Universidade de Brasília

Repositório Institucional da Universidade de Brasília
repositorio.unb.br

Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, prover um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso

Não Comercial — Você não pode usar o material para **fins comerciais**.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou **medidas de caráter tecnológico** que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.

This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material.

Under the following terms:

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

NonCommercial — You may not use the material for **commercial purposes**.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

Esta licença está disponível em: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200007

Proposta de pré-consulta comportamental: análise de uso do protocolo durante consultas

A proposal for a behavioral pre-consultation: Analysis of the use of a protocol during consultations

Marina **KOHLSDORF**[1]
Áderson Luiz **COSTA JUNIOR**[1]

Resumo

Constitui objetivo deste trabalho analisar a maneira como médicos, cuidadores e crianças utilizam protocolos de estimativas de assuntos para discussão, procedimento denominado pré-consulta comportamental, durante atendimentos em onco-hematologia pediátrica. Participaram da pesquisa 3 pediatras e 24 díades criança-cuidador; cada dupla foi entrevistada antes de consultas para registrar dúvidas, demandas e assuntos estimados para o atendimento. Essa lista era anexada ao prontuário como um lembrete de temas para discussão na consulta em seguida. Os resultados mostraram que dois médicos incluíram efetivamente esse protocolo em seus atendimentos e discutiram grande parte dos assuntos indicados por cuidadores e pacientes. As crianças não fizeram referência aos assuntos listados, mas os pais, em menores proporções, discutiram as questões do protocolo. O procedimento contribuiu para maior inserção da criança nas consultas e pode facilitar o enfoque de temas específicos. Porém, destaca-se a primazia do médico em administrar a comunicação durante as consultas pediátricas.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Neoplasias; Saúde da criança.

Abstract

This study aimed to analyze how physicians, caregivers, and children use protocols regarding estimated issues to medical visits, procedure named pre-consultation lists, along treatment for childhood cancer. Three pediatricians and 24 dyads child-caregiver took part; each pair was interviewed before medical visits in order to report doubts, needs and issues estimated to the consultation. This list was attached to child's medical record as a memo of themes to discuss in the next medical visit. Results show that two physicians included effectively this file in their consultations and discussed a great amount of issues listed by caregivers and patients. Children did not refer to the listed issues, but parents, in smaller amounts, discussed the themes in the protocol. This procedure contributed to insert the child in consultations and it may facilitate the focus on specific themes, however the physician's main role in managing communication during pediatric medical visits is highlighted.

Keywords: *Health communication*; *Neoplasm*; *Child health.*

[1] Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Laboratório de Desenvolvimento em Condições Adversas. *Campus* Darcy Ribeiro, s/n., Asa Norte, 79910-900, Brasília, DF, Brasil. Correspondência para/*Correspondence to*: M. KOHLSDORF. *E-mail*: <marinak@unb.br>.

Artigo baseado na tese de M. KOHLSDORF, intitulada: "Proposta de pré-consulta comportamental: análise da comunicação médico--cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica". Universidade de Brasília, 2012.

Psico7A.pmd 221 6/4/2015, 16:20

A qualidade da assistência pediátrica tem progredido notavelmente nas últimas décadas, a partir do investimento em atenção básica, melhores técnicas de diagnóstico e tratamento, ampliação de programas preventivos, acompanhamento pré, peri e pós-natal e aumento de ações em políticas públicas para controle da morbi-mortalidade infanto-juvenil (Patenaude & Last, 2001; Silva, 2000; Tates & Meeuwesen, 2001). Esse contexto tem possibilitado um percentual significativamente maior de cura e/ou controle de doenças antes fatais, como o câncer pediátrico, destacando a importância de se compreender a maneira como pacientes e familiares vivenciam o processo saúde-doença. Um dos momentos privilegiados para essa compreensão é a análise da comunicação durante as consultas pediátricas, tendo em vista que esse atendimento representa um contexto primordial à promoção do processo de desenvolvimento da criança e possibilita aos envolvidos abordar temas sobre cuidados, proteção e fatores psicossociais, tais como condutas educativas parentais, práticas escolares e alimentares, dinâmica familiar e socialização da criança, que também são condicionantes à saúde-doença (Patenaude & Last, 2001; Silva, 2000; Tates & Meeuwesen, 2001).

A literatura enfatiza que a qualidade das informações referidas pelo médico tem relação direta com a satisfação dos usuários quanto ao serviço, bem como com a qualidade geral da saúde, os níveis de adesão aos cuidados, os sintomas e respostas clínicas, a compreensão sobre diagnóstico e tratamento, o melhor manejo de fatores psicossociais relacionados à terapêutica (tais como satisfação com o suporte sociofamiliar, enfrentamento das dificuldades profissionais e financeiras, ajustamento às mudanças na dinâmica e rotina familiares, emprego de práticas educativas parentais), além da melhor recordação das explicações e menor índice de retornos ambulatoriais (Ammentorp, Kofoed, & Laulund, 2011; Clark et al., 2000; Cohen & Wambolt, 2000; Coyne & Gallagher, 2011; Croom et al., 2011; Crossley & Davies, 2005; DiMatteo, 2004; Drotar, 2009; Fiks, Localio, Alessandrini, Asch, & Guevara, 2010; Fisher & Broome, 2011; Howells & Lopez, 2008; Nobile & Drotar, 2003; Sleath et al., 2011; 2012; Swedlund, Schumacher, Young, & Cox, 2012).

Sob uma perspectiva sistêmica, cabe destacar que a comunicação eficaz nas consultas também modifica a vivência do médico, na medida em que informações de maior qualidade despertam maior confiança no usuário, fazendo diminuírem os retornos ambulatoriais e a sobrecarga de trabalho frequentemente referida pelos profissionais. Consultas mais eficientes, de um lado, facilitam o diagnóstico e a prescrição terapêutica e, de outro, propiciam melhor compreensão e recordação das orientações (Crossley & Davies, 2005; DiMatteo, 2004; Drotar, 2009; Howells & Lopez, 2008; Nobile & Drotar, 2003).

Outro aspecto importante é o fato de a literatura apontar que a consulta em pediatria é administrada pelo médico, responsável pela maior parte das interações. A participação dos cuidadores constitui entre 38 e 48% da comunicação, enquanto a da criança varia entre 2 e 14%, apenas provendo informações básicas ou estabelecendo vínculo com o profissional, pois pais e médicos podem excluí-la da interação, numa postura protecionista (Coyne & Gallagher, 2011; Coyne & Harder, 2011; Hallström, 2004; Nova, Vegni, & Moja, 2005; Perosa, Gabarra, Bossolan, Ranzani, & Pereira, 2006; Ranzani, 2009; Tates, Elbers, Meeuwesen, & Bensing, 2002a; Tates & Meeuwesen, 2000; 2001; Tates, Meeuwesen, Bensing, & Elbers, 2002b; Vaknin & Zisk-Rony, 2010; Wassmer et al., 2004; Young et al., 2010; 2011).

Pode-se ainda acrescentar a discussão de demandas individualizadas de cuidadores e crianças, aspecto destacado como imprescindível a uma interação satisfatória (Aburn & Gott, 2011; Coyne & Gallagher, 2011; Coyne & Harder, 2011; Lambert, Glacken, & McCarron, 2011; Nestel, Taylor, & Spender, 2004; Ranzani, 2009; Ringnér, Jansson, & Graneheim, 2010; Zwaanswijk et al., 2011). Estudos de Felt e O'Connor (2003), Hayutin, Reed-Knight, Blount, Lewis e McCormick (2009) e de Silva (2000) investigaram os efeitos de procedimentos de estimativas de assuntos sobre a comunicação em pediatria, a partir de questionários e listas preenchidos por cuidadores e/ou pediatras antes do atendimento e, depois, utilizados como lembrete durante as consultas. Os autores observaram que tal procedimento

Psico7A.pmd 222 6/4/2015, 16:20

gerou maior abordagem de temas psicossociais, tais como práticas parentais, atividades escolares, dificuldades relativas à dinâmica e rotina familiares, dificuldades profissionais ou financeiras, além de maiores escores de satisfação dos cuidadores e maior focalização em suas demandas específicas, enfatizando os benefícios desse tipo de intervenção sobre a interação triádica (Felt & O'Connor, 2003; Hayutin et al., 2009; Silva, 2000).

Apesar da relevância de estudos sobre a comunicação em pediatria, ainda são escassos os trabalhos sobre intervenções psicossociais focalizadas na melhoria da interação e que possam incluir o paciente pediátrico e promover a discussão individualizada de demandas de crianças e cuidadores (Kohlsdorf, 2012). Além disso, aponta-se como relevante a observação direta de consultas, a fim de compreender de modo fidedigno a dinâmica de interação triádica, bem como de evitar avaliações indiretas sobre o processo de comunicação ou medidas que exijam recordação ou exercícios de memória, tais como as entrevistas realizadas um tempo após as consultas. É também de fundamental importância a realização de estudos que analisem a maneira como cuidadores, crianças e pediatras utilizam listas de assuntos estimados para consultas, conforme os procedimentos supracitados, com vistas a subsidiar futuras pesquisas.

Este estudo se enquadra em uma pesquisa mais ampla acerca dos efeitos de um procedimento de estimativa de temas para serem incluídos nos atendimentos, denominado pré-consulta comportamental, sobre a comunicação pediátrica. O objetivo específico deste artigo consiste em apresentar a maneira como essa lista de assuntos foi inserida nos atendimentos e seu efetivo uso pela tríade médico-cuidador-paciente. Outros resultados do trabalho mais amplo podem ser encontrados em artigos distintos ou a partir do contato com os autores.

Método

Participantes

Participaram deste estudo três médicos do Núcleo de Onco-Hematologia Pediátrica do Distrito Federal, nomeados como M1, M2 e M3, com idade entre 34 e 49 anos, e tempo de atuação na área

Tabela 1
Características das díades

Características das díades	Frequência
Idade das crianças	
4 a 6 anos incompletos	6
6 a 8 anos incompletos	5
8 a 10 anos incompletos	4
10 a 12 anos	9
Média (Desvio-Padrão)	8,2 anos (2,98)
Escolaridade das crianças	
Creche ou maternal	8
1ª a 3ª série	9
4ª série em diante	7
Tempo de tratamento	
Até um mês	9
Entre um e dois meses	9
Entre dois e quatro meses	3
Entre quatro e seis meses	3
Média (Desvio-Padrão)	1,8 mês (1,53)
Parentesco dos cuidadores	
Mães	22
Pais	2
Idades dos cuidadores	
Até 30 anos	5
31 a 40 anos	16
Acima de 41 anos	3
Média (Desvio-Padrão)	35,6 (7,25)
Escolaridade dos cuidadores	
Ensino Fundamental até 4ª série	4
Ensino Fundamental até 8ª série	7
Ensino Médio	9
Ensino Superior	4
Estado civil dos cuidadores	
Casados/união estável	16
Solteiros	4
Divorciados/viúvos	4
Procedência	
Distrito Federal	18
Outros Estados (BA, GO, MG, MT, RR)	6
Irmãos da criança em tratamento	
Filho único	3
Um ou dois irmãos	16
Mais de dois irmãos	5
Renda mensal familiar	
Menos de 1 salário-mínimo	6
Entre 1 e 4 salários-mínimos	19
Mais de 4 salários-mínimos	1

Nota: BA: Bahia; GO: Goiás; MG: Minas Gerais; MT: Mato Grosso; RR: Roraima.

Psico7A.pmd 223 6/4/2015, 16:20

entre 7 e 26 anos. Das 27 díades cuidador-criança convidadas a integrar a pesquisa, três recusaram. A Tabela 1 apresenta dados sociodemográficos das 24 díades acompanhadas.

Instrumentos

Foi utilizado um protocolo, desenvolvido para este estudo e preenchido em registro cursivo ao longo dos atendimentos, para observação dos comportamentos comunicativos de médicos, cuidadores e crianças durante as consultas de rotina. O uso do documento teve como objetivo registrar comportamentos funcionalmente relevantes para a interação comunicativa, bem como aspectos relativos ao contexto de atendimento e outras informações que pudessem auxiliar posteriormente a análise de dados - por exemplo, momentos em que algum participante saiu do consultório, episódios de choro da criança ou cuidador e momentos em que os médicos leram o protocolo para registro de pré-consulta, descrito a seguir.

Também foi utilizado um protocolo para registro de pré-consulta comportamental, baseado em estudos de Zannon (2001) e Zannon, Pereira, Arruda, Kohlsdorf e Rocha (2002), disponível no Anexo. O protocolo descreveu, tanto para cuidador quanto para paciente: (a) definição do diagnóstico; (b) compreensão sobre planejamento terapêutico; (c) dificuldades relativas ao tratamento; (d) custos para adesão aos cuidados; (e) dúvidas e expectativas; (f) assuntos estimados para a consulta a seguir; e (g) outros assuntos. Para abordar esses temas, foi desenvolvido um roteiro semiestruturado para entrevista de pré-consulta.

Procedimentos

Os médicos e cuidadores participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enquanto as crianças consentiram verbalmente, na presença dos pais. Em observância à Resolução n° 196/96 do Ministério da Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, tendo sido aprovado em 5 de outubro de 2009, sob Protocolo 301/09, Parecer n° 289/2009.

O procedimento foi caracterizado por breves encontros com cada díade, no momento em que aguardavam a consulta médica na sala de espera. A entrevista de pré-consulta teve tempo médio de 17min2s (Desvio-Padrão - *DP* = 6,34), variando entre 5min55s e 35min25s. Nesse momento, as dúvidas, demandas e assuntos indicados por pais e crianças eram registradas em protocolo de pré-consulta, documento que era anexado à capa do prontuário do(a) paciente, para ser utilizado como um indicador para os médicos sobre a compreensão da díade a respeito do diagnóstico e tratamento, dificuldades vivenciadas, dúvidas referidas, assuntos estimados e outros aspectos relevantes. No início da pesquisa, cada médico foi instruído verbalmente sobre a função do protocolo: *"nós entrevistaremos pacientes e cuidadores antes da consulta e registraremos as demandas nesta folha, que será anexada à capa do prontuário para ser inserida na consulta a seguir como um lembrete de assuntos estimados"*.

Ao todo, com os três Médicos (M), foram gravadas 70 consultas em áudio, salientando-se que 15 díades foram acompanhadas em mais de um atendimento. Foram registradas 23 consultas com M1, 33 com M2, e 14 com M3, tendo o tempo das consultas oscilado entre 9min14s e 41min24s, com média de 21min2s (*DP* = 7,40).

Resultados

A Figura 1 apresenta a correspondência entre assuntos unitários registrados no protocolo de pré-consulta e sua inclusão na comunicação, considerando apenas a interação entre médicos e crianças, em atendimentos ordenados cronologicamente. Nesta primeira análise, foi considerada a iniciativa de inclusão dos temas listados, ou seja, qual membro da tríade inseriu primeiramente, na comunicação, a demanda registrada no protocolo, a partir da observação da correspondência entre itens listados e verbalizações.

Para esta análise, ilustrada na Figura 1, foram consideradas as quantidades totais de itens listados em cada pré-consulta (indicadas como "demandas

Psico7A.pmd 224 6/4/2015, 16:20

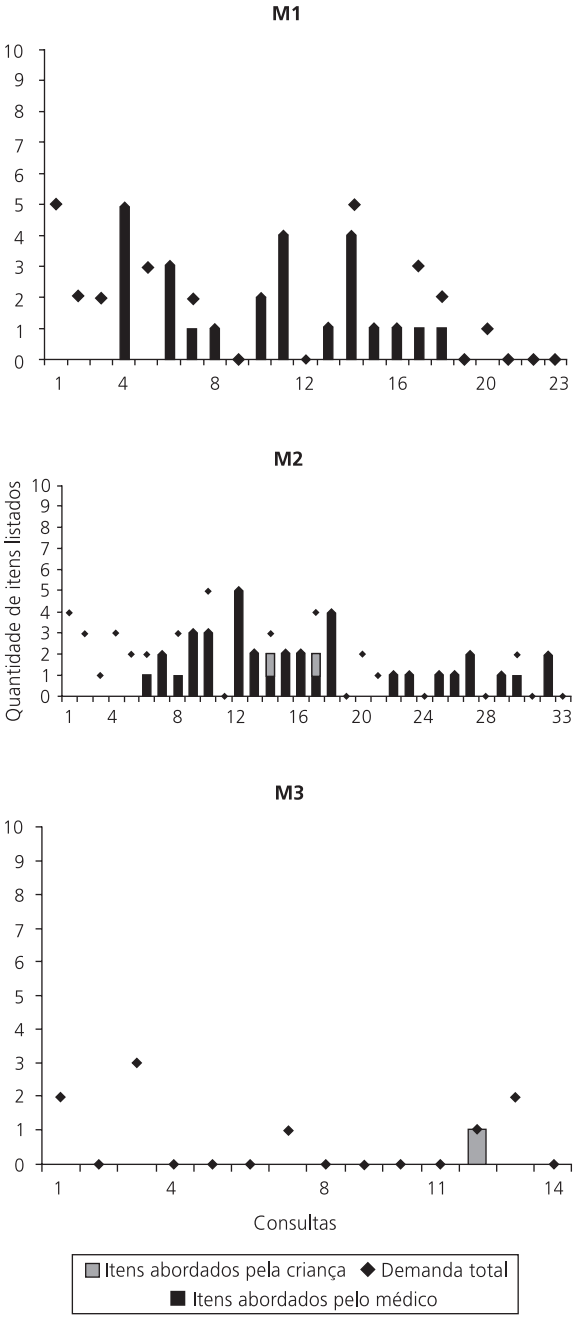

Figura 1. Iniciativa em abordar itens referidos pelas crianças na pré-consulta.

totais") e, dentro dessas quantidades totais, a frequência absoluta de itens primeiramente comunicados pelos médicos (e.g., médico lê o protocolo de pré-consulta e diz: "*você quer saber se pode voltar pra escola, só no fim do ano, ok?*") e a frequência absoluta de assuntos inicialmente discutidos pelas crianças (por exemplo, criança pergunta "*já posso voltar pra escola, tia?*", correspondendo a uma demanda previamente anotada na pré-consulta).

Destaca-se que houve somente três iniciativas de inclusão pela criança de itens registrados no protocolo, correspondentes a apenas 2% da inserção das demandas totais. M1 e M2 indicaram padrão notável de discussão dos itens relacionados no protocolo, embora em 24 consultas eles tenham deixado de abordar algum dos itens registrados.

Já Médico 3 apresentou baixa adesão ao protocolo. Houve poucas demandas registradas, o que pode estar relacionado à condição clínica da criança (esse médico atendeu somente pacientes com tumores sólidos, condição que provoca frequentes dores e mal-estar, o que pode prejudicar a comunicação durante o atendimento) ou ao tempo de tratamento (quatro meses para todos os pacientes). Uma das demandas incluídas na comunicação ocorreu por iniciativa da criança, relacionada a recomendações alimentares ("*posso comer Danoninho?*"). Itens não incluídos nas consultas com M3 foram relacionados ao planejamento terapêutico (n = 2), dificuldades com procedimentos (n = 2), alimentação (n = 2), temas sobre cuidados, higiene e lazer (n = 1) e atividade escolar (n = 1).

Em relação a M1, em dez atendimentos com demandas registradas, o profissional deixou de incluir pelo menos um item por consulta, referente a fundamentos da neoplasia (n = 6), dificuldades com o tratamento (n = 6), manejo de efeitos colaterais (n = 2), recomendações de cuidados, higiene e lazer (n = 2) e planejamento terapêutico (n = 3). Para sessões registradas com M2, em 14 consultas todos os itens foram abordados, e em outras 13 houve demandas que não foram discutidas, correspondentes a queixas comportamentais ou dificuldades com tratamento (n = 8), fundamentos da neoplasia (n = 5), recomendações para alimentação (n = 4), orientações sobre cuidados ou higiene (n = 3), planejamento terapêutico (n = 4) e atividade escolar (n = 1).

Considerando os atendimentos de M2, destaca-se que as consultas 3, 11, 17 e 20 podem ser consideradas atípicas, pois houve urgência na

Psico7A.pmd 225 6/4/2015, 16:20

internação da criança e/ou dificuldades para atendimento no serviço. Esse contexto pode se tornar potencialmente concorrente à inserção efetiva da pré-consulta na comunicação, prejudicando a discussão das demandas listadas, e pode estar relacionado às baixas taxas de adesão ao uso do protocolo nesses atendimentos específicos.

A Figura 1 apresenta, também, dados interessantes sobre o processo de inserção gradual da pré-consulta na comunicação pediátrica, tendo em vista que os dados (consultas) foram dispostos cronologicamente. Considerando os atendimentos registrados com M1, nas três primeiras sessões não houve discussão dos itens listados, porém, após a quarta consulta é notável a mudança no padrão comportamental do médico, com a inclusão, ainda que irregular, de temas indicados pelas crianças. Para M2, nas primeiras cinco consultas, não houve discussão dos assuntos registrados; contudo, a partir do sexto atendimento, é perceptível a discussão de itens de interesse das crianças.

Alguns exemplos ilustrativos da iniciativa de inclusão dos itens podem ser destacados, como no relato "*aqui, doutora* [criança aponta para o protocolo]*, aqui que eu queria perguntar, sobre a escola, quando que volta...*" (díade atendida por M2). Ou ainda o exemplo: "*você disse aqui na pré-consulta que queria saber quando o cabelo vai cair, né?*" (M1) e também [médico lê o protocolo de pré-consulta] "*a questão da cirurgia, deve ser daqui a uns dois meses, mas depende de como o tumor vai responder nesse primeiro ciclo, tá*" (M2).

A Figura 2 apresenta a iniciativa de inclusão dos itens por cuidadores ou médicos, considerando a correspondência entre itens registrados no protocolo de pré-consulta e sua inserção na comunicação, a partir das consultas analisadas em ordem cronológica. De modo semelhante à análise realizada na Figura 1, foram consideradas as quantidades totais de itens listados em cada pré-consulta (indicadas como "demandas totais") e, dentro dessas quantidades totais, a frequência absoluta de itens primeiramente comunicados pelos médicos (e.g., "*próxima internação só mês que vem, tá?*") e a frequência absoluta de assuntos inicialmente discutidos por cuidadores (e.g., mãe pergunta "*ele vai tomar esse remédio quanto tempo?*", correspondendo a uma demanda previamente anotada na pré-consulta).

Destaca-se a primazia de M1 e M2 em iniciar a abordagem dos temas registrados. De outro lado, porém, observaram-se iniciativas relevantes dos cuidadores em inserir primeiramente as demandas na comunicação, o que corresponde a 30% das iniciativas totais.

Em 18 consultas com M1, houve itens listados que não foram discutidos, sobre dificuldades parentais e/ou expectativas quanto à resposta clínica (n = 15), fundamentos da neoplasia (n = 5), informações sobre recaídas (n = 5), recomendações de cuidados, higiene e lazer (n = 5), manejo de efeitos colaterais (n = 5), dificuldades sobre sistema de saúde (n = 2) e atividades escolares (n = 1).

Considerando os atendimentos de M2, em 12 consultas houve demandas que não foram incluídas, correspondentes a queixas sobre comportamentos da criança (n = 9), manejo de sintomas ou intercorrências (n = 6), fundamentos da neoplasia ou tratamento (n = 4), recomendações para alimentação (n = 3), orientações sobre cuidados ou higiene (n = 2), planejamento terapêutico (n = 2), uso de medicação alternativa (n = 1) e atividade escolar (n = 1). Conforme anteriormente indicado, as sessões 3, 11, 17 e 20 foram consideradas atípicas, em razão das condições clínicas da criança ou de dificuldades no serviço de saúde, o que pode explicar o uso escasso ou inexistente do protocolo nessas consultas.

Destaca-se, novamente, a baixa adesão ao uso do protocolo por M3. Contudo, nas consultas em que o médico não se referiu a itens do protocolo, foi observada a iniciativa dos cuidadores em abordar os temas registrados, o que correspondeu a 84% das iniciativas totais para discutir as demandas listadas. Os assuntos incluídos por M3 foram relativos a planejamento terapêutico, recomendações de cuidados, higiene e lazer, uso de medicação alternativa e tradicional (*Bactrim*). Em todas as consultas houve itens que não foram contemplados, correspondentes a dificuldades educativas e/ou expectativa pela resposta clínica (n = 9), recomendações de cuidados, higiene e lazer (n = 6), planeja-

Psico7A.pmd 226 6/4/2015, 16:20

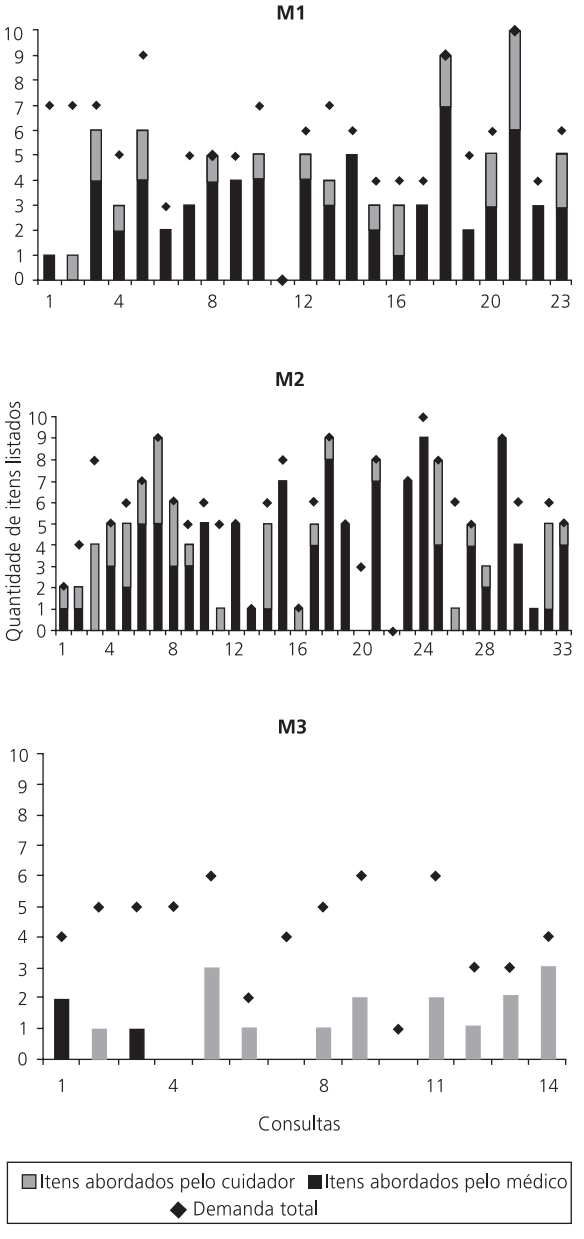

Figura 2. Iniciativa em abordar itens referidos pelos cuidadores na pré-consulta.

mento terapêutico e internações (*n* = 6), fundamentos da neoplasia ou tratamento (*n* = 5), manejo de intercorrências ou efeitos colaterais (n = 3), uso de medicação (*n* = 3), preocupação com recaídas ou sequelas (*n* = 3), orientações sobre alimentação (*n* = 3) e dúvidas sobre exames (*n* = 1).

A Figura 2 também apresenta um processo de inserção gradual da pré-consulta nos atendimentos: nas duas primeiras sessões registradas com M1, praticamente não houve referência aos itens registrados; porém, a partir da terceira consulta, o médico passou a incluir os itens listados, mesmo que de forma irregular. Já M2 se referiu a itens do protocolo desde o primeiro atendimento, enquanto M3 utilizou a pré-consulta apenas na primeira e na terceira sessão.

Considerando o processo de adesão ao uso da pré-consulta, o comportamento dos médicos de discutir os temas registrados foi calculado em termos percentuais. Nessa condição, apenas o comportamento dos pediatras foi acompanhado, excluindo-se as verbalizações de pais e pacientes: entende-se como adesão ao uso da pré-consulta a correspondência total entre os itens registrados no protocolo e os contemplados pelos médicos, de forma observável, em qualquer momento da consulta, mesmo que já tivessem sido incluídos por iniciativa da criança ou do cuidador. Nesta análise, exemplos ilustrativos incluem o médico ler a pré-consulta e conferir cada item: *"Saber sobre escola, já falamos... A internação, ok, dos remédios tudo certo... Discutimos tudo, né?"* (M2). *"Tá escrito aqui que a senhora quer saber a causa do tumor, mas não se sabe, ninguém sabe, não pense nisso, não"* (M1). *"Sobre o remédio, que a senhora perguntou e tá aqui na lista também, tem mais alguma dúvida?"* (M1).

Esse dado mostra o processo de modificação de rotina das consultas, com inserção gradual do protocolo na comunicação. A Figura 3 mostra a curva do comportamento de inclusão das demandas listadas, considerando as consultas em ordem cronológica.

A Figura 3 mostra a aquisição processual, por M1 e M2, do comportamento de inserção da pré-consulta nos atendimentos, considerando tanto demandas de cuidadores quanto de crianças. Analisando-se as sessões gravadas com M1, observa-se que nas duas primeiras houve baixa adesão ao uso do protocolo, e que a partir do terceiro e quarto atendimentos o profissional estabeleceu um padrão regular de uso efetivo da pré-consulta, em torno de 40 a 100%. As sessões 1, 5 e 19 podem ser

Psico7A.pmd 227 6/4/2015, 16:20

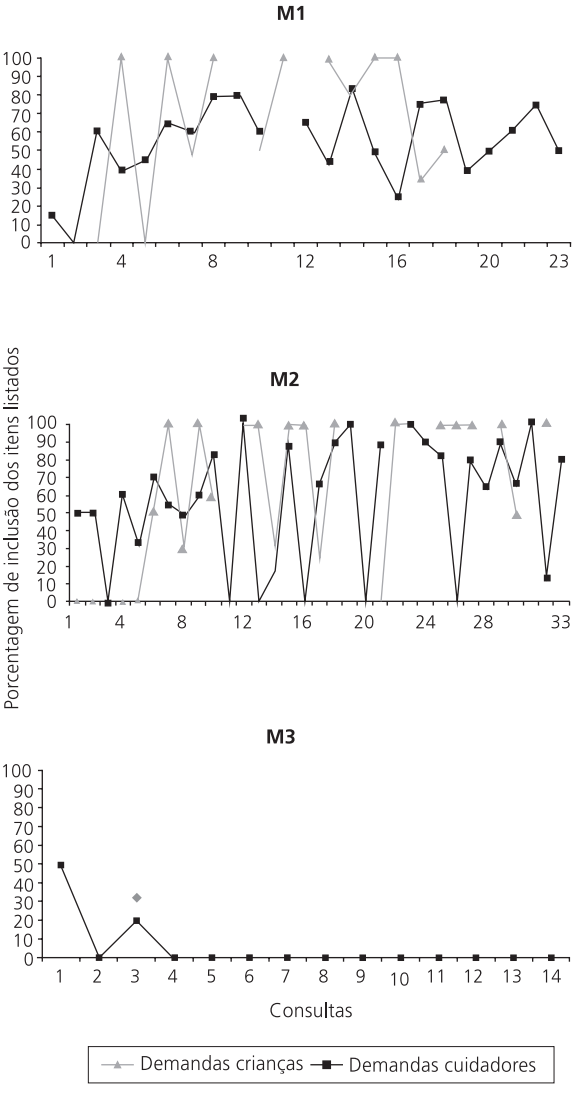

Figura 3. Porcentagem de itens listados e incluídos pelos médicos nas consultas.

considerados atendimentos atípicos, uma vez que ou a criança necessitou de internação urgente (consultas 1 e 19) ou questões do serviço demandaram ausências constantes de M1 do consultório (consulta 5). É possível que tais contextos tenham influenciado o nível de adesão ao uso do protocolo nessas sessões específicas, dificultando a menção aos itens registrados em função de questões prioritárias do serviço.

Considerando os atendimentos gravados com M2, destaca-se que as demandas dos cuidadores começaram a ser abordadas de forma mais regular a partir da quarta sessão registrada. No entanto, demandas das crianças foram incluídas de forma irregular, e isso somente a partir da sexta consulta. Tais dados também enfatizam a aquisição processual do comportamento de discussão dos itens listados no protocolo. Considera-se que as consultas 3, 11, 17 e 20 tenham constituído situação atípica, seja em razão da condição clínica da criança ou de dificuldades de atendimento, aspectos que podem ter influenciado a baixa adesão ao uso do protocolo nesses momentos específicos.

Conforme anteriormente salientado, M3 apresentou baixa adesão ao uso do protocolo, referindo 50% dos itens listados pelo cuidador na primeira consulta e 20% na terceira consulta, bem como 33% das demandas da criança nesta última - porém, nos demais atendimentos M3 não utilizou a pré-consulta. Ao final do estudo, em entrevista realizada com M3, foram indicadas as razões para não aderir ao uso do protocolo, que corresponderam a dificuldades do serviço:

> *Eu confesso que no início eu até lia, mas depois com a correria eu comecei a não ter muito tempo de ler. O que dificulta é o volume de paciente, porque é a mesma coisa de rever o prontuário, com essa correria toda você não tem tempo de ver o prontuário, acaba que a pré-consulta se torna uma outra demanda de tempo pra você ler*.

Discussão

Este artigo apresenta uma análise sobre a inserção dos assuntos estimados em protocolos de pré-consulta na comunicação pediátrica, como parte de um trabalho mais amplo acerca dos efeitos de pré-consultas sobre a interação durante atendimentos. Os resultados apresentam dados importantes para pesquisas e intervenções futuras no contexto da assistência pediátrica, os quais são discutidos a seguir.

Inicialmente, destaca-se a pouca participação da criança em discutir os temas estimados, que correspondeu a apenas 2% das iniciativas de inclusão de assuntos listados, corroborando dados

Psico7A.pmd 228 6/4/2015, 16:20

da literatura sobre a exclusão do paciente pediátrico da comunicação em consultas médicas (Coyne & Gallagher, 2011; Coyne & Harder, 2011; Hallström, 2004; Nova et al., 2005; Perosa et al., 2006; Ranzani, 2009; Tates et al., 2002a; 2002b; Tates & Meeuwesen, 2000; 2001; Vaknin & Zisk-Rony, 2010; Wassmer et al., 2004; Young et al., 2010; 2011). Contudo, é necessário destacar que o uso efetivo da pré-consulta, por M1 e M2, pode ter contribuído para incluir na comunicação assuntos específicos referidos pelas crianças, aumentando a inserção do paciente pediátrico na comunicação, aspecto enfatizado como relevante na assistência em saúde (Aburn & Gott, 2011; Coyne & Gallagher, 2011; Coyne & Harder, 2011; Lambert et al., 2011; Nestel et al., 2004; Ranzani, 2009; Ringnér et al., 2010; Zwaanswijk et al., 2011).

Os resultados do presente trabalho apresentam, portanto, uma iniciativa relevante para incluir a criança na comunicação, contribuindo para modificar a relação médico-paciente, de forma a atingir padrões mais igualitários, cooperativos e humanizados. Em outras palavras, solicitar à criança que possa referir dúvidas e assuntos estimados pode se constituir uma maneira de sensibilizar os pediatras para a necessidade de focalizar a comunicação nas demandas individuais do paciente, entendido este como ator principal em seu processo saúde-doença, e que deve, portanto, participar ativamente das consultas. Por outro lado, proporcionar a reflexão da criança sobre suas próprias demandas, na entrevista para preenchimento da pré-consulta, pode sensibilizar os pacientes pediátricos para comportamentos de auto-observação, contribuindo também para sua atuação mais participativa e assertiva ao longo do tratamento e, em última instância, para a promoção de comportamentos de autocuidado e saúde do futuro adulto, sob uma perspectiva preventiva.

Em resumo, este trabalho apresenta uma das primeiras iniciativas referidas na literatura brasileira sobre procedimentos de intervenção que possam incentivar a participação de crianças em tratamento crônico na consulta e, ao mesmo tempo, favorecer a mudança de padrões comunicativos dos médicos com seus pacientes pediátricos, contribuindo para alterar a relação médico-paciente tradicional em direção a um modelo biopsicossocial e mais humanizado. Torna-se necessário explorar outras maneiras de utilizar a pré-consulta, incluindo, por exemplo, entrevistas lúdicas com as crianças ou fichas de pré-consulta para serem preenchidas em domicílio.

Os dados supracitados, combinados aos resultados obtidos nas interações promovidas pelos cuidadores (30% das iniciativas), apontam que a comunicação nas consultas se centraliza no médico, aspecto destacado em outros estudos (Coyne & Gallagher, 2011; Coyne & Harder, 2011; Hallström, 2004; Tates et al., 2002a; Tates & Meeuwesen, 2000; 2001; Tates et al. 2002b; Vaknin & Zisk-Rony, 2010; Wassmer et al., 2004; Young et al., 2010; 2011). Entretanto, cabe destacar que cuidadores acompanhados por M3, que não se referiu ao protocolo, tiveram taxas notáveis de inclusão dos assuntos estimados no atendimento, aspecto que pode estar relacionado a um incentivo e sensibilização, promovidos pela pré-consulta, à maior comunicação de demandas pessoais por parte dos cuidadores.

Os assuntos que não foram abordados pelos médicos revelam, em sua maioria, temas relacionados diretamente ao tratamento, como, por exemplo, fundamentos da neoplasia, planejamento terapêutico, recomendações de cuidados e higiene, entre outros. Tais dados não permitem apontar se o conteúdo a ser tratado determinaria sua inclusão ou exclusão da fala do médico, ou seja, não é possível afirmar se existem temas cuja discussão com crianças e/ou cuidadores, a princípio, seja mais difícil para os profissionais e que, por esse motivo, seriam evitados no atendimento.

Corroborando a literatura, destaca-se que procedimentos de estimativas acerca de assuntos para discussão em consultas podem contribuir para melhorias na comunicação (Felt & O'Connor, 2003; Hayutin et al., 2009; Silva, 2000). Entretanto, cabe destacar o processo de inserção do protocolo nas consultas, por parte dos médicos, o que implica uma modificação gradual de padrões comportamentais relacionados aos itens listados. Em algumas consultas, a inclusão dos assuntos estimados pode ter

Psico7A.pmd 229 6/4/2015, 16:20

sido prejudicada pela condição clínica da criança ou por dificuldades relacionadas ao serviço de saúde, este último aspecto destacado por M3 como impeditivo ao uso do protocolo em suas consultas.

Uma limitação importante deste estudo está relacionada à amostra reduzida de médicos, cuidadores e crianças, ao passo que um grupo maior de participantes seria relevante para apresentar dados mais homogêneos sobre o efetivo uso de protocolos de pré-consulta durante os atendimentos. Contudo, é necessário ressaltar que os médicos participantes corresponderam a 50% da população disponível para o estudo, no único hospital da rede pública que atende crianças em tratamento de câncer. Outra limitação deste estudo se refere à quantidade de consultas gravadas com cada médico; de forma análoga, um número maior de atendimentos poderia possibilitar análises prospectivas em longo prazo. Por fim, as consultas foram gravadas apenas em áudio e observadas presencialmente para registros complementares, em razão de restrições do serviço de saúde. Gravações em vídeo poderiam incrementar a análise dos dados e apresentar outros eventos relevantes sobre o uso da pré-consulta comportamental.

São necessárias mais pesquisas futuras que possam sistematizar a compreensão sobre a comunicação em contexto pediátrico, inclusive a partir da percepção dos profissionais sobre essa interação (Crossley & Davies, 2005; DiMatteo, 2004; Drotar, 2009; Howells & Lopez, 2008; Nobile & Drotar, 2003). Além disso, torna-se importante investigar efeitos em longo prazo dos procedimentos de pré-consulta sobre a comunicação e, indiretamente, sobre a adaptação ao tratamento, tendo em vista que a qualidade dessa interação reflete na satisfação do usuário e na sua adesão ao tratamento, assim como a compreensão sobre a doença implica uma melhor recordação das explicações, um melhor manejo dos fatores psicossociais relacionados à terapêutica e uma melhor resposta clínica (Ammentorp et al., 2011; Clark et al., 2000; Cohen & Wambolt, 2000; Coyne & Gallagher, 2011; Croom et al., 2011; Crossley & Davies, 2005; DiMatteo, 2004; Drotar, 2009; Fiks et al., 2010; Fisher & Broome, 2011; Howells & Lopez, 2008; Nobile & Drotar, 2003; Sleath et al., 2011; 2012; Swedlund et al., 2012).

Concluindo, o presente estudo apresentou dados relevantes sobre o processo pelo qual crianças, cuidadores e médicos podem gradualmente incluir um protocolo de intervenção nos atendimentos e se beneficiar de um procedimento simples relacionado à melhoria da comunicação pediátrica. Cabe destacar a lacuna, na literatura, de análises sobre o processo pelo qual os participantes utilizam determinadas intervenções e aderem a elas, reflexão tão importante quanto os dados sobre as mudanças de padrão provocadas pela intervenção em si. Dessa forma, destaca-se que esta pesquisa apresenta subsídios relevantes para promover trabalhos psicossociais mais eficientes, que possam testar os efeitos de outros tipos de intervenção sobre a comunicação triádica em contextos de saúde, bem como contribuir para o contínuo aprimoramento da atenção à saúde pediátrica.

Referências

Aburn, G., & Gott, M. (2011). Education given to parents of children newly diagnosed with acute lymphoblastic leukemia: A narrative review. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 28*(5), 300-305.

Ammentorp, J., Kofoed, P. E., & Laulund, L. W. (2011). Impact of communication skills training on parents perceptions of care: Intervention study. *Journal of Advanced Nursing 67*(2), 394-400.

Clark, N. M., Gong, M., Schork, M. A., Kaciroti, N., Evans, D., Roloff, D., … & Mellins, R. B. (2000). Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. *European Respiratory Journal, 16*(1), 15-21.

Cohen, S. Y., & Wamboldt, F. S. (2000). The parent-physician relationship in pediatric asthma care. *Journal of Pediatric Psychology, 25*(2), 69-77.

Coyne, I., & Gallagher, P. (2011). Participation in communication and decision-making: Children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 2334-2343.

Coyne, I., & Harder, M. (2011). Children's participation in decision-making: Balancing protection with shared decision-making using a situational perspective. *Journal of Child Health Care, 15*(4), 312-319.

Croom, A., Wiebe, D. J., Berg, C. A., Lindsay, R., Donaldson, D., Foster, C., … Swinyard, M. T. (2011).

Psico7A.pmd 230 6/4/2015, 16:20

Adolescent and parent perceptions of patient-centered communication while managing type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 36*(2), 206-215.

Crossley, J., & Davies, H. (2005). Doctor's consultation with children and their parents: A model of competencies, outcomes and confounding influences. *Medical Education, 39*(8), 807-819.

DiMatteo, M. R. (2004). The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient Education and Counseling, 55*(3), 339-344.

Drotar, D. (2009). Physician behavior in the care of pediatric chronic illness: Association with health outcomes and treatment adherence. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 30*(3), 246-254.

Felt, B. T., & O'Connor, M. E. (2003). Use of the child development review increases residents' discussion of behavioral problems. *Ambulatory Pediatrics, 3*(1), 2-8.

Fiks, A. G., Localio, A. R., Alessandrini, E. A., Asch, D. A., & Guevara, J. P. (2010). Shared decicion-making in pediatrics: A national perspective. *Pediatrics, 126*(2), 306-314.

Fisher, M. J., & Broome, M. E. (2011). Parent-provider communication during hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing, 26*, 58-69.

Hallström, I. (2004). Parents' and children's involvement in decision-making during hospitalization. *Nursing Times Research, 9*(4), 263-269.

Hayutin, L. G., Reed-Knight, B., Blount, R. L., Lewis, J., & McCormick, M. L. (2009). Increasing parent-pediatrician communication about children's psychosocial problems. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(10), 1155-1164.

Howells, R., & Lopez, T. (2008). Better communication with children and parents. *Paediatrics and Child Health, 18*(8), 381-385.

Kohlsdorf, M. (2012). *Proposta de pré-consulta comportamental*: *análise da comunicação médico-cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica* (Tese de doutorado não-publicada). Universidade de Brasília.

Lambert, V., Glacken, M., & McCarron, M. (2011). Communication between children and health professionals in a child hospital setting: A Child Transitional Communication Model. *Journal of Advanced Nursing, 67*(3), 569-582.

Nestel, D., Taylor, S., & Spender, Q. (2004). Evaluation of an inter-professional workshop to develop a psychosocial assessment and child-centred communication training programme for paediatricians in training. *BMC Medical Education, 4*(25), 1-10.

Nobile, C., & Drotar, D. (2003). Research on the quality of parent-provider communication in pediatric care: Implications and recommendations. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 24*(4), 279-290.

Nova, C., Vegni, E., & Moja, E. A. (2005). The physician-patient-parent communication: A qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Education and Counseling, 58*(3), 327-333.

Patenaude, A. F., & Last, B. (2001). Cancer and children: Where are we coming from? Where are we going? *Psycho-Oncology, 10*(4), 281-283.

Perosa, G. B., Gabarra, L. M., Bossolan, R. P., Ranzani, P. M., & Pereira, V. M. (2006). Aspectos psicológicos na comunicação médico-paciente no *setting* pediátrico. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em psicologia pediátrica* (pp.57-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ranzani, P. M. (2009). *O processo de comunicação médico/familiar/criança*: *a percepção de mães de crianças portadoras de doenças crônicas graves* (Dissertação de mestrado não-publicada). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu.

Ringnér, A., Jansson, L., & Graneheim, U. H. (2010). Professional caregivers' perceptions of providing information to parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 20*(10), 1-9.

Silva, M. M. (2000). *Consulta pediátrica*: *efeito de procedimentos instrucionais sobre os temas tratados* (Tese de doutorado não-publicada). Universidade de Brasília.

Sleath, B., Ayala, G. X., Washington, D., Davis, S., Williams, D., Tudor, G., … & Gillette, C. (2011). Caregiver rating of provider participatory decision-making style and caregiver and child satisfaction with pediatric asthma visits. *Patient Education and Counseling, 85*, 286-289.

Sleath, B., Carpenter, D. M., Slota, C., Williams, D., Tudor, G., Yeatts, K., … Ayala, G. X. (2012). Communication during pediatric asthma visits and self-reported asthma medication adherence. *Pediatrics, 130*(4), 1-7.

Swedlund, M. P., Schumacher, J. B., Young, H. N., & Cox, E. D. (2012). Effect of communication style and physician-family relationships on satisfaction with pediatric chronic disease care. *Health Communication, 27*(5), 498-505.

Tates, K., & Meeuwesen, L. (2000). "Let mum have her say": Turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Education and Counseling, 40*(2), 151-162.

Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-parent-child communication: A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine, 52*(6), 839-851.

Tates, K., Elbers, E., Meeuwesen, L., & Bensing, J. (2002a). Doctor-parent-child relationships: A '*pas de trois*'. *Patient Education and Counseling, 48*(1), 5-14.

Tates, K., Meeuwesen, L., Bensing, J., & Elbers, E. (2002b). Joking or decision-making? Affective and instrumental

Psico7A.pmd 231 6/4/2015, 16:20

behaviour in doctor-parent-child communication. *Psychology and Health, 17*(3), 281-295.

Vaknin, O., & Zisk-Rony, R. Y. (2010). Including children in medical decisions and treatments: Perceptions and practices of healthcare providers. *Child*: *Care, Health and Development, 37*(4), 533-539.

Wassmer, E., Minnaar, G., Abdel Aal, N., Atkinson, M., Gupta, E., Yuen, S., & Rylance, G. (2004). How do paediatricians communicate with children and parents? *Acta Paediatrica, 93*(11), 1501-1506.

Young, B., Ward, J., Salmon, P., Gravenhorst, K., Hill, J., & Eden, T. (2010). Parents' accounts of the presence of their preadolescent child during discussions with doctors in the months after the child's diagnosis with serious illness: Qualitative interview study. *Archives of Disease in Childhood, 95*(1), 1230-1238.

Young, B., Ward, J., Salmon, P., Gravenhorst, K., Hill, J., & Eden, T. (2011). Parents' experiences of their children's presence in discussions with physicians about leukemia. *Pediatrics, 127*(5), 1230-1238.

Zannon, C. M. L. C. (2001). Custo comportamental de um procedimento para prevenir não-adesão a tratamento pediátrico de doenças reumáticas: um tiro que saiu pela culatra (manuscrito não-publicado). Brasília: Universidade de Brasília.

Zannon, C. M. L. C., Pereira, R. M. G., Arruda, P. M., Kohlsdorf, M., & Rocha L. E. P. (2002). Pré-consulta com-portamental em reumatologia pediátrica: identificando problemas e promovendo aliança para o tratamento. *Revista Brasileira de Reumatologia,* (14-19), S79-S79.

Zwaanswijk, M., Tates, K., van Dulmen, S., Hoogerbrugge, P. M., Kamps, W. A., Beishuizen, A., & Bensing, J. M. (2011). Communicating with child patients in pediatric oncology consultations: A vignette study on child patients', parents', and survivors' communication preferences. *Psycho-Oncology, 20*(3), 269-277.

Recebido: janeiro 24, 2013
Versão final: julho 22, 2013
Aprovado: setembro 23, 2013

ANEXO

ROTEIRO DO PROTOCOLO DE PRÉ-CONSULTA

1) Definição do diagnóstico (segundo relatado)
2) Adesão aos cuidados e recomendações
3) Dúvidas
4) Dificuldades referidas
5) Expectativas sobre tratamento e outros aspectos relevantes
6) Assuntos estimados para a consulta a seguir
7) Remédios em uso: necessita de receita, relatório, atestado?

Psico7A.pmd 232 6/4/2015, 16:20