho ele vai lá e coça, ele passa infecção, por causa da unha que acumula muita sujeira. Então, sempre cortar as unhas, deixá-las bem curtinhas... (...) Nós vamos fazer um teste com o celsum azul ou celsum ouro, ele é um xampu especial pra reduzir um pouco a seborréia... diminuir um pouco a caspa. Aí, acaba ajudando na queda de cabelo também. (M4 - Consulta 10b)

Nas situações das consultas, embora a clientela fosse em sua maioria composta por pessoas com baixo nível de instrução, isso não se constituiu em impedimento para o fornecimento de informações, pelo profissional, e para a compreensão destas pelas mães, o que parece ter garantido uma compreensão mínima dos processos que a doença envolve (conforme as entrevistas com as mães que serão mostradas adiante). A literatura médica indica que quando isso não acontece, as mães buscam relações causais que permitam encontrar uma explicação própria para o diagnóstico que, muitas vezes, é bastante diferente daquela do médico.

Neste sentido, embora no contexto geral, as consultas observadas tenham demonstrado seguir um padrão que se aproximaram de um modelo informativo, onde as informações foram

fornecidas, não havendo ocultamento de dados pelo profissional, em algumas situações, os médicos pareceram ter conseguido atingir melhor nível de comunicação, pois, mais que meramente fornecer informações, preocuparam-se em transformá-las em conhecimento para o paciente (ao menos para as mães). Isso, porém, não foi uma constante, sendo que a possibilidade de a consulta transformar-se em um processo educativo demandaria mais esforços do profissional em utilizar-se de estratégias de comunicação como recursos de construção da informação. Um ponto que precisa ser considerado é o fato desta ter sido a primeira consulta com o profissional, o que implica que o vínculo de trabalho apenas se iniciava, garantindo a possibilidade de isto acontecer nas consultas de retorno.

Com relação a este aspecto, não se observou durante as consultas uma discussão ou reflexão sobre o cuidado, na perspectiva de uma construção conjunta, entre o médico e os usuários, de práticas de saúde, sendo que se percebeu ainda muito presente, a expectativa das mães, de respostas ou soluções “mágicas” dos problemas, pelos médicos ou pela tecnologia.

Eu queria que o senhor desse um remédio pra ela parar de comer bolacha. (Ma9)

Eu trouxe ela mais pra fazer uns exames. (Ma1)

O fato de delegar ao médico o poder de cura é uma forma de legitimar seu saber médico, aspecto este desejado por muitos profissionais. A questão que vem implícita nesta forma de relação é que, com isso, a mãe/família se exime de responsabilidades sobre o sucesso (ou o fracasso) do tratamento. Sucupira (2002) aborda, de modo bastante claro, esta questão quando refere que “a autoridade do médico é real e desejada pelo paciente que vê nela a legitimação de uma responsabilidade social, segundo a qual esse profissional tem que resolver os problemas de saúde” (pp. 48-9).

Da perspectiva dos profissionais observados, de maneira geral, identificou-se em sua prática o desejo de responder e tranquilizar estas mães, provavelmente sem perceberem que reforçavam um modelo de cuidado centrado na figura do médico. Porém, em algumas situações, observou-se a inclusão da família na responsabilidade do cuidado e a desmistificação da tecnologia como única forma de obter informações sobre a criança.

O remédio pra ela parar de comer bolacha é a senhora parar de comprar... (M4 – Consulta 09)

Esse exame não vai trazer nenhuma contribuição... nenhuma ajuda pro seu filho. (M4 – consulta 10a)

Outro aspecto que parece ter sido utilizado pelos profissionais como meio para facilitar e garantir a assimilação das informações e orientações, foi a repetição exaustiva

destas. Em vários momentos da consulta, o médico retomava o que já havia falado, reforçando as orientações que precisavam ser seguidas.

A fala, o meio oral de comunicação, foi o mais utilizado durante as orientações, sendo observado em poucas consultas apoio em outras formas de comunicação. Isso pôde ser observado na consulta 08, quando o médico fez uso de outras estratégias para reforçar suas orientações: usou o recurso de mostrar no corpo da criança o que explicava e também utilizou-se de um desenho como forma de apoio às informações trazidas oralmente.

Esse ombro aqui, tá mais baixo do que este... Aqui era pra ser retinho, sabe mãe, e olha como está mais baixo. Aqui tem essa voltinha, depois volta pra cá (mostrando a coluna). (M4 - Consulta 08)

Neste estudo, a pouca inclusão da criança no repasse das informações, parece ter determinado o uso limitado de recursos, que estiveram mais voltados à compreensão das mães. Alguns autores reforçam, porém, que a necessidade de bem informar e orientar os pacientes implica na capacidade do profissional em identificar os recursos mais adaptados à sua clientela, sendo que, quando estes pacientes são crianças ou pessoas com baixo nível de escolaridade, tal cuidado deve ser redobrado, sugerindo o incremento dos recursos educativos, com o uso de material gráfico, desenhos, livros, cartilhas,... (Gauderer, 1993; Ortiz, 1997; Blanco, 1999 e Costa Jr. e cols, 2001).

Ainda com relação à forma de repassar as informações às mães, Marcondes (1999), sugere que toda a prescrição seja feita, por escrito, sendo que neste estudo, apenas na consulta 06, além de expor, oralmente, cuidados com a higiene íntima da criança, a médica repassou tais informações, por escrito, à mãe. Com exceção desta consulta (nº 06), as informações que foram transmitidas por escrito, em todas as consultas, foram apenas aquelas que envolviam o encaminhamento a outros serviços, solicitação de exames, receita médica e marcação de retorno.

Outro recurso de apoio utilizado pelo médico (em 08, dos 11 atendimentos) foi o uso de material impresso - a curva antropométrica de crescimento - como forma de concretizar as informações. O profissional mostrava à mãe o patamar de peso e altura que seu filho se encontrava, justificando condutas e orientações (necessidade de perder peso, mudança nos hábitos alimentares, não-necessidade de suplementos vitamínicos etc.).

...esse aqui é o gráfico do peso, tá? Esse 50% aqui, significa o quê? Que a maioria das crianças com 6 anos tem que estar nessa linha aqui... ele tá acima, então o peso dele tá adequado, certo. (...) Vamos ter que fazer assim... daqui a 1 mês vocês voltam, vamos pesar, vamos ver como ele tá evoluindo e vamos acompanhando essa linha. Mas não fica preocupada, não, o peso dele tá acima do esperado pra idade dele. A altura também. Olha

aqui... 50% é essa linha mais escura, e ele tá acima da linha, tá acima da média. Então essa fase eles comem menos mesmo, e gastam mais. (M1 - Consulta 03)

O ideal nessas curvas de crescimento é o seguinte... (dirigindo-se à mãe) Esta aqui é uma curva padrão pra altura e pro peso, o ideal é estar entre as duas linhas extremas a superior e a inferior. O L. tá na parte bem central, tanto pra peso, quanto pra altura. (M4 - Consulta 10)

A compreensão da mãe sobre o que estava acontecendo com a criança e com o seguimento do tratamento mostrou-se uma preocupação dos profissionais e os recursos auxiliares que buscaram para repassar as informações, embora limitados, eles sempre tinham esta intenção.

Nem sempre, porém, ficou clara a forma como o profissional verificava a compreensão e a assimilação das informações, e quais indícios e/ou indicativos eram observados na fala ou conduta das mães, que pudessem garantir o entendimento das orientações. Uma postura do profissional observada nas dez consultas foi a abertura para a expressão de dúvidas e maiores esclarecimentos sobre o que havia sido repassado. Em todas as situações, as mães demonstraram-se satisfeitas com as orientações recebidas.

Tens alguma dúvida, mãe? (...) Quer perguntar alguma coisa, A. (M2 - Consulta 06)

E a senhora entendeu direitinho como é que faz? (M3 - Consulta 07)

Tem dúvida de alguma coisa? Algo que queira perguntar? (...) Conseguiu entender? (M4 - Consulta 10)

Foi possível identificar, indiretamente, a compreensão acerca das informações: observando gestos de cabeça das mães, concordando com o que estava sendo dito, a adequação e pertinência das perguntas feitas sobre os procedimentos (horário e frequência da medicação, onde poderiam pegá-la), outras condutas sugeridas por elas em reforço ao que o médico já sinalizava.

Ele adora leite... toma de manhã, de tarde... então vou passar esse leite pra desnatado, né? (Ma5)

E pode ser de manhã e de noite? (Ma2)

De preferência com água fria, né? (...) Naturalmente a mão já vai ser lavada. (Ma10)

3.3.5. Despedida

Este momento da consulta caracterizou-se pelo encerramento formal do atendimento, quando foram realizadas as despedidas entre os participantes. Durou, em média, 29 segundos que correspondeu a 1,5% do tempo total de uma consulta.

Foi sinalizado pelo profissional, pelo fechamento do atendimento, após fornecer todos os encaminhamentos e orientações, verificar a compreensão e necessidade de maior esclarecimentos para a mãe e marcar retorno. Em todas as consultas isso foi entendido pela mãe como a finalização da consulta, sendo que esta conduziu-se de forma a recolher seus pertences, orientar a criança a estar próxima de si, indicando a ela que estavam indo-se ao levantar da cadeira.

Embora esta fase tenha sido breve, o tempo utilizado mostrou-se suficiente para as despedidas normais de um encontro médico.

A iniciativa de despedir-se oscilou entre o profissional e a mãe. Em algumas situações, a mãe antecipou-se ao médico agradecendo-lhe e despedindo-se dele, em outras, este cumprimentou-a e à criança, desejando-lhe felicidades e votos de retorno.

Tchauzinho, gatinho. (M2 - Consulta 05)

Dá tchau pra doutora... Obrigada... Boas férias. (Ma3)

Então tá jóia. Tchau senhora. Tchau fofinha... tchau S. (irmão). (M3 - Consulta 06)

Em todas as consultas houve atenção do profissional para com a mãe e para a criança. Para a mãe, os cumprimentos utilizados foram cordiais e exclusivamente verbais, enquanto que, com a criança, em 04 consultas, observou-se utilização de recursos não-verbais e a presença de interação física (aperto de mão, beijo e abraço), às vezes, por iniciativa do profissional, outras, por iniciativa da criança. Estas situações foram observadas nos atendimentos em que houve maior interação entre o médico e a criança.

Não vai dar um beijo na tia? (...) Tchau querido, até a próxima. (M3 - Consulta 07)

Tchau cara. (...) Tudo de bom. É isso aí cara, tudo de bom... um abraço. É isso aí... forçado. (Retribuindo a um abraço da criança) (M4 - Consulta 10)

Tchau I... olha para mim... Mãe, escova bem os dentinhos dela, tá bom? Tchau fofa. (M1 - Consulta 01)

Das 11 crianças atendidas, apenas 02 demonstraram satisfação e alívio com o anúncio do término do atendimento (C1 e C5). Estas crianças já haviam sinalizado, em outros momentos da consulta, certa inquietação e desejo de ir embora.

O profissional acompanhou os usuários até a porta, em nove das dez consultas observadas.

3.4. Intercorrências da Consulta

Interrupções do Atendimento

Nas dez consultas observadas, houve uma média de 2,3 interrupções por consulta, havendo uma consulta em que houve 07 interrupções, por pessoas ou fatores externos ao atendimento.

Os tipos de interrupções observados foram aqueles realizados por funcionários da Instituição, responsáveis pela recepção aos pacientes (solicitar informação sobre paciente, informar sua chegada e trazer prontuários - 9 vezes), seguidas pelo preceptor que costumava verificar o andamento das consultas (6 vezes), outras pessoas do serviço que entraram no consultório para pegar material ou falar com o médico (5 vezes) e finalmente, por chamadas telefônicas de celular (em 01 ocasião, o telefone do médico e em 02 ocasiões, da mãe).

A presença do preceptor no ambiente de atendimento é a garantia aos residentes de acesso à orientação e ajuda necessária e fundamental a quem está em processo de aprendizagem. O preceptor pode participar da consulta de duas formas: por iniciativa própria de tornar-se disponível aos residentes, indo até os consultórios e checando se a consulta está transcorrendo normalmente ou através da solicitação do residente que vai até o professor e solicita sua avaliação sobre o caso.

Quando o preceptor participou da consulta, a pedido do residente, sua participação foi compreendida pelos usuários, até porque foi anunciada pelo médico, que sempre avisou à mãe e à criança que solicitaria a avaliação de outro profissional. Quando, porém, esta se dava por iniciativa do professor, era percebida com estranhamento pelos usuários, até porque, não havia apresentações e esclarecimentos a estes.

Embora seja rotina do programa de residência a conferência dos atendimentos pelo preceptor, este procedimento é desconhecido e não compreendido pelos usuários.

E quem era aquele homem que entrou naquela hora? Ele falou um monte de coisa que eu não entendi nada. (Ma10)

E teve aquele senhor que entrou naquela hora...(Ma3)

Pela característica de ensino que norteia a relação preceptor/residente, a chegada do preceptor à consulta sempre foi marcada pela atitude do residente de repassar as informações gerais do caso, referindo as impressões diagnósticas e os procedimentos adotados. Como esta situação é específica da relação de aprendizado que existe entre eles, a linguagem utilizada nestas ocasiões sempre foi eminentemente técnica e as mães e crianças sempre foram

excluídas deste momento, embora esta interação ocorresse em sua frente e estivessem falando de seus filhos, muitas vezes, definindo procedimentos e encaminhamentos.

... volta e meia ele tem dificuldade pra fazer algum esporte, e ele cai. Ou, às vezes, ele refere dores, não associadas com essas quedas. Em membros inferiores, mais em nível de joelho, sem outra coisa relacionada. (...) Ele refere ainda dores em outros locais do corpo, esporádicas, que vão e voltam, e desaparecem sozinhos... e refere uma cefaléia, occipital, mais pro final do dia, mais perto da noite, que é esporádico também. (M4 – Consulta 08)

Pelo jeito ele tem um joelhinho... genovalgo à direita. (P - Consulta 08)

A mãe refere que quando eles choram muito... ficam com uma cianose perioral e de ponta de dedos. (...) Referem dor em membros inferiores quando fazem um esforço maior, todos os dois, e tem essa cianose perioral e de ponta de dedos... mas sem nada... não tem dispnéia muito forte, não tem dificuldades pra respirar.. O A. tem uma história de rinopatia, e ele tem um pouquinho de gotejamento pós-nasal.... (M4 - Consulta 10)

Dessa forma, a presença tão necessária do preceptor na consulta, ao invés de ser traduzida em maior credibilidade e confiança dos usuários no serviço (pela presença e participação de um profissional mais experiente supervisionando o atendimento), em algumas situações, esta foi percebida como um fator gerador de ansiedade e dúvidas quanto às informações prestadas.

Outro aspecto que pode ser analisado é a função de “modelo profissional” que o preceptor assume junto aos residentes, sendo este um dos objetivos previstos neste tipo de aprendizagem em serviço, que costuma ser visivelmente assimilado pelos alunos e marcar fortemente o início de sua prática profissional (Sanchez, 2000; Nogueira-Martins, 2001). Neste caso, o que se observou é que o modelo apresentado foi o de interesse e dedicação do médico com a eficiência técnica do atendimento e precisão do diagnóstico, porém sem nenhum envolvimento emocional com a pessoa atendida, que não parece ser vista senão como uma situação de aprendizagem. Isto parece confirmar as observações de Clavreul (1983), que enfoca a forma como os profissionais médicos são submetidos à Ordem Médica, desde sua formação.

Um aspecto que pareceu estar relacionado a este alto índice de interrupções foi o fato de a porta interna do consultório (que dá acesso ao ambiente de circulação interna dos funcionários) ter permanecido aberta em 06 atendimentos e observar-se uma naturalização da entrada de pessoas no consultório, durante a consulta.

Não se identificou uma conduta orientada pelo serviço nesta questão, então, a decisão de fechar ou não a porta pareceu ser determinada por decisão pessoal de cada profissional, uma vez que, cada um dos quatro médicos manteve uma atitude constante em todos os seus

atendimentos observados: o M1 iniciou com a porta aberta e fechou-a no momento do exame físico nas três consultas acompanhadas, M2 fechou a porta em todas as três consultas, M3 fechou a porta na única consulta observada e M4 permaneceu com a porta aberta nas três consultas acompanhadas.

Embora as mães não tenham trazido queixas referentes a esta questão, e os profissionais não tenham demonstrado qualquer incômodo nestas ocasiões, as interrupções e a falta de privacidade determinada pela porta aberta foram percebidas como complicadores no estabelecimento da relação de trabalho entre os participantes. Os fatores associados a esta questão parecem ser o fato de que este era o primeiro atendimento com o referido médico e o ambiente nem sempre se mostrou acolhedor às angústias e expectativas que uma consulta médica costuma mobilizar.

A fala de uma das mães exemplifica a importância atribuída ao médico, e, conseqüentemente, à consulta:

Às vezes, têm certos problemas que, às vezes, a pessoa não conversa com a família, não conversa com um amigo...mas o médico, devido ele já ser uma pessoa, assim, de longe... acho que a pessoa já tem mais, assim, liberdade...pra poder se abrir! (Ma4)

O ambiente da consulta, então, ganha uma importância fundamental para que a relação de confiança possa se estabelecer e o paciente e sua família sintam-se realmente acolhidos. Dessa forma, um alto nível de ruídos externos (que são típicos de um serviço pediátrico), podendo vir a dificultar a compreensão das informações, a possibilidade de interrupção a qualquer momento e pessoas passando pelo corredor, são fatores que inibem e constroem a verbalização de questões mais íntimas, causando exposição desnecessária e indevida da intimidade da família e do corpo da criança.

Este aspecto vem ao encontro do que Sucupira (2002) aborda sobre a relação de poder existente no atendimento médico, sendo que as interrupções, o não-respeito à privacidade do paciente, o tempo de espera, negar informações, não ouvir o paciente, são algumas das práticas autoritárias do profissional, citadas pela autora, que se expressam, de forma velada, e que, muitas vezes, já estão incorporadas à prática do pediatra. A mesma autora menciona que, quando o médico não identifica os direitos da clientela, ele tende a dominar autoritariamente o espaço e o momento da consulta, e esta relação só tende a mudar, à medida em que o profissional identifica e percebe seu paciente como um sujeito de direitos.

3.5. Análise do Conteúdo das Entrevistas

3.5.1. Entrevistas com as mães

Os resultados apresentados a seguir são oriundos do material coletado nas entrevistas com as dez mães participantes e versam sobre a satisfação destas com o atendimento médico, a compreensão das informações recebidas, o entendimento e a valorização do papel do pediatra na vida de seus filhos, além de aspectos que surgiram, espontaneamente, em suas falas.

O material foi apresentado através de tópicos, retirados dos depoimentos das entrevistadas e referem-se a aspectos que se mostraram recorrentes no discurso das participantes.

Com relação à identificação do profissional, das 10 mães entrevistadas, 07 lembraram do nome do médico que atendeu seu filho, apesar de apenas em 03 consultas o profissional ter se apresentado. Isso parece ter ocorrido em função do nome do profissional constar na ficha de agendamento do atendimento, que elas recebem no ato da marcação da consulta.

Franco & Campos (1998) referem em seu estudo uma grande preocupação com a não-vinculação do paciente a seu médico, pois evidenciaria a relação impessoal que se estabelece, onde o paciente vincula-se ao serviço e não a pessoas. Estes autores entendem o vínculo como um dos elementos essenciais para a instituição de uma prática clínica de qualidade, diretamente ligada à possibilidade de adesão ao tratamento proposto.

✓ Satisfação com o atendimento

Quando perguntadas acerca dos sentimentos referentes ao atendimento médico, todas as mães referiram estar satisfeitas com o atendimento recebido, referindo que se sentiram ouvidas e esclarecidas em relação às suas preocupações.

Senti, me senti ouvida sim. (Ma5)

Questionadas a falarem mais a respeito desta satisfação, percebeu-se certa dificuldade em qualificarem o atendimento médico e identificarem os aspectos que levaram a uma avaliação positiva deste. O atendimento foi considerado bom por todas as entrevistadas e a satisfação esteve relacionada especialmente à atenção recebida pelo profissional, ao bom atendimento prestado à criança e à solicitação de exames laboratoriais.

Eu achei ela amigável, companheira, assim, uma pessoa parece que tu já conheceu de outro lugar, não tem...aquela coisa estranha que tu chega num consultório que te dá aquele impacto. Tanto eu me senti liberal com ela quanto ele, eu notei. (Ma2)

Ela é jovem, mas eu gostei dela, atende bem a criança, tem bastante paciência. (Ma5)

Eu gostei, gostei da médica é bem atenciosa, né? Gostei, gostei mesmo dela, achei ela bem interessada... é eu gostei dela. (Ma7)

Gostei! Gostei de como ele examinou... pessoa simpática. (Ma10)

Assim como em outros estudos realizados (Pantell e cols., 1982; Franco & Campos, 1998; Sano e cols, 2002 e Sucupira, 2002), observou-se que as mães avaliaram o atendimento médico muito mais pelo acesso ao atendimento e, especialmente, pela atenção dispensada pelo médico à criança, do que por parâmetros técnicos da consulta. O nível socioeconômico e de instrução das mães é outro fator que parece estar relacionado a este tipo de avaliação. Da mesma forma, em sua pesquisa, Pantell e cols. (1982) identificaram que as mães associaram a satisfação com o atendimento e a adesão ao tratamento, não com aspectos técnicos, mas com maior tempo utilizado na consulta, uma postura amigável do médico e discussão de assuntos não-médicos.

Tates & Meeuwesen (2001) referiram pesquisas nas quais a satisfação e adesão ao tratamento estiveram relacionadas à oportunidade dos pais expressarem suas preocupações e angústias e ao fato de terem recebido informações, questões que não apareceram com destaque neste estudo. Diferentemente do que foi observado neste estudo, no levantamento realizado por estes autores, a satisfação da criança e o comportamento afetivo do profissional com ela, apenas ligeiramente influenciou a satisfação dos pais.

✓ **Olhar e a escuta do profissional à criança**

Um aspecto comum às entrevistas diz respeito à valorização dada pelas mães à forma como o médico atende a criança e ao sentimento da criança durante a consulta. Das dez mães ouvidas, seis associaram sua satisfação com o atendimento ao fato de o filho ter sido bem tratado e ouvido pelo médico, bem como de a criança ter gostado do profissional, permanecendo tranqüila durante o atendimento.

...eu gostei do jeito que ela pelo menos escutou o problema dele, olhou ele.(...) Isso (dar atenção à criança) ali é muito, eu acho que é o principal...porque ele se sentiu bem....(...) Porque criança é uma coisa muito sensível, né? (Ma2)

Ouviu bastante, conversou com ele, perguntou as coisas para ele. (...) Têm muitos médicos que botam luva... ela examinou ele assim normal, sem luva, eu gostei disso também, valeu a pena porque ela realmente entrou em contato com a criança assim, tem médico que bota luva, vai com aquela mão gelada na criança. (Ma7)

Um tópico abordado foi o fato de o pediatra ter que gostar de criança e preocupar-se com seu bem-estar, demonstrando a importância atribuída à relação que é estabelecida entre o

profissional e a criança, ao olhar e à atenção dispensada pelo médico a seu paciente, no sentido de saber escutar e fazer uma boa leitura de suas necessidades.

Tem bastante paciência com criança.(...) Ela não foi bruta com ele, falou bem calmamente com ele, procurou entender o lado dele. Em relação a isso ela foi bem. (Ma5)

...se a criança não gostar da médica, se ela tratar mal, a criança já não vai deixar nem tocar nela (...) o outro que ele gostava (pediatra), brincava, fazia cócegas, ele sentia falta quando saía de dentro do consultório do médico, coisas assim. (Ma7)

Esta preocupação das mães reflete a compreensão de autores que entendem que, apesar da interferência e mediação dos pais, a consulta pediátrica tem por fim primordial a relação do médico com a criança, sendo ela seu paciente. Nesta perspectiva, essa interação é determinada por uma série de estratégias e procedimentos: estabelecer uma relação de troca, de confiança e de encantamento recíproco, sorrir, olhar nos olhos, falar, chamar a criança pelo nome, ouvir o que ela tem a dizer, explicar os passos da consulta ou procedimento, elogiar suas características, tocá-la com delicadeza e respeito (Machado, 1979; Ceccin, 1997; Marcondes, 1999; Sanches, 2000).

Gauderer (1993) menciona como uma das maiores armas do profissional, no estabelecimento dessa boa relação, a capacidade de “ausculta”, que é a escuta global do paciente, não só dos sintomas seletivos, mas de fazer-se presente, tocar o corpo, e, principalmente, ouvir o outro. Para o autor, isto seria exercer o papel de médico, no sentido amplo, superando a função de mero prescritor (de medicamentos e de comportamentos), sendo que essa ausculta se concretizaria na forma de: disponibilidade emocional, disponibilidade prática, humildade e curiosidade.

✓ **Adesão ao tratamento associada à capacidade de escuta e acolhimento do médico**

Quatro das mães ouvidas referiram, espontaneamente, experiências anteriores ruins com profissionais médicos e o quanto da não-adesão ao tratamento sugerido, nestas ocasiões, foi determinado pelo não-estabelecimento de uma relação de confiança entre os envolvidos no atendimento. Estas mães sentiram-se pouco acolhidas e ouvidas pelo médico em suas necessidades e da criança, a saber: espaço para expor suas angústias e dúvidas, atenção e valorização de suas percepções sobre as dificuldades do filho, cuidado do profissional no manejo com a criança e necessidade de olhar e tocar a criança.

...porque tem médico que olha para a cara da pessoa, tu diz o que tem, ele vai lá assina e vai embora. (...) Ela não é uma pessoa assim... ela examinou ele assim normal, sem luva, eu gostei disso também, valeu a pena porque ela realmente entrou em contato com a criança

assim. (...) Uma vez um médico chegou assim nele... (referindo-se ao exame físico feito com luva, pelo profissional)... fiquei doida, eu fiquei indignada aquele dia, nem o remédio que o médico receitou eu comprei, porque de tanta raiva que me deu, saí e procurei outro médico. (Ma7)

...porque eu já levei ele (...) não deram nem atenção para o problema dele, daí, onde eu não levei mais, né. (...) ...porque eu estava muito decepcionada, tanto é que cinco, seis anos ele não viu mais pediatra, porque eu fiquei decepcionada. Entrei num consultório e o médico nem escreveu nada na ficha dele. Então, eu saí assim, machucada! (Ma2)

As falas das mães indicaram que o sucesso ou fracasso da proposta de tratamento está diretamente associada à relação que se estabelece entre o médico e seu paciente. Isto vem ao encontro do que vários autores mencionam sobre a adesão ao tratamento (Worchel e cols., 1995; Franco & Campos, 1998; Soar Filho, 1998; Lopes, 2000; Oliveira, 2000; Costa Jr. e cols, 2001; Sucupira, 2002).

No que diz respeito aos desejos e expectativas dos pais, frente a uma consulta com o pediatra de seu filho, Worchel e cols. (1995) realizaram uma pesquisa que mostrou o quanto os pais valorizam a sensibilidade interpessoal do profissional, a relação de parceria na definição do tratamento, o desejo de receber informações e a vontade de gerenciar ele próprio seu tratamento. O fato da sensibilidade interpessoal do médico ter aparecido como o estilo de comunicação mais desejado para a consulta, reforça a necessidade de o médico buscar um contato mais personalizado com seus pacientes, além de estar atento às expectativas que estes têm na busca do atendimento, como forma de garantir sua satisfação e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento.

Outro aspecto que fica evidente é que, assim como as experiências pregressas do pediatra interferem na construção da relação, as experiências anteriores dos pais com outros profissionais, os medos, as culpas os bloqueios, as condições de vida, os comportamentos aprendidos, os fatores culturais e influência de familiares também estão envolvidos na construção da relação de ajuda (Crepaldi, 1999a; Sanches, 2000).

Com relação aos atendimentos atuais, as mães referiram estar satisfeitas com a postura do médico, sentindo-se tranqüilas e confiantes e embora aguardem os atendimentos posteriores, sinalizam boas possibilidades de estabelecerem uma boa relação de trabalho.

...ela tava examinando e eu observando... ela examinou a menina tudinho direitinho! Gostei da consulta dela! (Ma4)

Eu achei ela bastante atenciosa... bastante atenciosa (...) gostei, eu achei ela bastante interessada pelo problema da criança. E é difícil ter médico assim. (Ma6)

Neste sentido, observa-se que é na realidade da consulta, que as expectativas, fantasias e a confiança do paciente no seu tratamento, vão se modificando, para melhor ou para pior, e como já é conhecido que esta confiança determina a adesão, o papel do médico em acolher as angústias é que vai determinar a satisfação dos usuários com o atendimento.

Grande respeito e admiração do paciente pelo seu médico permitem supervalorizar o efeito terapêutico de uma prescrição e a maior tolerância de efeitos adversos. Por outro lado, a desconfiança leva à falta de credibilidade na orientação médica, preocupação exagerada com os efeitos adversos, insatisfação psicológica e, o que é pior, o desrespeito à prescrição (Paulo & Zanini, 1997, p.4).

✓ **A compreensão das informações recebidas**

Todas as entrevistadas avaliaram positivamente a forma como as informações foram transmitidas pelo profissional (tipo de linguagem e recurso de comunicação), bem como consideraram-nas suficientes para a compreensão da saúde da criança.

... me explicou muito bem. (Ma3)

Foi possível perceber uma boa compreensão das informações recebidas, sendo que isso se evidenciou pelo fato de todas saberem reproduzir, corretamente e com detalhes, no momento que se seguiu à consulta, as principais informações recebidas e os encaminhamentos necessários: impressões do médico sobre estado da criança, informações sobre problemas observados e preocupações trazidas pelas mães, orientações gerais sobre cuidados, uso correto de medicamentos, exames solicitados e os encaminhamentos a outros profissionais.

É, vou acompanhar (no dentista) ela porque mesmo com aqueles ali os outros podem pegar bactéria, né? (Ma6)

Esse negócio da gagueira dele, para aguardar um pouco, ficar alerta, conversar com ele, quando ele ficar assim, acalmar ele, não deixar ficar nervoso.(...) Não é nada sério, só pode ser uma coisa passageira. (...) Passar pomadinha ao redor, puxar um pouquinho, não muito né? Passar ao redor, em movimentos circulares de 30 segundos a 1 minuto, 2 vezes por dia.(...) Falou para tirar um pouco essas besteiras, bolacha, não deixar muito à vontade nem à disposição para ele comer mais salgado que alimenta melhor. (Ma7)

Na parte higiênica dela, né... o corrimento, por causa do corrimento, lavar com sabão neutro, tudo isso, usar roupinha larga, calcinha de algodão, as orientações do remédio eu me lembro, tudo como tem que ser feito...eu me lembro tudo o que ele me falou. (Ma8)

A observação do nível de compreensão das informações confere com outros estudos relacionados (Franco & Santos, 1998; Crepaldi, 1999a; Sano & cols, 2002), e estes resultados sinalizam que os pais saem do atendimento em condições de participar ativamente no tratamento de seus filhos, com a quantidade de informações que são transmitidas pelo médico. Estes mesmos autores fazem referência ao fato de que o grau de informação que o paciente

possui sobre o problema de saúde está diretamente relacionado à qualidade da atenção recebida. Isto também parece ter acontecido neste estudo, sendo que a linguagem utilizada pelos médicos, a repetição das orientações, assim como a preocupação com a compreensão das mães através de perguntas refletem a qualidade da atenção dedicada pelos profissionais a este momento da consulta.

✓ **Valorização dos exames complementares como meio de conhecimento da criança**

Em todas as entrevistas pôde-se perceber a valorização dos exames laboratoriais como recurso de trabalho do médico, e, conseqüentemente, seu pedido foi associado à realização de uma boa consulta. Em algumas situações, a procura pelo atendimento foi feita com o objetivo explícito de realizar exames de rotina.

Gostei da médica porque ela logo falou sobre os exames, porque tem médico que não, às vezes a criança tá com problema e eles pedem outra consulta ainda antes de mandar fazer os exames. (...) porque é através dos exames que eles vão descobrir o que é que a criança tem, pra poder tratar as crianças. (Ma1)

Eu achei que ela ia pedir mais exame de sangue, outro tipo né?(...) Eu achei que ela ia pedir mais alguma coisa, mas vai ver não é preciso, né? (Ma6)

...eu estava precisando fazer esses exames né, que é o otorrino, do ouvido e da vista, esse era um que tava me preocupando em conseguir. (Ma8)

Embora este aspecto não tenha aparecido em outras pesquisas que avaliassem a satisfação com o atendimento, o que se observou nas entrevistas foi que apesar das mães terem valorizado o olhar e a atenção que o médico dispensou para elas e para seus filhos durante a consulta, o modelo clínico vigente em Medicina, que é fortemente pautado nos avanços tecnológicos, tem forte influência sobre as expectativas que elas têm da eficácia médica. Desta maneira, a solicitação de exames e o encaminhamento ao especialista são entendidos como indicativos de preocupação do profissional e sinais de bom atendimento técnico.

O risco que se observa nesta postura é a desqualificação dos recursos terapêuticos inerentes à escuta e à orientação do pediatra, descaracterizando talvez o principal instrumento de sua prática, que está baseado na relação de confiança e na perspectiva do profissional ser percebido como um orientador e apoiador da criança e da família (Canella & Maldonado, 1988). Sendo assim, o pediatra pode deixar de ser o ponto de referência da família e passar a ser visto como um *momento* na direção do médico especialista (Sucupira, 2002).

✓ **A inconclusividade da primeira consulta**

Este aspecto tem estreita relação com o tópico anterior, e refere-se ao fato que, embora as mães tenham falado acharem normal que em um primeiro momento o médico ainda conheça pouco da criança para definir algum diagnóstico, algumas mães trouxeram a angústia por saírem do atendimento sem as respostas para algumas de suas dúvidas.

As mães relataram saber que o médico precisa de mais recursos e informações para diagnosticar (por isso a excessiva expectativa pelos exames laboratoriais) e aguardam mais efetividade na resolução dos problemas em um próximo momento do atendimento. Neste sentido, os médicos, sem se dar conta, ao adiarem respostas e explicações da situação da criança, parecem reforçar a importância dada pelas mães aos exames laboratoriais, reforçando-os como os sinalizadores mais importantes da saúde da criança.

... primeiro nós vamos fazer os exames. Pra entender isso a gente tem que esperar os exames. (Ma1)

(...) Ela nem é assim, meio vidente... também numa primeira consulta, sem ter um exame, nada, não tem como ela já me dizer o que tem a criança, não é mesmo? Pra ela ver e me dizer o que ela tem, ela vai ter que marcar outra consulta, pedir os exames. (Ma4)

Pela primeira vez assim, tudo bem, gostei, depois que chegar o resultado dos exames, vai tomar um outro rumo né, porque a consulta não vai ser só na conversa, tem a prática também, porque ela vai ter que ver o que que tá acontecendo com ele. (Ma5)

✓ **Papel do Pediatra**

Houve consenso entre as entrevistadas que o pediatra é importante na vida e na saúde da criança, vendo-o como um educador e orientador de seu desenvolvimento, sendo que, algumas mães, ampliaram sua importância incluindo a família como foco de seu cuidado.

...eu acho que o pediatra não é importante só na parte física de tratar, não! Até, assim, às vezes, é pra aconselhar, né? (Ma4)

Ele consegue entender um pouco mais, principalmente quando tem um acompanhamento maior, quando a criança cresce junto com o pediatra, ele vem acompanhando a cada mês, a cada ano... (Ma5)

Ajudar com o conhecimento dele. Ele estudou para isso, então tem que saber o que a criança tem e orientar da maneira certa, da maneira mais certa possível, a gente espera. (...) Ver o desenvolvimento da criança. (...) Ele vai ver tudo o que é da criança... ele já conhece totalmente a criança. Imagina, acompanhar a criança desde pequenininha. Ele conhece todinha como é a criança, ele tá dentro da vida dela. Eu acho importante o pediatra.(...) Pediatra da família sim, da criança e nós... é a família toda junto. (Ma8)

Este entendimento, porém, não se confirmou nas falas das mães, que perguntadas sobre os aspectos que o pediatra pode ajudar, associaram sua ajuda a esclarecimentos relativos

à saúde física, exclusivamente (exames, encaminhamentos, esclarecimento sobre peso/altura, alimentação, desenvolvimento físico).

Só quando eu acho que ele está com alguma dorzinha, dor na garganta ou resfriado forte né e...resfriado forte...alguma coisa assim, falta de peso...quando ele está mais lentinho. (Ma3)

Bom, geralmente a gente traz... e dessa vez foi para fazer um exame de rotina... mas normalmente é quando tá doente mesmo, para saber por que está doente, eu gosto de saber, quando surge alguma coisa, uma bolinha que cresce na pele, coisas que eu gostaria de saber. (Ma8)

Dessa forma, confirma-se a imagem que a maioria das mães tem acerca do papel do médico, como sendo um representante da tecnologia e do conhecimento, mas normalmente pouco acessível a elas. Este aspecto parece estar diretamente ligado àquele referente às experiências anteriores com outros profissionais, que sugere que as mães embora saibam, em teoria, a importância do pediatra, não desfrutaram de experiências enriquecedoras em acompanhamentos médicos anteriores. Isto pode ser ilustrado com a fala de uma mãe, ao ser perguntada sobre as fontes de informação que utiliza para determinar sua conduta com os filhos:

Como eu já tenho cinco né, então a gente vai aprendendo com a vida. (Ma6)

✓ **A referência ao medo de médico de seus filhos**

Cinco das mães entrevistadas trouxeram espontaneamente o medo anterior dos filhos em virem ao médico.

...o trauma que ele tem que ele não queria ir em médico... sempre que eu falava em marcar uma consulta, ele não queria. (Ma2)

O L. não gosta de vir no hospital. (Ma3)

A literatura aponta os fatores que determinam a reação da criança frente à doença e ao médico (Ortiz, 1997 e Ajuriaguerra, s/d): suas características de personalidade, sua idade e seu nível de desenvolvimento cognitivo, a preparação da família e do profissional para o ato médico (seu nível de informação), a real atividade médica exercida (se invasiva e dolorosa, ou não), a significação dada à criança deste profissional, pela família, o caráter agudo ou crônico da doença e seu grau de sofrimento e mutilação, o clima emocional que se estabelece entre os cuidadores (médico, equipe de saúde) e os membros da família e as fantasias e medos reativados.

Questionadas sobre a origem deste sentimento, as mães associaram o medo com experiências traumáticas anteriores vividas pelas crianças (cirurgias e acidentes) e o despreparo dos profissionais que as atenderam.

Em pesquisa realizada sobre os conceitos que as crianças tinham sobre hospital, pessoal médico, operação e doença, Redpatt & Rogers (1984) observaram que nem sempre a experiência anterior de hospitalização determinou os conceitos elaborados pelas crianças. Estes autores identificaram que apenas nas crianças maiores (acima de 7 anos) estas experiências contribuíram significativamente na formação dos conceitos, isto não acontecendo nas crianças menores. Dessa forma, nas crianças participantes deste estudo, as experiências anteriores com médicos e hospitais realmente poderiam ter colaborado na construção de sua compreensão sobre o papel do médico.

Alguns dos aspectos apresentados pela literatura não puderam ser identificados como interferindo diretamente no sentimento das crianças, pela falta de informações sobre as crianças e as famílias, tais como: características de personalidade, a preparação da família para a vinda à consulta e significação dada à criança deste profissional, pela família; embora outros já foram citados pelas mães ou puderam ser observados pela pesquisadora:

- ✓ A média de idade das crianças era 7 anos, o que já implica em relativa capacidade de compreensão das situações (embora não se saiba como estas foram preparadas para o atendimento);
- ✓ A atividade médica exercida não foi invasiva, não sendo necessários procedimentos dolorosos;
- ✓ Nenhuma criança apresentava problema de saúde que implicasse dor ou mutilação;
- ✓ 03 mães trouxeram insatisfação com atendimentos anteriores, o que leva a acreditar que o clima que se estabeleceu entre os envolvidos não foi amistoso e acolhedor;
- ✓ 02 mães trouxeram experiências anteriores de situação de dor e sofrimento da criança associadas à figura do médico (acidente e cirurgia);
- ✓ As cinco mães que referiram o medo de médico do filho, não o associaram ao seu uso deste recurso como medida de controle no cotidiano doméstico (ameaças ou coerções vinculadas à figura do médico).

As observações das consultas não trouxeram dados que confirmassem de modo evidente o medo das crianças, com exceção das crianças 01 e 05, que precisaram ser tranquilizadas durante a consulta e referiram o desejo de ir embora. As outras nove crianças permaneceram calmas durante a consulta, interagindo com o profissional, demonstrando tranquilidade na hora do exame físico e sorrindo aos seus contatos verbais.

No que diz respeito à relação médico/criança estabelecida neste atendimento, as mães valorizaram o respeito e cuidado dedicado à criança pelo profissional, assinalando-os como um dos aspectos positivos da consulta.

Ela falou bem calmamente com ele, procurou entender o lado dele, porque ele tem muito medo de médico. (Ma5)

Dessa forma, a consulta de pediatria é percebida como um momento bastante propício à possibilidade de construir uma imagem positiva do médico para as crianças, ou ressignificar seu papel e importância para seu desenvolvimento sadio, resgatando/ou construindo as bases de uma relação duradoura e construtiva para ambos.

Conforme já exposto, as mães valorizam uma relação mais afetiva e de confiança com o profissional, sendo que uma delas sinaliza o tipo de relação que espera:

...o outro que ele gostava (pediatra), brincava, fazia cócegas, ele sentia falta quando saía de dentro do consultório do médico. (Ma7)

3.5.2. Entrevistas com as Crianças

As crianças interagiram na entrevista de acordo com a faixa etária e características individuais e de modo semelhante ao modo como reagiram ao atendimento médico. Aquelas crianças que se mostraram mais participativas na consulta, assim permaneceram, utilizando-se mais de recursos verbais na comunicação. Como a entrevista seguiu-se à consulta, no mesmo espaço do ambulatório, parece ter sido percebida por algumas como continuação da consulta, levando-as a falarem pouco, embora permanecessem tranqüilas.

Os depoimentos das crianças foram guiadas por perguntas da pesquisadora, observando-se poucas falas espontâneas. Algumas demonstraram dificuldade em verbalizar, sinalizando as respostas com gestos de cabeça.

Quanto à identificação do profissional, apenas três crianças lembraram o nome do profissional que as atendeu.

✓ Satisfação com o atendimento

Todas as crianças entrevistadas demonstraram ter gostado do profissional que as atendeu, seja verbalizando ou através de sinalização gestual. Das onze crianças atendidas, seis mencionaram que acharam o médico legal e apenas uma delas crianças trouxe uma ressalva quanto ao sentimento de tranqüilidade sentido na consulta:

Gostei da médica... Eu achei ela legal (...) mas fiquei com medo de engolir aquele palitinho... (C5)

Embora esta mesma criança tenha complementado... *Gostei mais quando ela tava pertinho.*

Gostei. (...) Eu achei ela muito legal! (...) Essa é amiga, essa médica é amiga! (C4)

Ela é legal. (C7)

O grau de satisfação das crianças seguiu aquele das mães, com a diferença que ele, neste caso, é determinado exclusivamente pela qualidade da relação interpessoal estabelecida – a atenção recebida.

✓ **Momento que mais gostaram e o que menos gostaram da consulta**

Perguntadas sobre o que mais gostaram da consulta, todas as seis crianças que verbalizaram uma resposta, referiram-se ao momento do exame físico.

Foi a hora que ela examinou.... (C2)

De quando ele me olhou, me examinou. (C8)

...a hora que ele tava examinando meu pescoço... (C10b)

Sobre o momento que se sentiram menos à vontade ou que menos gostaram da consulta, a grande maioria das crianças não soube referir momentos ruins ou que não gostaram.

Aquela parte da mamadeira foi meio chatinha. (C8)

Eu gosto (de ir ao médico)... só que injeção é ruim! (C10a)

Este tópico está diretamente relacionado com o anterior, sendo identificados como os melhores momentos, aqueles onde o médico dedicou atenção exclusiva à criança. Dessa forma, o medo esperado do exame físico foi superado pela possibilidade de receber atenção e ter sua fala e percepções valorizados no contexto da consulta.

As informações trazidas pelas crianças são confirmadas pela análise dos desenhos e apresentam um aspecto significativo especialmente para os profissionais, que diz respeito à necessidade de valorizar o momento do exame físico na construção da relação com a criança.

✓ **Compreensão das informações**

Com exceção de três crianças que não verbalizaram, as demais demonstraram ter assimilado algumas informações da consulta, saindo do atendimento com noções gerais das principais orientações e encaminhamentos, embora bastante incompletas.

Que ela teria que me levar ao dentista. (...) Escovar os dentes (em casa). (C6)

Tem que colocar um cremezinho aqui (no pênis). (...) comer menos chocolate, biscoito, doce, pão. (...) Tem que ir no dentista e no médico de olho. (C7)

...tem um probleminha no joelho, que tem que arrumar. (C8)

...lavar (o rosto) 3 vezes por dia com sabonete... de manhã, quando chega da escola...e à noite! (...) Ele falou que o cabelo cair é normal. Ele mandou comprar xampu azul ou... (...) Eu tenho que tomar 3 remédios... um é o da pele! E mais um...aí pediu xampu...que é dois...e mais um lá...e tem mais um outro que eu não me lembro... eu tenho alergia ao iodo e coisa com pimenta. (C10b)

...a língua não tá...não é... não precisa cortar! (...) e a fonodióloga... (C10a)

As respostas das crianças demonstraram que embora o médico não as tenha incluído, no momento de informar os participantes, nem envolvido no seguimento das orientações, independente da idade, elas estiveram atentas ao que foi dito sobre elas, sinalizando que têm condições de fazer parte do seu processo de cuidado (em maior ou menor grau, de acordo com sua idade).

Nesta perspectiva, o modelo bio-ecológico proposto por Bronfenbrenner traz contribuições importantes, pois identifica o **processo proximal** do desenvolvimento como sendo determinado pelas interações persistentes e cada vez mais complexas da pessoa com os vários contextos do ambiente que a cerca (Bronfenbrenner, 1986 e 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998). Dessa forma, a consulta pediátrica constitui-se em um contexto de interação da criança, e o profissional, como o agente do desenvolvimento, uma vez que pode integrá-la, de forma ativa, a este ambiente de troca e garantir-lhe possibilidade de apropriar-se destas informações de forma a utilizá-las em outras situações de interação (Kazak & cols., 1995). Outro aspecto importante diz respeito à perspectiva da criança de passar a perceber-se ouvida e solicitada a participar, e isto ser expandido também a outros ambientes de sua vida, garantindo-lhe um aprendizado de novas formas de posicionar-se e situar-se frente às pessoas e situações. A interação se caracterizaria, então, como um processo proximal de desenvolvimento para a criança, pois ampliaria suas possibilidades de ser e estar no mundo.

As limitações cognitivas da criança não a impedem de buscar sentido e entendimento sobre o que está lhe acontecendo, apropriando-se, assim, da compreensão sobre o que representa sua doença e seu tratamento e potencializando seus recursos de enfrentamento. Ao contrário, a criança e sua família necessitam nomear, definir, conhecer a origem e as conseqüências de seu estado de saúde para buscar sentido e atribuí-lhe significado (Crepaldi, 1999a). Este aspecto viria ao encontro do que vários autores têm sinalizado: a informação é um dos subsídios para que se construa o conhecimento e se desenvolva a noção de responsabilidade na criança, aspectos importantes para o seu desenvolvimento cognitivo e

psicossocial (Machado, 1979; Pantell e cols., 1982; Ceccin, 1997; Crepaldi, 1999a; Blanco, 1999).

Apesar da pouca inclusão das crianças no atendimento, sua compreensão das informações deveu-se, então, à adequação da linguagem utilizada e a características próprias à sua idade.

✓ **Medo do médico**

Quando questionadas sobre o sentimento que o médico despertava nelas, três crianças trouxeram o medo como um sentimento associado ao médico.

Com relação à formação dos conceitos, Redpatt & Rogers (1984) comentam que crianças, até 7 anos sempre possuem algum conceito prévio sobre o médico e costumam associar sua atuação com “consertar” o corpo ou “olhar você”, e tendem a confundir as noções de causa e efeito, passando a acreditar que as pessoas se machucam no hospital, ou seja, o médico, o hospital ou o sangue é que causam as doenças. As crianças maiores, porém, possuem maior clareza sobre o papel do médico, mas acreditam que as pessoas são responsáveis por suas doenças, associando-as à culpa e castigo, sendo que elas acontecem somente quando você fez algo mau. Neste aspecto, ganha importância a função informativa do médico, que, ao prover informações sobre as causas e conseqüências das doenças e dos sintomas, desmistifica a forma como a criança o vê, além de garantir a construção de representações sociais menos distorcidas.

Neste estudo, vários aspectos abordados por estes autores não puderam ser observados, apenas o que diz respeito à atuação do médico, sendo que a maioria das crianças referiu o fato de terem vindo à consulta para que o médico “as olhasse”. Um aspecto que precisa ser apontado é que a idade das crianças deste estudo encontra-se concentrada no limiar apontado como o de mudança de percepção das crianças, e por isso não foi possível identificar discrepâncias na forma como as crianças o percebiam.

Ajuriaguerra (s/d), refere que a relação que a criança constrói com o médico é definida por ela de forma ambígua, mas as experiências anteriores com o profissional sempre contribuem na forma como ela encarará os futuros contatos. Este entendimento parece ilustrar o sentimento expresso pelas crianças, pois mesmo aquelas que referiram o medo, não souberam dizer sua origem, sua intensidade ou suas causas. Tais causas, porém, pareceram estar relacionadas às informações trazidas pelas mães, sendo determinadas por experiências traumáticas anteriores e sentimentos aprendidos com a família, em suas experiências anteriores com médicos ou serviços de saúde.

Mesmo aquelas crianças que referiram medo de médico disseram ter ficado tranquilas, durante esta consulta, o que sugere que as características da consulta de pediatria geral (ausência de doença pré-existente e de situações de dor e sofrimento), associadas a uma interação afetiva e acolhedora do profissional, puderam transmitir a imagem do médico associada à segurança, sendo visto como uma figura protetora e cuidadora, o que potencializa seu papel como educador e orientador.

3.6. Análise dos Desenhos das Crianças

Após a conclusão do desenho, foi realizado um inquérito acerca de sua produção para averiguar sua conexão com os dados obtidos na entrevista.

O desenho foi percebido como um importante instrumento de expressão das crianças, bem como uma preciosa técnica de coleta de dados em pesquisas com crianças, confirmando os dados já identificados na literatura (Fávero & Salim, 1995; Hart & Chesson, 1998; Silva, 1998), sendo que houve maior expressão de significados acerca da consulta no desenho das crianças do que em suas falas, especialmente daquelas crianças que falaram pouco durante a entrevista.

Todas as crianças responderam ao pedido, desenhando, e somente uma criança não desenhou algo relacionado ao tema sugerido – a consulta médica - dizendo não saber.

Em sua grande maioria, os desenhos apresentaram-se coloridos, com muitos detalhes e a qualidade do traçado e suas características mostraram-se de acordo com o nível de desenvolvimento da criança e sua habilidade específica, sendo que estes aspectos não foram analisados.

Nos desenhos que seguiram a sugestão do tema (10 desenhos), em nove o médico foi representado, a criança, também em nove, a mãe, em três, e a pesquisadora, em um (C2), sendo que uma das crianças desenhou apenas os acessórios médicos. Ou seja, em nove desenhos a criança desenhou-se junto ao profissional médico, sendo que nestas ocasiões, havia proximidade física entre eles. Nos outros três desenhos em que a mãe também foi representada, esta aparecia como uma figura de apoio, geralmente estando sentada ao lado, um pouco afastada da situação de interação médico/criança (conforme desenho C2).

Todas as crianças referiram ser elas próprias, as crianças representadas em seu desenho e utilizaram-se dele para falar sobre seu atendimento.

Durante as entrevistas, seis crianças apontaram o exame físico como o melhor momento da consulta, e nos desenhos, cinco crianças referiram que esta foi a situação representada.

A representação gráfica das crianças vem confirmar o relato das entrevistas, em que referiram que gostaram do profissional que as atendeu, e especialmente do momento do exame físico, por ter sido o momento de maior proximidade e de maior atenção despendida à criança.

... porque foi quando ele olhou pra mim. (C8)

Estes aspectos sinalizam o desejo e a disposição das crianças em participarem do atendimento, geralmente também das questões informativas. Isto vem ao encontro ao que os autores apontam, de que a criança anseia por informação, sendo que é o médico que tende a subestimar seu desejo de participação (Haight e cols., 1985; Redpath & Rogers., 1985; Worchel e cols., 1995; Bartholomé, 1995; Lapacó e cols., 1996; Hart & Chesson, 1998; Young e cols., 2003).

As observações das consultas também forneceram indícios de que o médico identifica o momento de aproximar-se da criança, de tocá-la, como um momento crítico da consulta, da perspectiva da criança, sendo o momento em que esta pode ficar assustada e com medo. Em função disso, utilizaram-se de estratégias e recursos como fechar a porta, fornecer mais informações, fazer comentários lúdicos sobre características da criança e solicitar a aproximação da mãe.

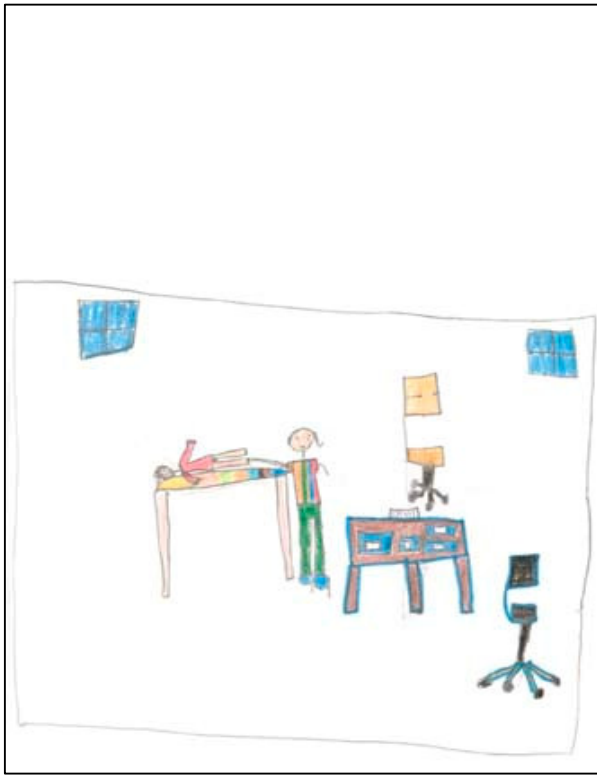
Os relatos das crianças e seus desenhos sinalizaram que os cuidados e as estratégias adotados pelos profissionais foram bem sucedidos, pois ao contrário de elas perceberem o momento do exame físico como ameaçador, este foi sentido como lúdico e agradável, merecendo ser representado em seus desenhos e em suas falas como o melhor momento da consulta. Outra informação que confirma esta percepção é o fato de, em todos os desenhos, as figuras humanas representadas terem apresentado expressões fisionômicas sorridentes, tanto a do médico quanto a da criança.

Estas informações apontam para a necessidade de o médico valorizar mais a interação direta com a criança, e, especialmente, valorizar a atenção e escuta que é dada às crianças, durante todo o atendimento.

Quanto ao papel e importância atribuídos ao pediatra nos desenhos, este sempre foi representado com destaque pelas crianças, sendo geralmente a maior figura desenhada ou representada com as cores mais fortes.

Algumas crianças preocuparam-se com a fidelidade a detalhes do ambiente da consulta (móveis, mesma cor dos móveis e das roupas dos envolvidos, presença da pesquisadora, instrumentos médicos), bem como outros detalhes comuns em desenhos infantis: nuvens, sol, árvores, flores e casas.

A seguir serão apresentados alguns exemplos dos desenhos realizados, com a intenção de ilustrar os aspectos referidos anteriormente.



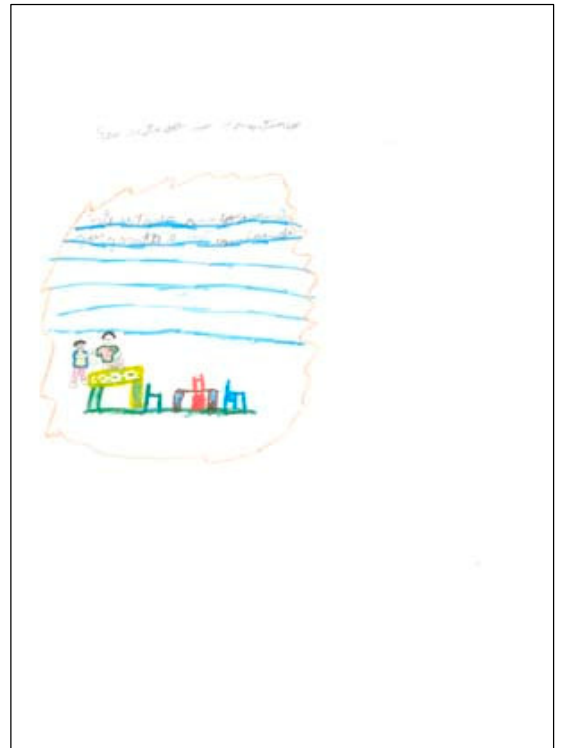
Desenho C4



Desenho C2



Desenho C8



Desenho C10b

Texto: Eu estava no consultorio
Ele estava vendo a minha garganta e mi ixaminando

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal perspectiva de caracterizar o processo de comunicação entre os usuários de um serviço pediátrico e seus alunos residentes, diz respeito à possibilidade de promover uma reflexão acerca da prática pediátrica, através da possibilidade de ouvir todos os envolvidos no processo de atendimento.

A disponibilidade e despojamento dos profissionais em permitirem ser observados por uma psicóloga, colega de equipe, é elogiável e reflete o despojamento, a humildade e a coragem, quesitos fundamentais para o processo de aprendizagem.

O padrão de consulta de pediatria geral, observado neste trabalho, pareceu refletir a realidade do atendimento ambulatorial do Programa de Residência Médica em Pediatria, e dessa forma, pode ser utilizado como modelo de aprendizagem, por refletir e abordar aspectos concretos do dia a dia do serviço. Respeitando a diversidade de objetivos e propostas, outros profissionais podem também utilizá-lo como subsídio para reflexão de sua prática profissional.

O tempo destinado às consultas iniciais em Pediatria demonstrou ser suficiente para o início da interação médico/criança/família e aos objetivos preconizados para este momento, superando, inclusive, aquele sugerido pela literatura. O bom atendimento prestado, na perspectiva das mães e crianças, também deveu-se à garantia de tempo suficiente para a consecução destas metas.

Os profissionais demonstraram boa capacidade de interação, especialmente com as crianças, sendo que isto foi constatado através da avaliação positiva das mães e crianças sobre a consulta e da observação da pesquisadora.

No decorrer de toda a consulta, esta atenção pôde ser traduzida através de vários comportamentos e cuidados adotados pelo profissional, tanto no manejo com as crianças quanto das mães. A expressão desta atenção observou-se através de: comentários de tranquilização, sorriso, cumprimentos; cuidado em arrumar a cadeira para receber os usuários e bem acomodá-los; atenção nos momentos de escuta, contato visual com os participantes, expressões e gestos de compreensão ao que estava sendo dito; realização das anotações após a conclusão da fala; sinais de que mesmo quando a criança não estava participando diretamente do diálogo, ela estava sendo olhada e percebida; tratamento afetuoso da criança; toque físico delicado, cuidado com o seu bem-estar físico (esquentar estetoscópio

e as mãos, atentar para que a criança não passasse frio durante o exame); explicações sobre procedimentos; brincadeiras e comentários lúdicos; repetição das explicações e checagem verbal da compreensão; e, preocupação com o desenvolvimento e cuidado global da criança.

Com relação à recepção, porém, percebeu-se a falta de um cuidado maior nas apresentações: solicitar o nome da mãe ou buscar esta informação no prontuário (e fixá-lo para usá-lo rotineiramente na consulta) e também apresentar-se e explicar os objetivos da consulta. Estas estratégias viriam ao encontro da necessidade de acolher e tranquilizar os usuários e dar-lhes subsídios para lidarem com a insegurança normal desta fase do atendimento, que costuma ser um momento ansiogênico, tanto para a mãe quanto para a criança. Para a mãe, porque esta terá que confiar a uma pessoa desconhecida, aspectos íntimos da vida de seu filho e também de sua família; e para a criança, que é o foco da consulta, pois ela sabe que é dela que se falará e que será olhada e examinada, tendo vindo muitas vezes à consulta contra a sua vontade, ludibriada pelos pais ou sob ameaça.

A preocupação predominante em todas as consultas observadas foi a coleta de informações sobre a criança, sendo destinado a este momento, o maior tempo da consulta (40,6% do tempo total) . Embora este aspecto seja fundamental para o início do trabalho do médico, pois conhecer a criança é o principal objetivo deste momento, a necessidade de seguir um roteiro, em algumas consultas, pareceu “engessar” o profissional na seqüência e na determinação de quais informações eram importantes para aquele momento, com riscos de não estar realmente aberto e disponível para identificar a necessidade dos usuários.

Em conexão com o aspecto citado acima, o médico é o responsável pelo direcionamento do atendimento e é quem toma a iniciativa na interação, sendo observado como o maior emissor durante as consultas.

O padrão de comunicação observado, então, no decorrer de toda a consulta (exceto durante o exame físico) foi a polarização da interação na díade médico/mãe, com o uso intensificado de perguntas direcionadas, determinando o assunto a ser focado.

Mesmo quando se observou o uso de perguntas abertas, elas já traziam implícito o tema a ser abordado, sendo que, apenas no início da consulta, as questões foram realmente abertas, com a intenção de permitir às mães expressar suas preocupações. Às crianças, porém, este espaço não foi aberto, em nenhum momento do atendimento.

Como o médico é o direcionador da consulta, é ele quem garante os espaços para comentários espontâneos, sendo que isso foi observado em poucos momentos da consulta. Com relação às mães, estas limitaram-se em responder ao que lhe era solicitado, e parecem não terem se sentido confiantes o suficiente para abrirem estes espaços de expressão,

independente da iniciativa do profissional. Em suas avaliações da consulta, as mães não trouxeram este aspecto como negativo, parecendo ter incorporado o padrão de atendimento que é oferecido à clientela de baixa renda, pelas instituições públicas de saúde, ou o modelo de relação médico-paciente socialmente estabelecido, onde “*o modo como médico e paciente reconhecem os direitos que cabem a este último define, também, o espaço a ser ocupado pela mãe no interior do consultório*” (Sucupira, 2002, p. 49), e as iniciativas que esta pode tomar, questões estas, implícitas na relação de poder que perpassa a relação entre o médico e seu paciente.

Um aspecto extremamente importante no que diz respeito à comunicação entre médico e usuários é a necessidade de perceber que a dificuldade de comunicação não se explica apenas por diferenças na linguagem ou nível de instrução, nem à dificuldade de entender termos técnicos, “*a diferença não é só léxica, mas é também sintática*” (Sucupira, 2002, p. 50). Isto implica em entender que os discursos do médico e do paciente estão distantes e têm sentidos e significados diferentes, ou seja, mais do que se fazer entender, é necessário que médico e paciente se aproximem e busquem uma compreensão empática das questões de saúde/doença, e construam sentidos comuns.

A qualidade da comunicação que se estabelece no atendimento médico está, então, diretamente ligada ao tipo de relação que se estabelece entre o médico e seu paciente, e traz embutida a percepção que cada envolvido tem sobre sua responsabilidade no processo de saúde e doença.

De maneira geral, não se observou, nas consultas, uma discussão ou reflexão sobre o cuidado e a construção de práticas de saúde, sendo que se percebeu ainda muito presente a expectativa das mães de respostas ou soluções “mágicas” dos problemas, pelos médicos ou pela tecnologia, através dos exames complementares.

A valorização que as mães atribuíram aos exames laboratoriais como via de conhecimento da saúde da criança foi um aspecto que se apresentou recorrente, no decorrer das consultas, e também no discurso das mães, durante a entrevista, sendo que algumas delas identificaram os exames como até mais importantes do que o próprio conhecimento do profissional. Neste sentido, a incorporação da tecnologia na prática clínica, tão necessária ao melhor estabelecimento do diagnóstico e tratamento, correu o risco de suplantando a relação médico/cliente, minimizando seus efeitos e benefícios e desqualificando o olhar e a escuta do profissional.

É consenso entre os autores que estudam a relação médico/cliente que a base para a eficácia terapêutica pressupõe um intercâmbio entre o médico e o paciente, dirigido à

elaboração do diagnóstico e à compreensão intelectual e emocional do paciente. Esta compreensão passa, inevitavelmente, durante a entrevista médica pela comunicação que se estabelece entre os participantes (Machado, 1979; Capra, 1982; Clavreul, 1983; Branch e cols, 1991; Zimmerman, 1992; Gauderer, 1993; Abdo, 1996; Andolfi, 1996; Soar Filho, 1998; Caprara & Franco, 1999; Sucupira, 2002).

Sendo assim, a qualidade da comunicação está fortemente atrelada à habilidade do médico em comunicar-se, sendo que essa habilidade interfere diretamente na interação que se estabelece e na aquisição de informações e dados clínicos. Saber escutar e olhar o paciente são pressupostos de uma boa comunicação e é *“através da leitura das necessidades, medos e expectativas do paciente que o médico pode efetivamente resolver muitos dos problemas trazidos pelo cliente e, ainda, chegar a compreender a dinâmica da mãe em relação à doença da criança”* (Sucupira, 2002, p.50).

As mães, em suas entrevistas, trouxeram este aspecto com destaque, especialmente a escuta às necessidades das crianças, o olhar, o toque e o cuidado em seu trato. Esta escuta e este olhar para a criança foi entendido como diretamente ligado à adesão ao tratamento, o que é confirmado pela literatura (Pantell e cols., 1982; Lopes, 2000; Oliveira, 2000; Sucupira, 2002).

A linguagem utilizada pelo profissional, durante todo o atendimento, por ser simples, de fácil compreensão e adequada ao nível de entendimento, tanto da mãe quanto da criança, foi identificada como um fator de aproximação entre os participantes. Este dado se confirma pela percepção das mães de terem sido ouvidas e compreendidas, e, principalmente, pelo fato de demonstrarem boa compreensão das informações e orientações ao final da consulta.

Conforme o que vem sendo abordado, percebe-se que da comunicação depende a qualidade da informação, para que esta possa ser transformada em conhecimento e em mudança de comportamento. Dessa forma, é importante ter claro que comunicar *“vai além da expressão dos sentimentos e experiência de vida ou da simples informação dada a outrem ou comentada à sua frente”*, como bem assinalou Salomé, 1994 (p.40).

Segundo o Dicionário Aurélio, **informar** diz respeito a dar informe, instruir, ensinar ou dar notícia ou informação a alguém sobre alguma coisa, enquanto **comunicar** implica tornar comum, participar, pôr em contato ou estabelecer e promover entendimento e convívio. Fica claro que se preocupar com a comunicação é mais do que simplesmente transmitir informação, mesmo que isso seja feito de forma adequada, com uma linguagem acessível aos usuários. Comunicar implica, então, preocupar-se em estabelecer uma relação de trabalho e de

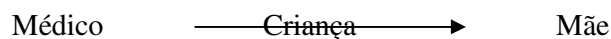
confiança entre os participantes, onde se garanta o espaço de expressão das dúvidas e expectativas de todos os envolvidos e se construa um espaço de reflexão das ações de saúde.

Zimerman (1992) traz uma contribuição importante quando faz a diferenciação entre ensino e educação. Seguindo o aspecto etimológico das palavras, ele esclarece que a palavra **ensino** refere-se a “colocar dentro do aluno” uma carga de informação (en = dentro e signo = informação), enquanto **educação** diz respeito a dirigir para fora os recursos que, em estado potencial, já estão dentro do indivíduo (ed + ducare).

Resgatando o papel geralmente atribuído ao pediatra (pela literatura e pelas mães durante as entrevistas) de ser uma pessoa de referência para a criança e a família, um orientador do desenvolvimento, é importante identificar que este papel deve ser o de *educador* e não o de *ensinador* ou *prescritor*, ou seja, o pediatra deve potencializar os recursos e os conhecimentos que a criança e sua família tenham, com vistas a buscar a construção de novos padrões de comportamento e nova postura e responsabilidade frente aos cuidados de saúde. O profissional deve saber que educação, visando aquisição ou modificação de comportamentos, não se consegue apenas através de aulas, conselhos ou simplesmente do repasse de informações, mas quando estes vêm acompanhados de espaços que propiciem reflexão, garantidos pelo estabelecimento de uma relação de ajuda pelo compartilhamento e valorização de responsabilidades e saberes.

Quando o curar e o cuidar significam a afirmação apenas da técnica e do olhar do profissional sobre a criança, estrutura-se um processo pedagógico em que o conhecimento e o saber pertencem ao outro, reduzindo a potência de ação do conhecimento e sua produção de uma positividade à doença e hospitalização.
(Ceccim, 1997, p. 32)

O fato de, neste estudo, as crianças não terem sido incluídas, durante o fornecimento das informações e das orientações, caracterizou um padrão de centralização do saber e da responsabilidade nos adultos. Assim, a consulta pediátrica observada constituiu-se como um momento em que se fala *sobre a criança*, mas não se fala *para a criança*. Esta comunicação poderia ser assim representada, esquematicamente:



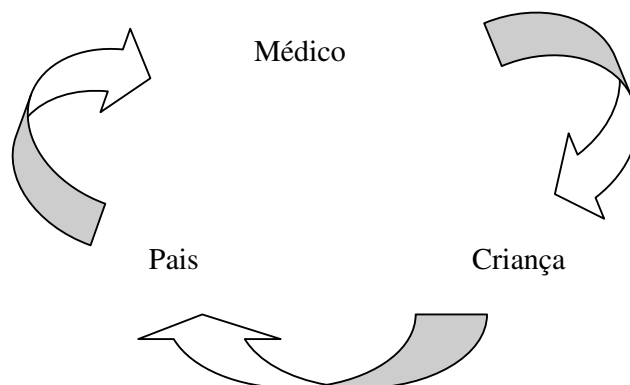
Não incluir a criança na consulta médica é desqualificar seu conhecimento, não potencializando a situação de atendimento como possibilidade de aprimoramento de suas capacidades psicossociais e incremento da sensação de competência e eficiência em enfrentar novas situações (Bronfenbrenner, 1986 e 1994; Ceccin, 1997; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Crepaldi, 1999a e Blanco, 1999). Perde-se, então, uma possibilidade ímpar de

crescimento, uma vez que a natureza não usual e corriqueira de uma visita ao médico é o que a valoriza como um momento de influência sobre o aprendizado e o comportamento (Pantell, 1982).

A dificuldade compreensiva da criança é o principal argumento utilizado pelos profissionais como motivo de sua não-inclusão no processo de informação. Entretanto, sabe-se que, dentro de suas possibilidades, a criança buscará sentido e entendimento ao que está lhe acontecendo. O risco que se corre é que ela perceba de forma distorcida o que se fala sobre ela, inclusive, não vendo o médico como uma pessoa de confiança e de referência em sua vida, desresponsabilizando-se por seu cuidado e sua saúde.

As crianças declararam sua vontade de serem incluídas na consulta, quando demonstraram estar atentas ao que se falava sobre ela, saber repetir aspectos principais sobre seu cuidado, e falar e desenhar a valorização e anseio pelo contato com o profissional médico. Isto se observa ao identificarem o momento do exame físico como o mais agradável da consulta, justamente quando nele a interação entre o médico e a criança acontece, de forma mais intensificada. Percebe-se que o médico que tende a subestimar o desejo de participação e informação da criança na consulta (Pantell e cols., 1982; Haight e cols., 1985; Redpath & Rogers., 1985; Claflin & Barbarin, 1991; Worchel e cols., 1995; Bartholomé, 1995; Lapacó e cols., 1996; Hart & Chesson, 1998; Young e cols., 2003).

Com base nestas constatações, o padrão de comunicação sugerido como inclusivo, com maiores chances de resgatar e valorizar os saberes e a participação dos envolvidos, seria um padrão circular, onde a informação fluísse entre os participantes, garantindo uma relação mais igualitária, e poderia ser assim representado:



Com relação aos modelos de comunicação observados, às mães foi reservada a possibilidade de terem acesso às informações técnicas e deliberativas do atendimento,

enquanto às crianças foi destinado um padrão de interação afetivo apenas, sem acesso a uma participação efetiva.

A presença, porém, desta habilidade relacional afetiva do profissional mostrou-se extremamente importante no decorrer dos atendimentos, tanto nas interações endereçadas à criança, quanto à mãe. A atitude de proximidade afetiva do médico garantiu um clima acolhedor durante a consulta, na qual o sentimento de empatia pôde ser percebido e identificado como facilitador na interação. Esta atitude fez com que se somasse o conhecimento profissional com o envolvimento afetivo, permitindo a compreensão das reações emocionais dos envolvidos, potencializando suas possibilidades de engajamento no processo de adesão às orientações, que é entendido como algo compartilhado (Machado, 1979).

Quanto às estratégias para atingir a compreensão dos usuários, os médicos utilizaram-se, predominantemente, de recursos verbais (em especial os orais), com uso restrito de outras formas de comunicação (desenhos, figuras, apontamentos, anotações por escrito...) como meio de esclarecimento. Este aspecto parece ter sido determinado pelo fato de que as informações circularam entre “os adultos” presentes, ou seja, os médicos parecem não ter identificado a necessidade de usar estratégias complementares ao transmitirem as informações para as mães. O fato de as mães terem repetido as orientações e informações recebidas, durante as entrevistas posteriores, sinaliza que a compreensão das informações, por parte das mães, parece ter sido garantida, apesar dos recursos limitados que foram utilizados.

A presença da mãe nas dez consultas observadas foi uma questão que chamou a atenção, no que diz respeito à ausência do pai no acompanhamento de saúde do filho. Dos acompanhantes contactados, anteriormente à consulta, um único pai esteve presente ao serviço, mas compareceu com o objetivo explícito de permanecer na sala de espera com um filho menor, enquanto a mãe acompanhava o outro ao atendimento. Percebeu-se, então a não-inclusão dos pais nos cuidados de saúde das crianças, sendo que, em nenhum atendimento, houve qualquer referência do profissional à participação do pai, tanto na consulta quanto nos cuidados domiciliares. Dessa forma, a mãe parece ser vista como a “cuidadora natural” da criança e responsável exclusiva pelo seguimento das orientações, sendo o membro da família a quem esta tarefa é delegada. Observou-se, então, o alijamento da figura paterna, muito embora pareça que os pais aceitem passivamente esta posição de exclusão (Kazak & cols., 1995; Crepaldi, 1999a). Da mesma forma, a maioria dos autores refere-se apenas à mãe, quando se reporta ao responsável pela criança e ao seguimento das orientações, no âmbito domiciliar.

A ocorrência, freqüentemente observada durante as consultas, de interrupções no atendimento e a incidência de ocasiões em que a porta interna permaneceu aberta, foram questões enfocadas neste estudo. Elas sinalizaram a naturalização de situações em que o clima de confidencialidade e acolhimento da consulta foi ameaçado, com riscos ao estabelecimento de uma relação positiva de trabalho entre os participantes, além da exposição desnecessária e indevida da intimidade da família e do corpo da criança. Neste sentido, pequenos ajustes na rotina do serviço, bem como maior esclarecimento sobre a importância de se preservar a privacidade do atendimento poderiam reduzir significativamente as intercorrências observadas.

Um aspecto que mereceu destaque pela baixa freqüência foi o pouco reforço, pelo profissional, às condutas adequadas dos pais em relação ao desenvolvimento e crescimento de seus filhos, bem como aos hábitos e comportamentos da criança que promovessem seu desenvolvimento saudável. Os médicos deixaram de utilizar-se de estratégias eficientes de manutenção de comportamentos e não identificaram que seu elogio e sua demonstração de apoio a condutas adequadas tomadas pela família *“fornece aos pais uma sensação de satisfação com o progresso da criança e estimula os esforços que estão fazendo para criar e educar seus filhos”* (McCarthy, 1997, p.32).

Esta questão parece estar relacionada ao fato de que as famílias desejam ter o pediatra como uma figura de referência e apoio, ultrapassando as dificuldades ligadas ao aspecto físico, valorizando seu papel de modelo de condutas e “conhecedor da família”, mas os médicos residentes que as atenderam, embora tenham dado ênfase abrangente à consulta, envolvendo vários aspectos preventivos no cuidado, não parecem ter se colocado neste papel.

Isto nos remete ao caráter transitório da passagem destes profissionais pelo serviço, ou seja, a questão sempre presente de que eles têm um tempo definido de permanência e a possibilidade de acompanhar de forma restrita estes pacientes. Em relação aos profissionais acompanhados, eles encontravam-se no último semestre de residência, e embora voltassem a atender estes pacientes antes de sua conclusão, o fariam por mais uma vez, em média. É importante ressaltar que embora as mães tenham conhecimento desta condição, nenhuma delas mencionou este aspecto como um empecilho ao estabelecimento da relação profissional.

Se a característica da inconstância do atendimento por um mesmo profissional é uma realidade em um serviço de atendimento de saúde público, onde a organização da prática médica geralmente impede que as relações interpessoais se mantenham permanentes (Schraiber, 1999; Sucupira, 2002), isto só tende a se agravar quando estes profissionais são residentes. Embora o aprendizado implique na necessidade de contato com um grande número

de pessoas e situações diferentes, o que tranquiliza é que apesar dos profissionais não vislumbrarem uma relação continuada com estes pacientes, isto não se refletiu em um atendimento impessoal e em ações mecânicas, o que garantiu a construção de vínculos de confiança com os usuários.

Tendo em vista todos os aspectos até aqui expostos, percebe-se que alguns cuidados podem ser tomados, seja pela Instituição que oferece a prestação de serviços em saúde e propõe-se a preparar profissionais, seja pelos responsáveis pela residência médica em Pediatria e todos os profissionais que atendem crianças e suas famílias, com vistas a auxiliá-las em seu processo de crescimento e desenvolvimento, garantindo a qualidade dos serviços prestados, bem como a qualidade de vida e da relação dos envolvidos com o processo de cuidado, entre eles:

- ✓ Garantir que o momento da Residência Médica seja um período de questionamentos e reconhecimento das próprias emoções e sentimentos do profissional, ou seja, um momento onde se priorize especialmente a reflexão e não simplesmente a ação.
- ✓ Ampliar a compreensão pelo próprio médico de sua importância para as famílias, para além dos aspectos curativos, reforçando o potencial de educador e apoiador do desenvolvimento, garantindo a possibilidade do pediatra ser realmente um agente de saúde.
- ✓ Garantir, durante a Residência, o acesso a outros modelos e contribuições teóricas (Psicologia, Sociologia, Pedagogia, Teoria da Comunicação...), contemplando a interdisciplinaridade, com o objetivo de melhorar a competência dos futuros pediatras na identificação e compreensão das demandas de seus pacientes, levando em consideração o que o paciente tem a dizer, além do que ele tem a mostrar, o que, conseqüentemente, humanizaria a prática clínica.
- ✓ Atentar para que as conquistas e aprendizados obtidos no período da Residência sejam concretizados pela prática clínica posterior, e que esta, traga confiança e sedimentação do conhecimento, no sentido de proporcionar tranquilidade e segurança para aperfeiçoar a capacidade de comunicação. Além disso, que os cuidados e estratégias adotados pelos profissionais, neste estudo (atenção, empatia, cordialidade), não sejam perdidos com a urgência, a pressão da demanda e do tempo e a insuficiência de recursos, próprios de muitos serviços de saúde.

- ✓ Tentar evitar a massificação e a impessoalidade no atendimento do Ambulatório de Pediatria, através da diminuição do número de consultas ou ampliação do tempo dos profissionais efetivos para os atendimentos, possibilitando a fixação da clientela a um mesmo profissional, garantindo a constância da relação entre a criança e sua família a um pediatra de referência.
- ✓ Dar voz ativa às crianças durante a consulta, valorizando seu conhecimento, sua percepção e sua versão sobre sua saúde, bem como envolvê-la nos aspectos referentes ao seu cuidado, como forma de promover o sentimento de responsabilidade e compromisso, contribuindo para a formação de futuros cidadãos.

Com relação à instituição e seus profissionais, a realização de pesquisas que avaliem a aderência dos usuários às orientações e prescrições, no decorrer do seguimento de saúde, seria uma forma de complementar as informações obtidas neste estudo, bem como identificar a eficiência e o impacto das estratégias de comunicação, a médio e longo prazo, na saúde das crianças.

Outro aspecto que merece atenção é a satisfação dos usuários com o atendimento recebido, com a participação ativa das crianças, especialmente na situação de seguimento continuado. Pesquisas abordando este aspecto apontariam aspectos referentes a questões estruturais e relacionais do atendimento, com possibilidade de fornecer subsídios importantes para a adaptação ou mudança na rotina institucional, visando uma qualidade ainda maior no atendimento.

Enfim, as sugestões acima e todo o corpo deste trabalho estão voltados à ampliação do entendimento do médico, do hospital e, especialmente, da consulta pediátrica no processo de saúde-doença, para seus usuários, para além daquela compreensão associada à dor e ao sofrimento, mas ao contrário, como promotores de desenvolvimento e da saúde para a criança e sua família.

Neste sentido, justifica-se a escolha do modelo **Bio-Ecológico do Desenvolvimento** para permear a compreensão deste estudo, uma vez que, neste modelo, todos os aspectos e contextos da vida da pessoa: sua individualidade, os processos proximais, seu contexto e o tempo como perspectiva histórica de vida e da família, estão interligados e determinam o desenvolvimento.

O médico e a instituição de saúde estariam presentes em vários níveis dessa equação, podendo promover os processos proximais de desenvolvimento através da interação ativa e

educadora, tornando-se contextos promovedores do desenvolvimento, e, dessa forma, incluir-se na história dessa criança e sua família em uma perspectiva longitudinal de seguimento (Kazak & cols., 1995). Sendo assim, em função da importância atribuída a estas questões, elas foram repetidas ao longo de todo o trabalho.

Não foi intenção deste estudo avaliar o atendimento médico realizado, nem a capacidade de atendimento dos alunos- residentes e ainda menos, o Programa de Residência em Pediatria, mas sim, de ajudar a promover o crescimento de todos os envolvidos na proposta de atender crianças e suas famílias.

Espera-se que este estudo tenha trazido contribuições no sentido de que os envolvidos com o atendimento pediátrico valorizem sua importância e participação no processo de vida da criança, percebendo-se agentes imprescindíveis e resgatando a atividade e participação de todas as pessoas e contextos que se ligam e determinam a sua melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, de saúde. E que essa perspectiva possa estar presente desde o início da formação do pediatra.

REFERÊNCIAS

- Abdo, C.H.N. (1996). Armadilhas da comunicação: O médico, o paciente e o diálogo. São Paulo: Lemos Editorial.
- Ajuriaguerra, J. (s/d). Manual de psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Masson/Atheneu.
- Alcântara, P. (1999). Introdução ao Estudo da Pediatria. Em E. Marcondes (Org.), Pediatria Básica (pp. 3-9), 8ª ed. São Paulo: Sarvier.
- Alderete, J.M.S. (1999). Relação pediatra-criança-família no Centro de Saúde. Em H. Issler, C. Leone & E. Marcondes (Orgs.), Pediatria na atenção primária (pp. 20-23). São Paulo: Sarvier.
- Anderson, H. & Goolishian, H.A. (1994) Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la teoria clínica y la terapia familiar. Revista de Psicoterapia, vol. II (6/7), pp. 41-71.
- Andolfi, M. (1996). A linguagem do encontro terapêutico. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Baeza, R.H. & Bueno, S.G. (1997). Características generales de la comunicación médico-paciente. Rev. Méd. Chile, 125: 346-350.
- Bardin, L. (1977). Análise de conteúdo.(Trad. L.A. Reto & A. Pinheiro). Lisboa: Edições 70.
- Bartholomé, W.G. (1995). Informed consent, parental permission and assent in pediatric practice. Pediatrics. 96: 981-2.
- Bacheschi, L.A. (1998). A residência médica. Em: E. Marcondes e E.L. Gonçalves (Orgs.). Educação Médica. (pp. 369-373). São Paulo: Sarvier.
- Biasoli-Alves, Z.M.M. (1998). A pesquisa psicológica: A análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa. Ribeirão Preto. pp 135-157.
- Blanco, M.P.P. (1999). El niño hospitalizado: Características, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Branch, W.T., Arky, R.A., Woo, B., Stoeckle, J.D., Levy, D.B. & Taylor, W.C. (1991). Teaching medicine as a human experience: A patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. Annals of Internal Medicine, 114:482-9.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. Developmental Psychology, 22(6): 723-742.

- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. International Encyclopedia of Education, pp. 1643-1647, vol. 3, 2^a ed. Oxford: Elsevier Sciences Ltda.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (1998). The Ecology of Developmental Processes. Handbook of Child Psychology, 5^a ed, vol. 1, pp. 993-1028.
- Cabrera, F. (1995). Autonomía limitada en la relación médico paciente. Rev. Chil. Pediatr., 66(2): 81-82.
- Canella, P. & Maldonado, M.T. (1988). A relação médico-paciente em Ginecologia e Obstetrícia, 2^a ed. São Paulo: Livraria Roca Ltda.
- Capra, F. (1982). O ponto de mutação. (Trad. A. Cabral). São Paulo: Cultrix.
- Caprara, A. & Franco, A.L.S. (1999). A relação paciente-médico: Para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública, 15 (3).
- Ceccim, R.B. & Carvalho, P.R.A.(Orgs.) (1997). Criança hospitalizada: A atenção integral como uma escuta à vida. Porto Alegre: Ed. UFRGS.
- Cegala, D.J.; Marinelli, T. & Post, D. (2000). The effects of patient communication skills training on compliance. Arch. Fam. Méd., vol. 9, pp. 58-64.
- Claflin, C.J. & Barbarin, O.A. (1991) Does “telling” less protect more? Relationships among age, information disclosure, and what children with cancer see and feel. Journal of Pediatric Psychology, v. 16, n^o 2, pp. 169-191.
- Clavreul, J. (1978/1983). A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense.
- Chesler, M.A., Paris, J. & Barbarin, O.A. (1986). “Telling” the child with cancer: parental choices to share information with ill children. Journal os Pediatric Psychology, v. 11, n^o 4, pp. 497-516.
- Chiattonne, H.B.C. (1984). Relato de experiência de intervenção psicológica junto a crianças hospitalizadas. Em V.A. Angerami-Camon (Org.), Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo no contexto hospitalar. São Paulo: Ed. Traço.
- Costa, M.C.L. (1999). Atendimento primário em Pediatria. Em: E. Marcondes (Org.), Pediatria Básica (pp. 65-70), 8^a ed. São Paulo: Sarvier.
- Costa Jr, A.L., Coutinho, S.M.G., Couri, M.L. & Rezende, R.R. (2001). O uso de manuais educativos em saúde pediátrica: Um exemplo da hemofilia. Pediatria Moderna, mai, n^o 5, pp. 190-195.
- Crepaldi, M.A. (1989). Hospitalização infantil: Estudo das interações família-equipe hospitalar. Dissertação de Mestrado pela Pontifícia Universidade Católica. Rio de Janeiro.

- Crepaldi, M.A. (1999a). Hospitalização na infância: Representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubaté/SP: Cabral Ed. Universitária.
- Crepaldi, M.A. (1999b). Bioética e interdisciplinariedade: Direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação, vol. 9, nº 16, pp. 89-94.
- Danna, MF. & Matos, M.A. (1999). Ensinando observação: Uma introdução. 4ª ed. São Paulo: Edicon.
- Dessen, M.A.C. & Borges, L.M. (1998). Estratégias de observação do comportamento em Psicologia do Desenvolvimento. Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa. Ribeirão Preto. pp 31-50.
- Emanuel, E.J. & Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. JAMA, 267: 2221-2226.
- Fávero, M.H. & Salim, C.M.R. (1995). A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: Utilização do desenho na coleta de dados. Psicologia: Teoria e Pesquisa, set-dez, vol. 11, nº 3, pp.181-191.
- Foucault, M. (1984a). Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1984b). O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense.
- Franco, S.C. & Campos, G.W.S. (1998). Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. Cad. Saúde Pública. v. 14, nº 1.
- Gauderer, C.E. (1993). Os direitos do paciente: Um manual de sobrevivência. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record.
- Haight, W.L., Black, J.E. & DiMatteo, M.R. (1985) Young children's understanding of the social roles of physician and patient. Journal of Pediatric Psychology, v. 10, nº 1, pp. 31-43.
- Harrison, C., Kenny, N.P., Sidarous, M. & Rowell M. (1997). Bioethics for clinicians: Involving children in medical decision. CMAJ. 156(6): 825-8.
- Hart, C. & Chesson, R. (1998). Children as consumers. BMJ, 316, (pp. 1600-1603).
- Hübner, M.M. (1998). Guia para elaboração de monografias e projetos de dissertação de mestrado e doutorado. São Paulo: Ed. Mackenzie.
- Kazak, A.E., Segal-Andrews, A.M. & Johnson, K. (1995). Pediatric Psychology Research and Practice: A family/Systems approach. Em: M.C. Roberto (Ed.), Handbook of Pediatric Psychology (pp. 84-104). London: The Guilford Press, 2ª ed.

- Klafke, T.E. (1991). O médico lidando com a morte: Aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. Em R.M.S. Cassorla (Org.), Da morte: Estudos brasileiros (pp. 25-49). Campinas: Papyrus.
- Köche, J.C. (1999). Fundamentos de metodologia científica. Petrópolis: Vozes.
- Lapacó, M., Herran, M. & Navari, C. (1996). El manejo de la información en el paciente pediátrico. Arch. Arg. Pediatr.; 94(2): 111-3.
- Leone, C. (1998). A criança, o adolescente e a autonomia. Revista Bioética, 6(1).
- Lopes, V.L.B. (2000). Paciente oncológico “fora de possibilidades terapêuticas”: Comunicações dolorosas e conduta médica. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria, IPUB/Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro.
- Luz, M.T. (1993). Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Estudos em Saúde Coletiva, UER/IMS, n° 62, pp. 1-32.
- Machado, D.V.M. (1979). Relacionamento médico-paciente. Em D.V.M. Machado (Org.) Ação psicoprofilática do pediatra. (pp.01-07). São Paulo: Sarvier.
- Maldonado, M.T. (1976). Dificuldades na relação médico-paciente. Revista Femina, n° 4, 456-459.
- Marcondes, E. (Org.) (1981). Ecopediatria – A força do ambiente sobre a saúde da criança. Monografias Médicas, vol. XVII. São Paulo: Sarvier.
- Marcondes, E. (1999). Ser puericultor. Em H. Issler, C. Leone & E. Marcondes (Orgs.), Pediatria na atenção primária, (pp. 33-48). São Paulo: Sarvier.
- Marcondes, E., Yunes, J., Mascaretti, L.A.S., Leone, C. & Schvartsman, S. (1999). Os fatores ambientais (Ecopediatria). Em E. Marcondes (Org.), Pediatria Básica (pp. 9-25). 8ª ed. São Paulo: Sarvier.
- McCarthy, P.L. (1997). A Criança Sadia. Em Behrman, Kliegman & Arvin (Orgs.), Nelson – Tratado de Pediatria (pp. 29-33). 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Meade, J.A., Lumley, M.A. & Casey, R.J. (2001). Stress, emotional skill, and illness in children: The importance of distinguishing between children's and parent's reports of illness. J. Child Psychol. Psychiat., v. 42, pp. 405-412.
- Moraes, M.H.C. (2001). Os fenômenos envolvidos na prática médica: Um estudo da interação médico residente-parturiente. Dissertação de Mestrado em Psicologia, UFSC/Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis.
- Nogueira-Martins, M.C.F. (2001). Humanização das relações assistenciais: A formação do profissional de Saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Oliveira, V.Z. (2000). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças crônicas. Tese de Doutorado, URGs/Instituto de Psicologia/Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Porto Alegre.
- Ortiz, M.R.L. (1997). A psicologia hospitalar na atenção à criança e à família. Em: R B. Ceccim & P.A. Carvalho (Orgs.), Criança hospitalizada: A atenção integral como uma escuta à vida (pp. 72-75). Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS.
- Osborn, L.M. (1997). Pediatria Preventiva. Em: Behrman; Kliegman & Arvin (Orgs.), Nelson – Tratado de Pediatria. (pp. 21-26). 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pantell, R.H., Stewart, T.J., Dias, J.K., Wells, P. & Ross, W. (1982). Physician communication with children and parents. Pediatrics, v.70, n° 3, pp. 396-402.
- Paulo, L.G. & Zanini, A.C. (1997). Expectativas, dúvidas e fantasias da consulta médica. Em L.G. Paulo & A.C. Zanini (Orgs.), Compliance: Sobre o encontro paciente-médico. São Roque/SP: IPEX Editora.
- Pérez-Gaspar, M. (1999). Comunicacion verbal y no verbal. (pp. 1-6). Disponível em: www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/htm/information_sociedade.
- Pileggi, F.L., Marcondes, E. & Alcântara, P. (2002). Observação Clínica em Pediatria. Em: E. Marcondes, F.A.C. Vaz, J.L.A. Ramos & Y. Okay (Orgs.), Pediatria Básica: Pediatria geral e neonatal (pp. 135-152). São Paulo: Ed. Sarvier.
- Rauen, F.J. (1999). Elementos de iniciação à pesquisa. Rio do Sul: Nova Era.
- Rey, F.L.G. (1997). Epistemología cualitativa. Sus implicaciones metodológicas. Revista de Psicologia São Paulo, (5): 13-31.
- Redpath, C.C. & Rogers, C.S. (1984). Healthy young children's concepts of hospitals, medical personnel, operations, and illness. Journal of Pediatric Psychology, v. 9, n° 1, pp. 29-40.
- Roizblatt, A.S., Cueto, G. & Alvarez, P. (1984). Diagnóstico y tratamiento. Que saben los pacientes? Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 97: 491-495.
- Sá, M.R.C. (2000). A modernidade desencantada, a crise da medicina e o imaginário institucional. Revista Brasileira de Educação Médica, 24 (3), 46-52.
- Salomé, J. (1994). Guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional. Petrópolis: Vozes.
- Sano, P.Y., Masotti, R.R., Santos, A.A.C. & Cordeiro, J.A. (2002). Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica. Jornal de Pediatria, vol. 78, n° 02, 140-145.

- Sanches, M.T.M. (2000). Relação médico-paciente. Em R.G. Ricco, L.A. Del Ciampo e C.A.N. Almeida (Orgs.) Puericultura: Princípios e práticas – Atenção integral à saúde da criança. (pp. 329-333). São Paulo: Atheneu.
- Satir, V. (1988/1967). Terapia do grupo familiar. 4ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves. Trad. Achilles Nolli.
- Schraiber, L.B. (1999). O Centro de Saúde. Em H.Issler, C. Leone e E. Marcondes (Orgs.) Pediatria na atenção primária. (pp.03-13). São Paulo: Sarvier.
- Silva, S.M.C. (1998). Condições Sociais da constituição do desenho infantil. Psicol. USP, v. 9, nº 2, pp. 205-220.
- Silva, T., Schenkel, E.P. & Mengue, S.S. (2000). Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 16(2): 449-455.
- Soar Filho, E.J. (1998). A interação médico–cliente. Revista da Associação Médica Brasileira, 44(1), 35-42.
- Sucupira, A.C.S.L. (2002). A relação médico-paciente em Pediatria. Em: E. Marcondes, F.A.C. Vaz, J.L.A. Ramos & Y. Okay (Orgs.), Pediatria Básica: Pediatria geral e neonatal (pp. 45-52). São Paulo: Ed. Sarvier.
- Sucupira & Novaes (2002). A consulta em Pediatria. Em: E. Marcondes, F.A.C. Vaz, J.L.A. Ramos & Y. Okay (Orgs.), Pediatria Básica: Pediatria geral e neonatal (pp. 52-58). São Paulo: Ed. Sarvier.
- Terra, V.M. (1999). Área pediátrica do Centro de Saúde. Em: H. Issler, C. Leone & E. Marcondes (Orgs.), Pediatria na atenção primária (pp. 14-16). São Paulo: Sarvier.
- Tates, K. & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. Social Science and Medicine. (pp. 839-851), 52.
- Young, B., Dixon_Woods, M., Windridge, K.C. & Heney, D. (2003) Managing communication with people a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. BMJ, v. 326, pp. 305-309.
- Zimmerman, D.E. (1992). A formação psicológica do médico. Em J. Mello Filho (Org.), Psicossomática hoje. (pp. 64-69). Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967). Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. (Trad. A. Cabral). São Paulo: Cultrix.
- Wolfish, M.G. (2000). Competency of adolescents to make informed decisions. CMAJ, 163(11): 1424-1425.

Worchel, F.F., Prevatt, B.C., Miner, J., Allen, M., Wagner, L. & Nation, P. (1995).
Pediatrician's communication style: relationship to parent's perceptions and behaviors.
Journal of Pediatric Psychology, v. 20, n° 5, pp. 633-644.

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Aos preceptores da Residência Médica em Pediatria do Hospital Universitário da UFSC

Eu, Claudete Marcon, aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia, sob a orientação da professora Dra. Maria Aparecida Crepaldi, venho por meio desta, fornecer esclarecimentos e solicitar autorização para realização de pesquisa junto aos residentes de Pediatria do Hospital Universitário da UFSC.

Esta pesquisa que se intitula **“A consulta pediátrica e os aspectos comunicacionais entre o médico residente, a criança e sua família”**, tem por objetivo caracterizar a consulta pediátrica em Pediatria Geral, com vistas a valorizá-la como instrumento de promoção do crescimento e desenvolvimento da criança.

Ela pretende ser realizada junto a médicos residentes de Pediatria do 2º ano (03 residentes), que aceitarem participar do estudo, sendo que sua participação acontecerá através do consentimento da minha presença em 06 consultas pediátricas de pediatria geral, no Ambulatório de Pediatria do HU/UFSC, além de entrevista individual, realizada ao final do período de observação. Para cada um dos participantes do estudo, as observações acontecerão em 3 momentos diferentes, sendo observadas 2 crianças em cada um deles (uma sempre será descartada como sujeito da pesquisa).

As consultas pediátricas serão registradas em áudio, assim como a entrevista, sendo mantida a confidencialidade de sua identificação, bem como o direito de desistir da participação a qualquer momento.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo, poderá ser obtido junto à pesquisadora, pessoalmente, ou pelos telefones 2349022/96023375.

Após ler este documento, e autorizar a realização do estudo, solicito assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder, assim como a permissão para contactar pessoalmente os residentes para verificar sua disponibilidade em participar da pesquisa.

Eu,, médica preceptora da Residência Médica em Pediatria do HU/UFSC, abaixo assinado, declaro através desse documento, estar ciente da realização da pesquisa **“A consulta pediátrica e os aspectos comunicacionais entre o médico residente, a criança e sua família”**, que será realizada no Ambulatório de Pediatria do HU/UFSC, e autorizo o contato

com os médicos residentes deste serviço, com vistas a verificar sua disponibilidade em participarem deste estudo.

Assinatura:.....
Florianópolis,/...../.....

Eu,, médico preceptor da Residência Médica em Pediatria do HU/UFSC, abaixo assinado, declaro através desse documento, estar ciente da realização da pesquisa “**A consulta pediátrica e os aspectos comunicacionais entre o médico residente, a criança e sua família**”, que será realizada no Ambulatório de Pediatria do HU/UFSC, e autorizo o contato com os médicos residentes deste serviço, com vistas a verificar sua disponibilidade em participarem deste estudo.

Assinatura.....
Florianópolis,/...../.....

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (1)

Eu, Claudete Marcon, aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia, convido-o a participar do processo de coleta de dados de minha dissertação de Mestrado, sob a orientação da professora Dra. Maria Aparecida Crepaldi.

Esta pesquisa que se intitula “**A consulta pediátrica e os aspectos comunicacionais entre o médico pediatra, a criança e sua família**”, tem por objetivo caracterizar a consulta pediátrica em Pediatria Geral, com vistas a valorizá-la como instrumento de promoção do crescimento e desenvolvimento da criança.

Sua participação acontecerá através do consentimento da minha presença em 04 consultas de pediatria geral, no Ambulatório de Pediatria do HU/UFSC, além de entrevista individual, realizada ao final do período de observação. As observações acontecerão em 2 momentos diferentes, sendo observadas 2 crianças em cada um deles.

As consultas pediátricas serão registradas em áudio, assim como a entrevista, sendo mantida a confidencialidade de sua identificação, bem como o direito de desistir da participação a qualquer momento.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo, solicito a assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo, poderá ser obtido junto à pesquisadora, pessoalmente, ou pelos telefones 3319145 ou 2349022.

Eu,abaixo assinado, declaro através desse documento, meu consentimento em participar da pesquisa “**A consulta pediátrica e os aspectos comunicacionais entre o médico pediatra, a criança e sua família**”, que será realizada no Ambulatório de Pediatria do HU/UFSC.

Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, inclusive do uso de gravador, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento.

Assinatura:.....
Florianópolis,/...../.....

ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (2)

Eu, Claudete Marcon, aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia, convidado(a), assim como seu filho(a), a participar do processo de coleta de dados de minha dissertação de Mestrado, sob a orientação da professora Dra. Maria Aparecida Crepaldi.

Esta pesquisa que se intitula **“A consulta pediátrica e os aspectos comunicacionais entre o médico pediatra, a criança e sua família”**, tem por objetivo conhecer melhor a consulta pediátrica, com a intenção de valorizá-la como instrumento de promoção do crescimento e desenvolvimento da criança.

Sua participação acontecerá através do consentimento da minha presença na consulta de seu filho(a), no Ambulatório de Pediatria do HU/UFSC, além de entrevista com o sr(a) e seu filho(a), logo após o seu encerramento, em uma sala próxima ao consultório médico. Nessa ocasião, também será solicitado a seu filho(a) a realização de um desenho sobre a consulta.

A consulta pediátrica será gravada em áudio, assim como a entrevista, sendo que seu nome, ou qualquer dado que possa lhe identificar, não será usado. Mantém-se também, o seu direito de desistir da participação a qualquer momento.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo, solicito a assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo, poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelos telefones 3319145 ou 2349022.

Eu.....abaixo assinado, declaro através desse documento, meu consentimento e do meu filho(a) em participar da pesquisa **“A consulta pediátrica e os aspectos comunicacionais entre o médico pediatra, a criança e sua família”**, que será realizada no Ambulatório de Pediatria do HU/UFSC.

Declaro ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos, inclusive do uso de gravador, bem como de meus direitos de anonimato e de desistir a qualquer momento.

Assinatura:.....
Florianópolis,/...../.....

ANEXO 4

ROTEIRO DE ENTREVISTA 1 FAMILIAR

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Grau de parentesco com a criança:

Perguntas:

1. Como era o médico que te consultou? Como era o nome dele?
2. O que tu achaste dele?
3. Como foi a consulta para ti? E para o teu filho?
4. Tu achas que o médico te ouviu, e ouviu o teu filho, sobre o que ele estava sentindo?
5. Como ele te explicou o que estava acontecendo?
6. O que ele mandou tu fazeres?
7. O que tu aprendeste com esta consulta?
8. Para que tipo de problemas de seu filho tu costumava consultar o pediatra?
9. O que tu esperas que o pediatra faça por seu filho? Qual o papel do pediatra na tua vida e na dele?
10. Tu poderias resumir para mim as principais orientações que o médico te deu? Retomar pontos específicos da consulta (em que houve esclarecimentos e orientações) para verificar o entendimento.

ANEXO 5

ROTEIRO DE ENTREVISTA 2 CRIANÇA

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Realizar **inquérito** sobre o desenho confeccionado pela criança (pedir para falar sobre o desenho: o que desenhou, quem está no desenho, o que aconteceu...), incluindo algumas questões de avaliação da consulta.

Dar um **nome para o desenho**.

Perguntas:

1. O que tu achaste do médico que te atendeu?
2. Tu lembras o nome dele?
3. Ele conversou contigo? O que ele te falou?
4. O que tu achaste da consulta?
5. Tu consegues repetir o que tu tens, e o que tu vais ter que fazer em casa?

ANEXO 6

ROTEIRO DE ENTREVISTA 3 MÉDICO

Nome:

Idade:














Há quanto tempo concluiu o curso de Medicina:

Perguntas:

1. Quais suas motivações para escolher aperfeiçoar-se em Pediatria?
2. Qual é, a seu ver, o papel do pediatra na vida de uma criança e sua família?
3. Qual é seu objetivo principal em uma consulta? Quais os aspectos (temas, assuntos) que costuma dar maior ênfase?
4. Quem é a pessoa principal na consulta? A quem costuma dedicar mais tempo durante um atendimento?
5. Qual a importância que você dá ao que a família fala sobre o problema? E a criança?
6. Qual sua avaliação sobre o seguimento dado pela família às orientações recebidas?
7. A partir de que idade a criança pode participar ativamente da consulta?
8. Qual sua preocupação em informar e orientar a família e a criança sobre a patologia e o tratamento? Que recursos você utiliza para isso?
9. Que recursos você usa para certificar se a informação transmitida foi compreendida? Quais são os indícios que você tem que lhe permitem saber se a pessoa entendeu o que lhe foi transmitido?

ANEXO 7

Quadro 2. Quadro de correspondência entre o símbolo representativo, a categoria de significado da comunicação e a palavra/expressão que a representará nas tabelas.

Símbolo	Significado da Comunicação	Palavra/Expressão
	Prestação de informação específica	Resposta
	Pergunta sobre tema específico	Pergunta
*	Resposta não-verbal	Resposta não-verbal
	Orientação	Orientação
	Destaque e clarificação de conteúdo	Destaque
	Sugestão de posturas e posições físicas da criança	Sugestão de posturas
	Valorização de conteúdo ou condutas	Valorização
	Comentário sobre característica física da criança ou ação/comportamento realizado por ela na consulta	Fala sobre a criança
	Cumprimentos e agradecimentos	Saudação/agradecimto
•	Comentário de tranquilização, conforto e acolhimento	Tranquilização
	Realização de pedido específico	Pedido
	Queixa de dor da criança	Queixa
	Ajuda na organização das informações	Ajuda
	Combinação feita com a criança	Acordo
	Solicitação de compreensão	Solicitação de compreensão
Intercorrências		
?	Ausência de resposta	Ausência de resposta
	Interrupção	Interrupção
	Silêncio	Silêncio

ANEXO 8

Figura 2: Gráfico do significado da comunicação da consulta nº 09.

Cont. **Figura 2:** Gráfico do significado da comunicação da consulta nº 09.

Cont. **Figura 2:** Gráfico do significado da comunicação da consulta nº 09..

ANEXO 9

Tabela 11. Tabela de tempo de duração de cada fase da consulta (em minutos e segundos), das 11 crianças atendidas.

<i>Criança</i>	<i>Fases da consulta</i>										<i>Total</i>
	Recep	%	Inform.	%	Exame	%	Orient.	%	Disp.	%	
C1	55"	2,9	8' 45"	28,1	7' 40"	24,6	13' 20"	42,8	30"	1,6	31' 10"
C2	50"	2,6	14' 25"	45,4	3' 30"	11,0	12' 35"	39,6	25"	1,3	31' 45"
C3	40"	1,6	17' 35"	42,4	6' 40"	16,1	15' 50"	38,1	45"	1,8	41' 30"
C4	25"	0,9	16' 40"	35,5	14' 50"	31,6	14' 45"	31,4	20"	0,7	47'
C5	50"	2,7	7' 45"	25,4	11'	36,1	10' 35"	34,7	20"	1,1	30' 30"
C6	55"	4,4	5' 10"	25,0	4' 20"	21,0	9' 35"	46,4	40"	3,2	20' 40"
C7	20"	1,3	15'	57,5	3' 30"	13,4	6' 35"	25,2	40"	2,6	26' 5"
C8	30"	1,1	19' 40"	43,5	13' 30"	29,9	11' 20"	25,1	10"	0,4	45' 10"
C9	25"	1,4	13' 30"	44,3	5' 35"	18,3	10' 45"	35,2	15"	0,8	30' 30"
C10a	40"	2,3	12' 20"	42,6	7' 15"	25,1	8' 15"	28,5	25"	1,4	28'55"
C10b	40"	2,1	18' 5"	56,4	7' 45"	24,2	5' 10"	16,1	25"	1,3	32' 5"
Média	43"	2,1	13' 32"	40,6	7' 47"	22,8	10' 48"	33,0	29"	1,5	33' 13"