

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DA CRIANÇA

Sara Engel Voigt

COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES DE
PACIENTES PEDIÁTRICOS NO CONTEXTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Porto Alegre

2021

SARA ENGEL VOIGT

**COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES DE
PACIENTES PEDIÁTRICOS NO CONTEXTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão da Residência
apresentado à Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde do Hospital
de Clínicas de Porto Alegre

Orientadora: Me. Tatiana Prade Hemesath

Porto Alegre

2021

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	4
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	4
1.2 JUSTIFICATIVA	5
1.3 QUESTÃO DE PESQUISA	5
2 REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 TEORIA DA PRAGMÁTICA DA COMUNICAÇÃO HUMANA.....	5
2.2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE	7
2.3 COMUNICAÇÃO EQUIPE DE SAÚDE - ACOMPANHANTES	9
3 OBJETIVOS.....	12
3.1 OBJETIVO GERAL.....	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4 MÉTODO.....	12
4.1 DELINEAMENTO E PARTICIPANTES.....	12
4.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE INFORMAÇÕES	13
4.4.1 Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE A).....	13
4.4.2 Gap – Kalamazoo Communications Skills Assessment Form (GKCSAF) (APÊNDICE B).....	13
4.4.3 Entrevista narrativa:	14
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E ASPECTOS ÉTICOS	14
4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	15
5. RESULTADOS	16
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	18
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO	23
APÊNDICE B – GAP-KALAMAZOO COMMUNICATION SKILLS ASSESSMENT FORM (GKCSAF)	26
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

A necessidade de uma hospitalização, independente da fase do ciclo vital, representa uma realidade desconhecida, gera ansiedade e preocupação (MENEZES; MORÉ, 2019). No contexto pediátrico esta ansiedade é partilhada entre a criança hospitalizada e sua família. Existem instrumentos que auxiliam os envolvidos a vivenciar o período de hospitalização de uma forma que minimize o sofrimento, a comunicação adequada da equipe de saúde com a criança e sua família é um destes recursos. A comunicação é fundamental para que se possa compreender elementos relacionados diretamente com a doença, como o motivo da internação, um possível diagnóstico, tratamentos e cuidados necessários, mas também para acolher, dar segurança e confiança para que paciente e familiares possam atravessar esta fase da melhor maneira possível (ARMELIN et al., 2005).

Infelizmente, estudos apontam para dificuldades na comunicação, em diferentes âmbitos. A barreira linguística em razão de termos técnicos aparece com Boltanski (1979) que cita o cuidado necessário para não negligenciar o conhecimento do familiar. A família apesar de não compreender todas as informações, pela sua complexidade, é quem tem o principal interesse em saber sobre o adoecimento e é papel do profissional comunicar de forma clara e compreensível todas as informações necessárias (FERREIRA, 2015). Em alguns casos, os profissionais evitam familiares que costumam questionar e buscam entender de forma detalhada o que acontece, estes são considerados difíceis de lidar. Já o “ideal” de familiar, é aquele descrito como quem colabora com a equipe, cumprindo as funções que lhe são designadas (ARMELIN et al., 2005).

É importante destacar, apesar de não ser foco da pesquisa, que a criança tem uma coparticipação no processo de cuidar e pode compreender o que é dito (SANTOS et al. 2015). A comunicação com a criança é fundamental na mediação de como será vivenciada a hospitalização e como é elaborado o processo saúde/doença. O acompanhante pode auxiliar o profissional em sua aproximação com a criança, bem como mediá-la.

Foram encontrados diferentes estudos que se referem a uma comunicação terapêutica e a relação profissional-usuário (CARVALHO, 1979; MENDES, 1986; PAES DA SILVA, 1989,2000,2002; STEFANELLI, 1990; FERRAZ, 1991; BACHION, 1991), sendo a sua maioria advinda da área de conhecimento da enfermagem. Assim, apesar de existirem vários trabalhos científicos sobre o tema da comunicação, percebe-se uma lacuna quanto a sua pesquisa na área multiprofissional bem como pediátrica. São escassos os estudos que utilizam

instrumentos de mensuração da efetividade da comunicação, realizando uma comparação entre a percepção de profissionais com a de familiares.

1.2 JUSTIFICATIVA

Considera-se que a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes pediátricos e seus acompanhantes é fundamental para a compreensão do quadro clínico, boa aderência ao tratamento e interação harmoniosa durante o período de internação. Entretanto se observam diversas dificuldades na comunicação, o que prejudica a confiabilidade na equipe e impõem barreiras no bom andamento da assistência à criança, em geral. O presente estudo buscou compreender a percepção de profissionais em saúde e familiares de pacientes pediátricos quanto a sua comunicação, construindo uma base teórica para a melhor compreensão dos fenômenos, bem como apontando formas de auxílio para uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, pacientes pediátricos e seus acompanhantes no período de hospitalização.

1.3 QUESTÃO DE PESQUISA

Como se dá a comunicação entre profissionais de saúde e acompanhantes de pacientes pediátricos internados em hospital de nível quaternário? Quais as principais dificuldades e potencialidades de comunicação?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TEORIA DA PRAGMÁTICA DA COMUNICAÇÃO HUMANA

A comunicação é fundamental nas interações humanas, pois comunicar é relacionar-se. É um processo de transmissão de informações entre pessoas (MORITZ et al., 2008) e geralmente esquematizada da seguinte forma: há um emissor, que codifica a mensagem que é transmitida através de um canal até o receptor que decodifica a mensagem. Jakobson (2010) destaca que no elemento mensagem é importante considerar o contexto e de que forma se dá o contato. Assim, através do canal de transmissão é emitido um sinal, que terá um determinado significado ou mensagem, cuja conexão se dá através do que se denomina em semiótica, de código. Na ausência de qualquer um dos elementos citados o processo de comunicação não pode ser completado (LYONS, 1987). Ainda que os elementos citados estejam presentes é importante ressaltar que na comunicação não há um código convencional, sendo que parte das mensagens mesmo sendo transmitida e recebida, pode não ser decodificada (OLIVEIRA et al. 2006).

Somos afetados e afetamos através da comunicação que se mostra complexa em diferentes aspectos como, forma de linguagem, conteúdo, tom, interações verbais e não verbais (NIEWEGLOWSKI; MORÉ, 2008). Esta cadeia linear possibilita diferentes tipos de interferências, ou seja, entre a mensagem emitida e aquela recebida podem existir ruídos (AUN; VASCONCELLOS; COELHO, 2005). A Teoria da Pragmática da Comunicação Humana, proposta por Watzlawick, Beavin, Jackson (1973), elucida a influência da comunicação nas relações interpessoais, através de cinco axiomas que delineiam o processo de comunicação

1º axioma: *A impossibilidade de não comunicar* – traz consigo a impossibilidade de não-comportar, ou seja, estamos sempre nos comunicando ou comportando, seja através da fala ou do silêncio, com gestos, posturas ou tom de voz, nosso comportamento possui um valor de mensagem.

2º axioma: *Toda comunicação tem um aspecto de conteúdo, um aspecto de relação e um aspecto de comunicação* – Assim, uma mensagem, é definida pela relação entre as pessoas e não só transmite informação, mas impõe um comportamento.

3º axioma: *A natureza de uma relação está na contingência de pontuação das seqüências comunicacionais entre os comunicantes* – as interações humanas constituem seqüências ininterruptas, onde os comunicantes buscam pontuá-las, partindo do pressuposto de que elas possuem um começo, um ponto de partida Watzlawick, Beavin, Jackson (1973). Essa pontuação, portanto, organiza eventos vitais para a interação (NIEWEGLOWSKI; MORÉ, 2008). Não são vistas como boas ou ruins, mas destacam o comportamento das pessoas que costumam se mostrar convictas de que a sua visão dos fatos é a verdadeira, não sendo de ver sua própria participação no processo, gerando um círculo vicioso que só será rompido se a própria comunicação se tornar objeto da comunicação, ou seja, se houver metacomunicação.

4º axioma: *Os seres humanos se comunicam digital e analógicamente* – A comunicação digital é composta pelas palavras, que são sinais arbitrários que se manipulam de acordo com a sintaxe lógica da linguagem, permitindo maior exatidão na transmissão do conteúdo da mensagem. Entretanto, não se mostra tão clara quando o ponto central da comunicação é a relação, sendo a comunicação digital percebida como mais apropriada, por ser mais primitiva, e não depender do domínio de códigos. Comunicação digital é aquela que engloba a comunicação não verbal: gestos, expressões faciais, postura, inflexão de voz e cadência das palavras, e qualquer outra manifestação não verbal de que o organismo seja capaz. A comunicação possui um conteúdo e uma relação, aspectos que se complementam e comunicam de formas distintas. O aspecto de conteúdo tem maior probabilidade de ser transmitido

digitalmente, enquanto o aspecto relacional será predominantemente analógico, permitindo margem para diferentes interpretações (NIEWEGLOWSKI; MORÉ, 2008).

5º axioma: *Os padrões de interação são simétricos ou complementares* – baseadas na igualdade ou diferença. Assim, a interação simétrica é descrita como o relacionamento entre iguais, com a minimização das diferenças, tende a ser uma relação competitiva. Já a interação complementar é caracterizada pela presença de diferenças e conseqüentemente sua maximização. Assim, temos como exemplo de relações complementares aquelas existentes entre mãe e filho, médico e paciente, por exemplo. Vale ressaltar que, para identificar o padrão interacional é preciso considerar a interação entre ambos e resposta daquele que recebe a mensagem (SLUZKI; BEAVIN, 1965)

A Teoria da Comunicação Humana evidencia que estamos em constante comunicação, mas que não costumamos comunicar sobre a comunicação. Não utilizamos nossa capacidade de metacomunicar criando falhas, ruídos e desentendimentos. Além disso, é preciso destacar novamente que a importância das mensagens, do conteúdo emitido, não está vinculada somente a comunicar algo, mas também à influência que ela exerce no comportamento e nas atitudes das pessoas em interação (AUN; VASCONCELLOS; COELHO, 2005). O padrão de comunicação pode definir o relacionamento entre participantes, por isso a importância de considerar os diferentes tipos e formas de se comunicar, nos diferentes campos sociais.

2.2 COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Vinculada ao campo da saúde desde o século XX, a comunicação teve seu marco com a criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária em 1923. Surgindo principalmente como ferramenta para propor mudanças de hábitos da população, visando medidas de higiene para prevenir transmissão de doenças (ARAÚJO et al., 2009). Entretanto ganha destaque como campo a partir do início dos anos 90, muito pela progressiva centralidade da comunicação na vida social e à especialização e fragmentação da pesquisa e do ensino da comunicação (PETRACCI; WAISBORD, 2011), mas principalmente pelas novas diretrizes para as políticas públicas em saúde. Internacionalmente, desde o final da década de 1970, mais especificamente em 1978 com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, Cazaquistão), a saúde deixa de ser considerada mera ausência de doença, sendo definida como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social” e adquire um sentido equivalente a qualidade de vida, além de ser relacionada às desigualdades sociais.

No Brasil a comunicação no campo da saúde ganhou forças com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1988, que de forma revolucionária, modificou a relação do Estado

com a população. Impulsionando a participação social tendo como princípios a universalidade (saúde como direito de todos), a equidade (igualdade com atenção às diferenças) e a integralidade (a multidimensionalidade da saúde), o SUS estabelece a centralidade da comunicação em seu projeto, ainda que de forma não explícita. Com a criação da pauta dos Determinantes Sociais da Saúde, o estudo e intervenção de uma comunicação eficaz se torna chave para o enfrentamento das negligências em saúde e a superação de desigualdades. Araujo (2013) define de forma breve a importância da vinculação do campo da comunicação e saúde quando a apresenta como ferramenta de informação, que possibilita identificar diferentes contextos e possibilita a participação de usuários. A pesquisa em comunicação e saúde oportuniza a produção de conhecimento a respeito dos diversos contextos existenciais e comunicacionais da população.

Aparecendo como tema em Conferências, Simpósios e Reuniões de Conselhos, foram criados diferentes materiais que abordam o tema da Comunicação e Saúde, um destes é o documento “Informação, educação, comunicação, uma estratégia para o SUS”, elaborado pela coordenação de Informação, Educação e Comunicação - IEC do Ministério da Saúde. O documento apresenta concepções, propostas e ações desenvolvidas sobre o tema e mostra a amplitude da comunicação no campo da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Compreendendo que, por meio da comunicação, é possível exercer o papel de agentes da manutenção ou transformação da realidade (ARAÚJO; CARDOSO, 2007), outros termos como a Comunicação em saúde foram criados para separar um assunto tão amplo.

Assim, de forma geral, a comunicação em saúde, refere-se ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos, com intuito principal de promover a saúde. Teixeira (2004) apresenta as finalidades específicas da comunicação em saúde, que além da promoção inclui: evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde; prevenir doenças; sugerir e recomendar mudanças de comportamento; recomendar exames de rastreio e outros que possam ser necessários, bem como seus resultados; informar sobre saúde e doenças; receitar medicamentos; recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidado.

Como tema transversal, a comunicação, possui relevância em diversos contextos, e é ela que possibilita a intermediação e os encontros entre trabalhadores e usuários do SUS, em unidades de saúde ou no ambiente hospitalar. Estes encontros, mostram um processo de convergência entre aquele que cuida e o ser cuidado, um elo que requer a utilização de todos os sentidos para reconhecer e interpretar os sinais emitidos pelo usuário, considerando sua história, contexto, os meios empregados para a transmissão das mensagens, a situação e o momento em

que o processo comunicativo acontece, expectativas e emoções dos interlocutores (OLIVEIRA et al., 2006; CORIOLANO-MARINUS et al., 2014).

Coriolano-Marinus et al. (2014) realizaram uma revisão integrativa da literatura a respeito da comunicação nas práticas em saúde e trazem o ato de comunicar como “processo de compartilhamento e ajuda entre o trabalhador de saúde e o usuário assistido de forma a estabelecer um processo de ajuda ao indivíduo e à família” (p.1361). Os autores citados perceberam ainda que diversos estudos abordam a comunicação e que o assunto aparece entre outros como: instrumento que propicia uma recuperação mais rápida, efetivada por meio das linguagens verbal e não verbal; ferramenta que promove a humanização das relações por meio da troca de informações, validação das mensagens e interação com as famílias dos pacientes hospitalizados.

O processo comunicativo no contexto da saúde não deve ser visto por relações de poder, mas com empatia, sensibilidade e cuidado, tanto na dimensão verbal como não verbal. É importante demonstrar interesse pelo outro, conhecer seu meio, sua forma de comunicar e ter clareza na transmissão da mensagem (SILVA et al., 2000, BRAGA; SILVA, 2007). O diálogo assim realizado, possibilita ao usuário a autonomia quanto a escolha de tratamentos e autocuidado, uma vez que com a comunicação eficaz compreende suas necessidades, propiciando condições para práticas de promoção da saúde. A criação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, é mais uma ferramenta que auxilia no crescimento da pesquisa em comunicação. Com o intuito de colocar em prática os princípios do SUS, estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, a fim de construir processos coletivos. Para produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar.

2.3 COMUNICAÇÃO EQUIPE DE SAÚDE - ACOMPANHANTES

Comunicar-se é um dos denominadores comuns do trabalho em equipe multiprofissional e para que ocorra de forma adequada são necessárias características como franqueza, autenticidade, transparência, respeito mútuo e confiança (WAIDMAN; KOGA; STEFANELL, 1997). Com uma boa articulação entre os profissionais a equipe de saúde apresenta maior possibilidade de realizar e compartilhar seu trabalho, com afetividade, cuidado, entendimento das dificuldades e limitações e possibilitando boa resolutividade de conflitos internos, estando assim bem estruturados para atender pacientes e familiares de modo eficaz (REIS; HORTALE, 2004). Infelizmente, nem sempre a equipe trabalha de forma conjunta, ocorrendo a fragmentação do cuidado e a falha na comunicação (JESUS, 2006).

Além da comunicação em equipe, a comunicação com pacientes e familiares também é fundamental no contexto hospitalar e pode aparecer como um recurso terapêutico positivo, trazendo benefícios para o tratamento e cura, ajudando a criança e sua família na vivência e superação de momentos (MALDONADO; CANELLA, 2003, CASEY; WALLIS, 2011, MURAKAMI; CAMPOS, 2011,). Mas, pode também ser nociva, proporcionando momentos traumáticos, desestruturantes e impedindo ou dificultando o plano terapêutico da criança doente (SANTOS et al., 2015). Diferente de outras áreas hospitalares em que o profissional de saúde se comunica predominantemente com o paciente, na pediatria o contato é além do paciente, principalmente com o responsável que acompanha a criança. Um direito conquistado através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que em seu Art. 12 resguarda o direito a acompanhante quando a criança é hospitalizada, recomendando que “os estabelecimentos de atenção à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável” (BRASIL 1991). Assim, a interação profissional -família- paciente demanda diferentes formas de atenção. Entretanto, pesquisas apontam que a família é comumente desconsiderada pela equipe de saúde que foca suas ações de forma exclusiva à doença da criança (PIMENTA; COLLET, 2009, SANTOS et al., 2012, FERREIRA, 2015)

Diferentes fatores interferem na comunicação entre equipe de saúde e acompanhantes, primeiramente é fundamental que se estabeleça um relacionamento interpessoal, para que assim o profissional de saúde possa ajudar na recuperação e superação de situação traumáticas, planejamento de cuidados e melhora da qualidade do atendimento (HEYLAND, 2009, SANTOS et al., 2015). A habilidade em utilizar seu conhecimento sobre a comunicação para ajudar a pessoa a conviver e ajustar-se às novas condições, uma comunicação que visa diminuir danos é chamada de terapêutica (STEFANELLI, 1993, MALDONADO; CANELLA, 2003, ARAÚJO et al., 2009, SILVA et al., 2010). Para estabelecer tal relação são apresentados alguns elementos necessários ao profissional como credibilidade, sensibilidade, empatia, confiança e envolvimento com o paciente (HOFLING et al., 1970, VIEGAS, 2000).

Entretanto, muitas vezes a relação se configura mais através de informações do que da comunicação. Como descrito anteriormente, para que haja comunicação o receptor precisa ter entendimento da mensagem passada, isso implica em um movimento ativo por parte do profissional em confirmar se o que foi dito foi de fato compreendido (GOMES, 2007). Um estudo realizado por Caparara e Rodrigues (2004) apresenta como médicos comunicam informações a respeito de diagnóstico e tratamento, os resultados mostraram que 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, bem como, em 58% das consultas, não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas. Assim,

mesmo que a família receba explicações, quando estas vêm a partir de uma linguagem técnica, com um código de linguagem profissional (ARMELIN et al., 2005), não são compreendidas tornando a comunicação ineficaz e podendo prejudicar a adesão ao tratamento e cuidados.

Santos et al. (2015) realizaram uma pesquisa a respeito da comunicação nociva entre profissionais de saúde e familiares de crianças hospitalizadas e após análise criaram as seguintes categorias: Atender de modo impessoal e puramente técnico, ordens e lições de moral e mensagens contraditórias. A primeira categoria diz respeito a falta de uma construção de relação cordial, atenciosa e humanizada. Uma conduta fria, impessoal e puramente técnica, pode gerar na família uma sensação de estar sendo ignorada e menosprezada, podendo causar desestruturação e intensificar o sofrimento da família frente a situação vivida. Esta categoria pode ser relacionada com a falta de intimidade entre os envolvidos, citada por Gomes (2007), que apresenta como exemplo o fato de muitas vezes familiares e profissionais sequer conhecerem o nome um do outro. Quanto a lição de moral, o estudo aponta que é comum profissionais fazerem julgamentos em relação a condutas do familiar que diferem do modo de pensar do profissional. Muitas vezes familiares são repreendidos com tom de crítica, desaprovação ou ironia (MALDONADO; CANELLA, 2003), tal conduta gera desconforto e conflitos. Por fim, a última categoria diz respeito a mensagens contraditórias, compreendida pela presença de informações contraditórias. Ocorre principalmente quando a equipe não se comunica e diferentes profissionais conversam com os familiares em momentos distintos, trazendo informações que se contradizem (ARMELIN et al., 2005). Tais acontecimentos se tornam nocivos porque causam confusão, dificuldade de entendimento, dúvidas, ansiedade e desconfianças.

Ligado a estes pontos, é importante falar também sobre a orientação necessária para que alguns cuidados específicos sejam realizados pelo acompanhante (GOMES, 2007). A equipe de saúde é responsável por prestar estas orientações, de forma clara, através de uma linguagem compreensível e repetindo quantas vezes for necessário. Quando não há disposição e implicação dos profissionais em ensinar e explicar cuidados, procedimentos, diagnósticos e demais informações a respeito da doença de seu filho, o familiar que apresente sentimento de impotência frente à doença da criança, se sinta ainda mais marginalizado (SANTOS et al. 2015). Resultando muitas vezes em medo de questionar e tirar dúvidas, por não querer se sentir ainda mais incapaz (GOMES, 2007), ou no surgimento de conflitos e tensões (SANTOS et al., 2015), ambos resultando em sofrimento psíquico.

Outro fator que prejudica a comunicação é o tempo, os profissionais em uma corrida pela produtividade têm como prioridade indicadores técnicos, o perfeccionismo (JESUS, 2006),

deixando de lado a ação necessária para dar todo suporte às demandas vindas de pacientes e familiares quanto a comunicação (GOMES, 2007). Considerando as dificuldades e conflitos citados, profissionais refletem e buscam justificar os desentendimentos, trazendo explicações como a angústia e ansiedade sentida pelos familiares pela situação de hospitalização e doença da criança, intercorrências, evoluções, além de fatores ligados as relações humanas, sobretudo divergências quanto a valores e cultura (ARMELIN et al., 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Entender como profissionais de saúde e acompanhantes de pacientes pediátricos internados em hospital de nível quaternário percebem a comunicação estabelecida com família-paciente, durante o período de hospitalização da criança.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a perspectiva de acompanhantes de pacientes da pediatria sobre a comunicação com a equipe de saúde;
- Categorizar as diferentes formas de comunicação entre equipe de saúde e acompanhantes de pacientes da pediatria, na perspectiva dos acompanhantes;
- Identificar falhas frequentes de comunicação;
- Identificar fatores que facilitam o processo de comunicação.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO E PARTICIPANTES

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem mista que busca apresentar dados sobre a percepção de familiares de pacientes pediátricos sobre a comunicação com a equipe de saúde, correlacionando estes dados com a percepção dos próprios profissionais sobre sua comunicação. A pesquisa foi realizada na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que está dividida em alas Norte e Sul e atende crianças e adolescentes de 0 a 14 anos com doenças agudas ou crônicas. O levantamento de dados ocorreu por meio de questionários aplicados com todos os participantes e realização de uma entrevista narrativa com 10 participantes.

Fizeram parte da pesquisa 30 profissionais de saúde, sendo seis profissionais da medicina, quatro enfermeiras, quatro fisioterapeutas, três assistentes sociais, três fonoaudiólogas, três nutricionistas, três profissionais da educação física, duas farmacêuticas e duas psicólogas. Destes, 12 eram profissionais contratados do hospital e 18 residentes. Participaram também 30 familiares de pacientes pediátricos hospitalizados há pelo menos 15 dias na UIP. Destes familiares 26 eram mães e 4 pais. A média de idade dos familiares foi 27,5 anos (DP±6,52) e a média de escolaridade foi de 8,5 anos (DP±3,01). Em relação às crianças internadas, a média de idade foi de 21 meses (DP±39,10), com média de tempo de internação de 2,2 meses, destas 68% apresentavam um quadro agudo de doença e 32% quadros crônicos. Estabeleceu-se como critério de inclusão na pesquisa que os familiares deveriam ter idade mínima de 18 anos e estar acompanhando a criança a pelo menos quinze dias

4.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE INFORMAÇÕES

4.4.1 Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE A)

Composto por 24 questões referentes a variáveis como cidade de residência, composição familiar, idade, escolaridade, jornada de trabalho, tempo de internação da criança da qual é acompanhante, diagnóstico da criança, entre outras. O instrumento foi desenvolvido pela pesquisadora a partir da proposta para roteiro de avaliação psicológica de cuidadores pediátricos (HUTZ et al., 2019).

4.4.2 Gap – Kalamazoo Communications Skills Assessment Form (GKCSAF) (APÊNDICE B)

Questionário desenvolvido por membros do Institute of Ethical and Professionalism ligado ao Departamento de Pediatria da *Harvard Medical School*, (CALHOUN et al., 2009) foi traduzido e adaptado para o contexto brasileiro por Amaral (2015), que autorizou o uso do questionário. O instrumento é baseado em revisões de literaturas, outros questionários de comunicação em saúde e representa itens definidos pelo Consenso Kalamazoo como essenciais para comunicação eficiente em saúde. Composto por nove itens: construção de relacionamento, abertura de discussão, coleta e compartilhamento de informações, entendimento da perspectiva do paciente e de seus familiares, chegada a um acordo, conclusão do atendimento, demonstrar empatia e transmissão de informações precisas. O questionário possui quatro versões diferentes: versão a ser respondida pelo profissional (autoavaliação), versão a ser respondida por colegas observadores (para simulações), versão a ser preenchida pelo professor ou superior e outra a ser

respondida por pais ou familiares envolvidos. Neste estudo se fará uso das versões de autoavaliação (com profissionais de saúde) e para pais/ familiares (acompanhantes).

O cálculo do tamanho de amostra para aplicação do questionário foi realizado por meio da ferramenta PSS Health versão online, utilizando informações como média ($M=28.81$) e Desvio Padrão ($DP = 5.55$) dados estes retirados do estudo de Lippe et al. (2020) que utilizou o mesmo instrumento em sua pesquisa. Após realização do cálculo definiu-se a aplicação do questionário com 30 profissionais e 30 acompanhantes.

4.4.3 Entrevista narrativa:

Realizada com 10 acompanhantes, de forma individual em sala privada, com o objetivo de investigar de forma mais aprofundada qual a percepção dos participantes a respeito da comunicação com a equipe de saúde. O tempo de duração das entrevistas foi de aproximadamente 45 minutos, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Para realização da entrevista foi colocada a seguinte questão: “Eu gostaria que tu me contasses uma história que melhor descreve a comunicação que tens com a equipe de saúde”. A técnica da entrevista narrativa possibilita ao pesquisador o acesso a experiências que são representadas e recontadas pelo entrevistado (GOMES; MENDONÇA, 2002). Favorecem a organização do comportamento, incluindo elementos essenciais de tempo espaço e a relação entre os sujeitos e a pluralidade de acontecimentos (COSTA; GUALDA, 2010). Além disso, evidencia as relações sociais como suporte para a compreensão dos fenômenos relacionados à saúde e doença (GEANELLOS, 2000).

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes foram acessados por conveniência, sendo os familiares a partir da lista de internação e os profissionais convidados pelas pesquisadoras. Foi realizado convite por meio de contato pessoal, explicando-se o objetivo da pesquisa e suas etapas. Nos casos de aceite, em dia e hora escolhidos pelo participante, foi realizada a coleta de dados na sala de Psicologia da UIP. A pesquisa foi explicada a partir da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quaisquer dúvidas foram esclarecidas e após concordância e assinatura do termo em duas vias foi realizada a aplicação dos questionários. A entrevista foi realizada após aplicação dos questionários, para aqueles familiares escolhidos. Em caso de identificação de problemas ou desconfortos, foi realizada escuta e acolhimento de demandas emocionais que emergiram ao longo da entrevista.

A pesquisa atendeu aos parâmetros éticos seguindo a resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e protocolado sob o número 46124721.5.0000.5327, no dia 26 de maio de 2021. Considerando a realização de coleta de dados de forma presencial durante a pandemia de COVID-19 foram tomados os devidos cuidados pelas pesquisadoras. A sala utilizada possuía janela e espaço para um distanciamento adequado entre pesquisadora e entrevistado, além de dispor de álcool gel. O uso de máscara é obrigatório no ambiente hospitalar e foi exigido também durante a participação na pesquisa. O ambiente foi higienizado antes e após cada entrevista.

4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Sendo um projeto misto, com diferentes instrumentos e modos de abordagens, a análise se deu de duas formas. Os dados coletados a partir dos instrumentos Questionários Sociodemográfico e GapKalamazoo foram tabulados e submetidos a análises estatísticas por meio da utilização do pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) – versão 22.0. Foram realizadas análises descritivas (frequência através da porcentagem, média e desvio padrão).

Os dados coletados a partir da entrevista narrativa foram transcritos na íntegra e analisados através de um conjunto de técnicas e procedimentos a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (2006). Esta técnica tem como objetivo compreender de forma crítica o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente e suas significações, sejam estas explícitas ou ocultas (CHIZZOTTI, 2018; MOZZATO, GRZYBOVSKI, 2011).

A análise de conteúdo é organizada por Bardin (2006) em três fases: 1) pré-análise, onde o material a ser analisado é organizado com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizando ideias iniciais. É composto por quatro etapas, leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação das hipóteses e dos objetivos, referenciação dos índices e elaboração de indicadores. 2) exploração do material, consiste na exploração com definição de categorias (sistemas de codificação) e identificação das unidades de registo e de contexto nos documentos. Esta etapa é importante pois possibilita ou não a riqueza das interpretações e inferências, onde acontece a codificação, classificação e categorização dos dados. 3) tratamentos dos resultados, inferência e interpretação, dirigida ao tratamento dos resultados onde as informações são condensadas e destacadas, resultando nas interpretações inferenciais.

Os dados obtidos através dos instrumentos de coleta foram armazenados cumprindo a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018), que dispõe sobre o

tratamento de dados. Os dados inseridos no SPSS foram salvos em formato Excel no Google Drive ao qual apenas as pesquisadoras possuem acesso. As entrevistas foram transcritas em arquivo de Word do mesmo Google Drive. O gravador de voz e instrumentos preenchidos ficarão armazenados até o fim da pesquisa em sala com chave.

5. RESULTADOS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou explorar a percepção de profissionais e principalmente familiares de pacientes pediátricos hospitalizados quanto a sua comunicação. Dentre os resultados encontrados, destaca-se a importância de a equipe de saúde buscar ferramentas para maior compreensão do sofrimento de familiares e pacientes que passam por mudanças bruscas e significativas com a necessidade de hospitalização. Uma relação empática e humanizada auxilia no tratamento da criança possibilitando um trabalho conjunto entre profissionais e familiar, que se engaja no tratamento e na perpetuação do bom vínculo.

Ao longo do estudo foi possível apontar algumas barreiras na comunicação como a inflexibilidade quanto as normas e rotinas, a falta de comunicação entre as equipes, demandando dos familiares o manejo destas situações, e a influência da contratransferência no cuidado com a criança. Isso reforça a importância do autoconhecimento no sentido de identificar e separar o que é meu e o que é do outro, sem permitir que questões subjetivas influenciem no tratamento da criança.

Apontado como positivo e relevante as reuniões auxiliam os familiares na compreensão do quadro clínico da criança e propostas de tratamento, além de possibilitar um ambiente de acolhimento e escuta, essas ações podem ser ampliadas e realizadas com maior frequência pois aproximam a equipe dos familiares, tornando mães e pais mais ativos no tratamento e no processo de tomada de decisão, uma vez que esta é permeada pelas crenças e cultura de cada um.

Desta forma, o presente trabalho demonstra a importância de refletirmos a respeito da comunicação entre equipe e família do paciente, destacando-se características e manejos considerados fundamentais. Os resultados encontrados, vão ao encontro da Política Nacional de Humanização (PNH) que estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando por um espaço de acolhimento e discussão das necessidades em saúde. A comunicação se faz cada vez mais essencial nos cenários de prática

do SUS, contudo a formação em saúde ainda carece expandir o conhecimento e disseminação desta prática.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Anna Beatriz Costa Neves do. **Utilização da associação de opiniões de múltiplos avaliadores com a análise de 'gaps' na avaliação das habilidades de comunicação no ensino médico brasileiro**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2015

ARAÚJO, Inesita Soares. **O Campo da Comunicação e saúde: contornos, interfaces e tensões**. In: XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. 2013.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Editora Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, Inesita Soares de et al. **A comunicação no SUS: Mapeamento e diagnóstico em âmbito nacional**. 2009.

ARAÚJO, Yana Balduino et al. **Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância**. Texto Contexto Enferm. 2009 Jul-Set; 18(3):498-505

ARMELIN, Cláudia Batagin et al. A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. **Journal of Human Growth and Development**, v. 15, n. 2, p. 45-54, 2005.

AUN, Juliana Gontijo; VASCONCELLOS, Maria José Esteves de; COELHO, Sônia Vieira. Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais. **Belo Horizonte: Oficina de Arte e Prosa**, 2005.

BACHION, Maria Márcia. **Análise do padrão de comunicação oral entre equipe de enfermagem e parturiente**. 1991. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo** (LA Reto, & A. Pinheiro, Trad.) Lisboa: Edições 70. 2006. Trabalho original publicado em, 1977.

BOLTANSKI, Luc. A relação médico-paciente. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BRAGA, Eliana Mara; SILVA, Maria Júlia Paes da. Competent communication œ a view of nurse experts in communication. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 410-4, 2007.

BRASIL. Lei n. 8069, de 13 de julho. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Fortaleza: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ceará, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4 ed. 1ª reimpressão, Série B, Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação, educação, comunicação uma estratégia para o SUS** documento elaborado pela coordenação de informação, educação e comunicação – IEC, outubro 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996

CALHOUN, Aaron W. et al. Assessment of communication skills and self-appraisal in the simulated environment: feasibility of multirater feedback with gap analysis. **Simulation in Healthcare**, v. 4, n. 1, p. 22-29, 2009.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARVALHO, Emilia Campos. Comportamento verbal e enfermagem: a interação verbal enfermeiro-paciente durante o procedimento da punção venosa. 1979. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1979.

CASEY, Anne; WALLIS, Alison. Effective communication: Principle of Nursing Practice E. **Nursing Standard**, v. 25, n. 32, 2011.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. Cortez editora, 2018.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1356-1369, 2014.

COSTA, Gabriela; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, n. 4, p. 925-937, 2010.

CRESWELL, John W. Procedimentos qualitativos. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**, v. 2, 2007.

CRESWELL, John W.; PLANO CLARK, Vicki L. Choosing a mixed methods design. **Designing and conducting mixed methods research**, v. 2, p. 53-106, 2011.

FERRAZ, Aidê Ferreira. **Análise da comunicação enfermeira-paciente em hospital geral**. 1991. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

GEANELLOS, Rene. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. **Nursing inquiry**, v. 7, n. 2, p. 112-119, 2000.

GREENE, Jennifer C.; CARACELLI, Valerie J.; GRAHAM, Wendy F. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. **Educational evaluation and policy analysis**, v. 11, n. 3, p. 255-274, 1989.

GOMES, Ilvana Lima Verde. A criança hospitalizada, seus direitos e as relações interpessoais no cuidado e tratamento: caminhos e descaminhos. 2007.

GOMES, Romeu; MENDONÇA, Eduardo Alves. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 109-32, 2002.

HEYLAND, Daren K. et al. Discussing prognosis with patients and their families near the end of life: impact on satisfaction with end-of-life care. **Open Medicine**, v. 3, n. 2, 2009.

HOFLING, Charles K. et al. Comprensión de las relaciones entre enfermera y paciente. **Enfermería psiquiátrica**. México: Interamericana, cap. 3, p. 23-55, 1970.

HUTZ, Claudio Simon et al. **Avaliação psicológica nos contextos de saúde e hospitalar**. Artmed Editora, 2019.

JAKOBSON, Roman. Linguística e comunicação. 22.ed. Tradução de Izidoro Blikstein; José Paulo Paes. São Paulo: Cultrix, 2010.

JESUS, Danielle Sandra da Silva de. A comunicação no trabalho em equipe: perspectivas de profissionais inseridos no Programa Saúde da Família. 2006.

LIPPE, Megan et al. Exploring End-of-Life Care Team Communication: An Interprofessional Simulation Study. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 37, n. 1, p. 65-71, 2020.

LIRA, Geison Vasconcelos; CATRIB, Ana Maria Fontenele; NATIONS, Marilyn K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 59-66, 2003.

LYONS, John. **Linguagem e linguística: uma introdução**. Rio de Janeiro: LTC, 1987.

MALDONADO, Maria Tereza; CANELLA, Paulo. Recurso de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares. In: **Recurso de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Interação verbal em situações de enfermagem hospitalar: enfoque humanístico. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1986

MENEZES, Marina; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. **Significações da Hospitalização na Infância**. Editora Appris, 2020

MORITZ, Rachel Duarte et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 20, n. 4, p. 422-428, 2008.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Importance of interpersonal relationship of the nurse with the family of hospitalized children. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 254-260, 2011.

NIEWEGLOWSKI, Viviane Hultmann; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 1, p. 111-122, 2008.

OLIVEIRA, Maria Eduarda. et al. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. **Enfermería global**, v. 5, n. 1, 2006.

PAES DA SILVA, Maria Julia. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, Brasília, v.10, n.2, p.73-88, 2002.

PAES DA SILVA, Maria Julia. et al. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.52-58, ago. 2000.

PAES DA SILVA, Maria Julia. A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não-verbal dos pacientes. 1989. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

PARANHOS, Ranulfo et al. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, v. 18, n. 42, p. 384-411, 2016.

PETRACCI, Mónica; WAISBORD, Silvio. Comunicación y salud em la Argentina. 2011.

PIMENTA, Erika Acioli Gomes; COLLET, Neusa. Dimension of nursing and family care to hospitalized children: conceptions of nursing. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 622-629, 2009.

PSS Health: Power and Sample Size for Health Researchers. [s. l.], [s. d.]. Disponível em: https://hcpa-unidade-bioestatistica.shinyapps.io/PSS_Health

REIS, Claudia da Costa Leite; HORTALE, Virginia Alonso. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.492-501, mar./abr. 2004.

SANTOS, Leidiene Ferreira et al. Quando a comunicação é nociva no encontro entre profissionais e família da criança hospitalizada. **Enfermería Global**, v. 14, n. 1, p. 192-226, 2015.

SILVA, Ana Luisa Aranha et al. Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 65-70, 2000.

SILVA, Mônica de Assis Salviano et al. The everyday of the family in coping with a chronic condition on infants. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 359-365, 2010.

SLUZKI, Carlos E.; BEAVIN, Janet. Simetría y complementaridad: Una definición operacional y una tipología de parejas. **Acta psiquiátrica y psicológica de América latina**, 1965.

STEFANELLI, Maguida Costa. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. 2ed. São Paulo: Robe, 1993.

STEFANELLI, Maguida Costa. **Comunicação em enfermagem: teoria, ensino e pesquisa**. 1990. 139f. Tese (Livre-docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. **Análise Psicológica**, v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004.

VIEGAS, D. Relação pediatra-paciente. **Revista Sinopse de Pediatria**, v. 3, 2000.

WAIMAN, Maria Angelica Pagliarini; KOGA, Mariko; STEFANELLI, Maguida Costa. Utilização da comunicação na prática da equipe multiprofissional de uma instituição psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.1, p.82-85, jan./jun. 1997.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet Helmick; JACKSON, Don D. Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. In: **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**. 1973. p. 263-263.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1. Relação com a criança alvo: (1) mãe (2) pai (3) madrasta (4) padrasto (5) avó (6) avô (7) outro

2. Cidade de residência: _____

3. Sexo: (1) Feminino (2) masculino

4. Idade: _____ Anos

5. Estado Civil: (1) solteiro (2) casado (3) divorciado (4) viúvo

6. Cor ou Raça: (1) branca, (2) preta, (3) amarela, (4) parda (5) indígena

7. Qual sua religião: _____ *missa, culto, encontro, palestra

8. Quantas vezes você frequenta atividades religiosas? ()nunca () uma vez por ano ()uma vez por mês ()duas ou três vezes por mês ()uma vez por semana ()várias vezes por semana

9. Renda familiar mensal? R\$ _____

10. A partir da primeira série, quantos anos concluídos de escolaridade você tem?

11. Em que você trabalha atualmente? _____

12. Qual sua jornada de trabalho formal semanal em horas?

13. Incluindo você quantas pessoas moram em sua casa

Quem vive na sua casa:

() Companheiro (a) Sexo: _____ Idade: _____

() Filhos

Quantos _____

Idade(s): _____

Sexo: _____

Outras crianças e/ou jovens menores de 18 anos

Quantos _____

Idade(s): _____

Sexo: _____

Outros parentes adultos

Quantos _____

Idade(s): _____

Sexo: _____

Parentesco: _____

Amigos adultos

Quantos _____

Idade(s): _____

Sexo: _____

14. Quem divide os cuidados da criança no período de hospitalização: _____

15. Data de nascimento da criança hospitalizada ___/___/___

16. Sexo da criança hospitalizada _____

17. Primeira internação?

Sim Não, já passou por ___ hospitalizações

18. Reinternações frequentes (mais de 3 vezes por ano)? Sim Não

Se sim, motivo(s) principal(is): _____

21. Duração do período de internação: _____ **Há previsão de alta?**

22. Quanto ao diagnóstico:

Qual o diagnóstico principal? _____

Diagnóstico limitante () Não () Sim

Duração da limitação: () Transitória () Prolongada () Permanente

Tipos de limitação: () Auditiva () Visual () Motora () Fala
() Cognitiva () Social () Outra: _____

23. Características do tratamento:

Necessidade de procedimentos invasivos e/ou doloroso: () Sim () Não

Quais: _____

Restrições na ingestão de líquidos ou alimentos: () Sim () Não

Restrições em atividades cotidianas? () Sim () Não

24. Queixas da criança e/ou acompanhante:

	Criança	Acompanhante
Queixas físicas (dor, desconforto):	() Sim () Não)NSA	(() Sim () Não ()NSA
Queixas emocionais (choro, tristeza, raiva):	() Sim () Não)NSA	(() Sim () Não ()NSA
Queixas referentes às rotinas hospitalares (banho, alimentação):	() Sim () Não)NSA	(() Sim () Não ()NSA
Queixas referentes a equipe de saúde:	() Sim () Não)NSA	(() Sim () Não ()NSA
Outras queixas: Quais?	() Sim () Não)NSA	(() Sim () Não ()NSA

APÊNDICE B – GAP-KALAMAZOO COMMUNICATION SKILLS ASSESSMENT FORM (GKCSAF)

Auto avaliação

Data: ___/___/___

Encontro: 1 – Neonatologia 2 – UTI Pediátrica 3 – Oncologia

Em que medida você acha que cumpre os procedimentos seguintes:

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
A. Construo uma relação (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> Cumprimento e demonstro interesse pelo paciente e por sua família Uso palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversa Uso tom pausado, contato visual e postura que demonstram cuidado e preocupação Respondo explicitamente às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito a ideias e sentimentos deles 					
B. Abro a discussão (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> Permito ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-los Incentivo que o paciente e sua família verbalizem todas as preocupações deles Explico e/ou negocio o que será abordado naquela consulta médica 					
C. Recolho informações (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> Dirijo-me ao paciente e a família utilizando perguntas em aberto Se necessário, esclareço detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de "sim ou não". Resumo a situação e dou oportunidade a família para corrigir e acrescentar informações Sigo eficazmente para perguntas adicionais 					
D. Compreendo a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> Pergunto sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter alguma relação com a doença atual Esclareço questões levantadas pelo paciente e sua família relativas a preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento 					
E. Compartilho informações (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> Levo em consideração o entendimento da família e do paciente sobre os problemas e o desejo por mais informação Explico usando linguagem acessível à família 					

	<u>1</u> Ruim	<u>2</u> Razoável	<u>3</u> Bom	<u>4</u> Muito Bom	<u>5</u> Excelente
F. Chego a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>				
<ul style="list-style-type: none"> Incluo a família em escolhas e decisões até o ponto que desejam Certifico-me se houve entendimento mútuo em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento Pergunto sobre a aceitação do diagnóstico e/ou das formas de tratamento 					
G. Concluo o diálogo (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>				
<ul style="list-style-type: none"> Pergunto se o paciente e a família têm outras dúvidas ou preocupações Faço um resumo da situação Esclareço quando o progresso do tratamento será discutido Forneço meios de contato apropriados caso surjam novas perguntas a serem esclarecidas Agradeço ao paciente e à família, e encerro a consulta 					
H. Demonstro empatia (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>				
<ul style="list-style-type: none"> Meu comportamento é apropriado à natureza da conversa Demonstro compaixão e preocupação Identifico/qualifico/respeito as reações emocionais da família e do paciente Respondo de maneira apropriada as manifestações emocionais do paciente e da família 					
I. Transmito informações precisas (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>				
<ul style="list-style-type: none"> Transmito com precisão a gravidade relativa à condição do paciente Considero a opinião de outros médicos que já trataram o paciente Comunico claramente a evolução esperada para a doença Apresento e explico claramente as opções para cuidados futuros Dou informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões 					

O que você poderia ter feito melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- Construído uma relação
- Aberto a discussão
- Recolhido informações
- Compreendido a perspectiva do paciente e da família
- Compartilhado informações
- Chegado a um acordo
- Concluído o diálogo
- Demonstrado empatia
- Transmitido informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

*Adaptado de : Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.
 Contato: Anna Beatriz Amaral : beatriz_amaral@hotmail.com

Avaliação dos Pais/Família

Data: ___/___/___

Encontro: 1 – UTI Neonatal 2 – UTI Pediátrica 3 – Oncologia

Quão bem o médico do seu filho faz quando...

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
A. Constrói uma relação (inclui o seguinte) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- O médico parecia estar realmente interessado em minha família .
- As palavras do médico mostraram que ele realmente se preocupava com meu filho.
- O médico pareceu se importar com os nossos sentimentos e com aquilo que queríamos .
- A linguagem corporal do médico mostrou que ele se preocupava com meu filho .

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
B. Abre a discussão (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- O médico nos deixou terminar de falar sem interrupções.
- O médico nos perguntou sobre outras coisas que poderiam estar nos preocupando .
- O médico explicou claramente o motivo de estarmos ali.

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
C. Recolhe informações (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- O médico não tentou forçar a conversa com suas perguntas .
- Quando necessário, médico nos perguntou mais detalhes a respeito daquilo que dissemos.
- O médico ocasionalmente repetia novamente o que tínhamos dito, de maneira resumida.
- O médico não nos interrompeu para fazer suas próprias perguntas .

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- O médico perguntou sobre hábitos e histórias pessoais que poderiam ter alguma relação com a doença atual
- O médico demonstrou interesse por nossas crenças pessoais e preocupações
- O médico perguntou nossa opinião sobre o tratamento e testes que estavam sendo realizados

	<u>1</u> <u>Ruim</u>	<u>2</u> <u>Razoável</u>	<u>3</u> <u>Bom</u>	<u>4</u> <u>Muito Bom</u>	<u>5</u> <u>Excelente</u>
E. Compartilha informações (inclui o seguinte):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- O médico perguntou o que havíamos entendido sobre a doença de nosso filho
- Nós entendemos tudo o que o médico disse sobre a doença do nosso filho
- O médico verificava se tínhamos alguma pergunta após cada explicação
- O médico nos dava tempo suficiente para pensar sobre o que ele disse antes de seguir em frente.

	1	2	3	4	5
	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente

F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):

- O médico nos incluiu em todas as decisões que estavam sendo tomadas.
- O médico se certificou que nós entendemos qual seria a próxima etapa.
- O médico perguntou quais eram nossos sentimentos sobre os planos antes de tomar qualquer decisão.
- O médico recorreu à ajuda externa quando necessário (por exemplo, assistente social)

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

	1	2	3	4	5
	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente

G. Conclui o diálogo (inclui o seguinte):

- O médico certificou-se de que nós não tínhamos mais dúvidas antes de irmos embora.
- Ao final, o médico resumiu o que tínhamos conversado na consulta.
- O médico agendou um novo horário.
- O médico nos indicou para quem ligar no caso de mais perguntas.
- O médico mostrou um interesse real e humano em nossa família ao encerrar a consulta.

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

	1	2	3	4	5
	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente

H. Demonstra Empatia (inclui o seguinte):

- O médico demonstrou compaixão por nossa família.
- O médico pareceu entender como nós nos sentíamos.
- O médico reagiu a nossos sentimentos de um modo compreensível para nós.

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

	1	2	3	4	5
	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Excelente

I. Transmite informações precisas (inclui o seguinte):

- O médico explicou claramente a condição de nosso filho.
- O médico explicou claramente quais eram nossas opções.
- As explicações dadas pelo médico foram boas o suficiente para tomarmos decisões importantes.

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

O que o médico faz melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- Constrói uma relação
- Abre a discussão
- Recolhe informações
- Compreende a perspectiva do paciente e da família
- Compartilha informações
- Chega a um acordo
- Conclui o diálogo
- Demonstra empatia
- Transmite informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

O que ele poderia ter feito melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)

- Construído uma relação
- Aberto a discussão
- Recolhido informações
- Compreendido a perspectiva do paciente e da família
- Compartilhado informações
- Chegado a um acordo
- Concluído o diálogo
- Demonstrado empatia
- Transmitido informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

*Adaptado de : Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.

Contato: Anna Beatriz Amarel : beatriz_amarel@hotmail.com

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Para acompanhantes

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: Comunicação entre profissionais de saúde e familiares de pacientes pediátricos no contexto da Internação Hospitalar

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é verificar a percepção de profissionais de saúde e acompanhantes de pacientes da pediatria quanto a sua comunicação durante o período de hospitalização da criança. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: será realizada uma entrevista com duração de cerca de uma hora, onde será verificada a sua percepção sobre como a equipe de saúde se comunica com você. O motivo que nos leva a estudar este assunto é a importância em conhecer a relação que a comunicação possui com a compreensão do quadro clínico, boa aderência ao tratamento e interação harmoniosa durante o período de internação, de modo que, conhecendo a percepção de profissionais, pais ou cuidadores, possa ser fornecido subsídios para o aperfeiçoamento da comunicação estabelecida neste contexto.

Os possíveis riscos decorrentes da participação nesta pesquisa são desconfortos emocionais que possam ser suscitados durante a realização da entrevista de coleta de dados, bem como o tempo despendido para participação neste estudo. Caso isto aconteça, você terá garantia de atendimento inicial com a psicóloga da unidade para acolher sua demanda e, se necessário, poderá ser encaminhado para atendimento em serviço especializado.

Os possíveis benefícios resultantes da pesquisa não serão imediatos e individuais. Entretanto, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto e beneficiará futuros pacientes e seus pais/cuidadores em razão da obtenção de maiores informações sobre a comunicação no contexto da hospitalização pediátrica.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não

haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Tatiana Prade Hemesath, pelo telefone (51) 33598507, com a pesquisadora Sara Engel Voigt, pelo telefone (51) 33598507, email svoigt@hcpa.edu.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, email cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Para profissionais

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: Comunicação entre profissionais de saúde e familiares de pacientes pediátricos no contexto da Internação Hospitalar

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é verificar a percepção de profissionais de saúde e acompanhantes de pacientes da pediatria quanto a sua comunicação durante o período de hospitalização da criança. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: será realizada uma entrevista com duração de cerca de uma hora, onde será verificada a sua percepção sobre como você se comunica com pais/ familiares de pacientes internados na pediatria. O motivo que nos leva a estudar este assunto é a importância em conhecer a relação que a comunicação possui com a compreensão do quadro clínico, boa aderência ao tratamento e interação harmoniosa durante o período de internação, de modo que, conhecendo a percepção de profissionais, pais ou cuidadores, possa ser fornecido subsídios para o aperfeiçoamento da comunicação estabelecida neste contexto.

Os possíveis riscos decorrentes da participação nesta pesquisa são desconfortos emocionais que possam ser suscitados durante a realização da entrevista de coleta de dados, bem como o tempo despendido para participação neste estudo. Caso isto aconteça, você terá garantia de atendimento inicial com a psicóloga da unidade para acolher sua demanda e, se necessário, poderá ser encaminhado para atendimento em serviço especializado.

Os possíveis benefícios resultantes da pesquisa não serão imediatos e individuais. Entretanto, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto e beneficiará futuros pacientes e seus pais/cuidadores em razão da obtenção de maiores informações sobre a comunicação no contexto da hospitalização pediátrica.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional ou avaliação curricular. Não está previsto

nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Tatiana Prade Hemesath, pelo telefone (51) 33598507, com a pesquisadora Sara Engel Voigt, pelo telefone (51) 33598507, email svoigt@hcpa.edu.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, email cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____