DENISE BALLESTER

**Ensino do residente de pediatria em um ambulatório geral: análise da
consulta**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

Área de concentração: Pediatria

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Maria de Ulhôa Escobar

São Paulo

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ballester, Denise

Ensino do residente de pediatria em um ambulatório geral : análise da consulta /
Denise Ballester. -- São Paulo, 2009.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Pediatria.

Área de concentração: Pediatria.

Orientadora: Ana Maria de Ulhôa Escobar.

Descritores: 1.Assistência centrada no paciente 2.Gravação de videotape 3.Entrevista
4.Comunicação 5.Relações médico-paciente 6.Educação médica 7.Criança

USP/FM/SBD-400/09

DEDICATÓRIA

AOS PAIS E SUAS CRIANÇAS...

AGRADECIMENTOS

Aos queridos residentes, pela participação, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

A minha família, pelo amor, carinho e compreensão, principalmente nos momentos mais difíceis, o que tornou a realização do trabalho agradável.

Aos amigos do AGEF, pela colaboração durante toda a elaboração da tese.

Aos amigos queridos, que vivenciaram de perto a construção deste projeto, pelo incentivo e apoio, o que permitiu a conclusão do trabalho.

Ao Prof. Fernando Lefèvre, pelas preciosas sugestões na elaboração final do trabalho.

À Profa. Dra. Sandra Josefina Ellero Grisi, pelo incentivo constante.

À querida Profa. Dra. Ana Maria de Ulhôa Escobar, pela orientação e amizade e, principalmente, por acreditar que este trabalho seria possível

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

- Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)
- Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e
- Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

1. Introdução	1
1.1. O Ambulatório Geral de Pediatria – AGEP	14
2. Objetivos	17
2.1. Objetivo Geral	18
2.2. Objetivos Específicos	18
3. Método	19
4. Resultados	25
4.1. Síntese dos resultados por residente	26
4.1.1 Residente N ^o 1	26
4.1.2 Residente N ^o 2	29
4.1.3 Residente N ^o 3	31
4.1.4 Residente N ^o 4	34
4.1.5 Residente n ^o 5	37
4.1.6 Residente n ^o 6	39
4.1.7 Residente n ^o 7	41
4.1.8 Residente n ^o 8	43
4.1.9 Residente n ^o 9	46
4.1.10 Residente n ^o 10	49
4.2. Síntese dos resultados do grupo de residente	52
4.3. Resultados completos por residente	55
4.3.1 Residente N ^o 1:	55
4.3.1.1 Categorias gerais:	57
4.3.1.2 Categorias empíricas:	65
4.3.2 Residente N ^o 2	67
4.3.2.1 Categorias gerais	68
4.3.2.2 Categorias empíricas:	76
4.3.3 Residente N ^o 3	78
4.3.3.1 Categorias gerais	79
4.3.3.2 Categorias empíricas	87
4.3.4 Residente N ^o 4	89
4.3.4.1 Categorias gerais	90

SUMÁRIO

4.3.4.2 Categorias empíricas	97
4.3.5 Residente nº5	101
4.3.5.1 Categorias gerais	102
4.3.5.2 Categorias empíricas:	110
4.3.6 Residente Nº 6:	113
4.3.6.1 Categorias gerais	114
4.3.6.2 Categorias empíricas:	120
4.3.7 Residente Nº 7	123
4.3.7.1 Categorias gerais	124
4.3.7.2 Categorias empíricas:	132
4.3.8 Residente nº 8	133
4.3.8.1 Categorias gerais	135
4.3.8.2 Categorias empíricas:	143
4.3.9 Residente nº 9	147
4.3.9.1 Categorias gerais	148
4.3.9.2 Categorias empíricas:	156
4.3.10 Residente nº 10	158
4.3.10.1 Categorias gerais	159
4.3.10.2 Categorias empíricas:	166
5. Discussão	173
5.1. Considerações Gerais	174
5.2. Considerações sobre o método	174
5.3. Considerações sobre os resultados	176
5.3.1 Impressões Gerais	176
5.3.2 Considerações por Categorias	177
5.4. Considerações finais	201
6. Conclusão	207
6.1. Categorias Gerais	208
6.2. Categorias Empíricas	208
7. Anexos	210
8. Referências bibliográficas	219

RESUMO

Ballester D. *Ensino do Residente de Pediatria em um Ambulatório Geral: Análise da Consulta* (tese). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009

Diversos autores referem que a realização da consulta médica associa-se a melhores resultados quando apoiada nos pressupostos do modelo centrado no paciente dentre os quais se destaca a inclusão da perspectiva do paciente. O objetivo deste estudo foi analisar se o modelo de ensino adotado no Ambulatorial Geral de Pediatria (AGEP) permite ao residente de pediatria, após um ano de estágio, conduzir uma consulta com a inclusão da perspectiva dos pais. O estágio no AGEP dos residentes de primeiro ano, do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), ocorre no Hospital Universitário da USP que é um serviço de atendimento secundário. Este ambulatório tem como objetivo ensinar uma forma de atendimento ampliado e não centrado na doença. Em 2007, foram selecionados 10 residentes para serem filmados durante a realização de uma consulta no início e no final do estágio. Os dados foram analisados por metodologia qualitativa por meio de técnica exploratória envolvendo, independentemente, três juízes. Adotando-se como referencial teórico pressupostos do modelo centrado no paciente, elaboraram-se as categorias gerais: (1) Compreensão da queixa principal referida pelos pais; (2) Compreensão de outras queixas; (3) Compartilhamento das orientações e decisões. Os residentes tinham em média 26 anos de idade, graduados em diversas faculdades do país e referiam formação em atendimento ambulatorial de pequena duração. Como resultado, observou-se que na categoria (1) a maioria dos residentes explora precocemente a primeira queixa referida pelos pais. No final do estágio alguns residentes incluem na anamnese, de modo insuficiente, a exploração dos sentimentos envolvidos com a queixa. Na categoria (2), poucos residentes exploram ativamente outras preocupações e observou-se pouca valorização da agenda dos pais. Na categoria (3), os residentes mantiveram ao longo do curso a forma não compartilhada das orientações e decisões durante a consulta. A observação das consultas permitiu a elaboração de categorias empíricas: (a) interação com a criança; (b) explicação do roteiro de anamnese; (c) prontuário como principal fonte de informação; (d) momentos de silêncio na consulta; (e) explicações a respeito dos procedimentos do exame físico. Dentre elas, a interação com a criança foi a mais significativa e constatou-se que a maioria dos residentes estabelece pouca comunicação com as crianças. Os residentes que buscam um diálogo com a criança restringem-se aos aspectos da rotina de vida e atividades escolares. Apenas uma residente explora o problema de saúde diretamente com a criança. Chamou a atenção a procura ativa da criança pela comunicação com os residentes durante a consulta, porém a maioria deles não demonstra ter entendido esse comportamento. Concluiu-se que o modelo de ensino do AGEP em 2007 não capacitava os residentes para a realização de consultas com a inclusão da perspectiva dos pais. As explicações para esse fato podem relacionar-se com as dificuldades em mudanças de comportamento, por parte dos residentes, decorrentes da formação na graduação com predomínio do modelo biomédico e a ausência de estratégias específicas para o ensino de pressupostos do modelo centrado no paciente e das habilidades de comunicação durante o estágio no AGEP.

Descritores: assistência centrada no paciente, gravação de videotape, entrevista, comunicação, relação médico-paciente, educação médica, criança

SUMMARY

Ballester D. *Teaching pediatric residents in a General Pediatric Outpatient Clinic: Analysis of Consultation* (thesis). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009

Several authors report that the outcome of the medical consultation is associated with better results when based on patient-centered model among which stands out the inclusion of the patient's perspective. The aim of this study was to examine whether the teaching model adopted in the "Ambulatório Geral de Pediatria" (AGEP), a general Pediatric outpatient clinic, capacitates, after one year, the resident of pediatrics to conduct a consultation which includes the parents' perspective. The AGEP is a secondary health care facility located at the University Hospital of the University of São Paulo (USP), Brazil, and offers a course for the first year of the residency program of the Department of Pediatrics of the School of Medicine of USP. This clinic aims to teach a form of extended care, not focused on the disease. In 2007, 10 residents were selected to be videotaped while performing a consultation at the beginning and at the end of the course. The data was analyzed through qualitative methodology by exploratory technique involving three judges independently. Using as reference the patient-centered care, general categories were elaborated: (1) Understanding of the parents' main complaints, (2) Understanding of other complaints and (3) Sharing decision-making. The residents had an average age of 26 years-old, graduated from different colleges in the country and referred outpatient training only for short periods. As a result it was observed that in category (1), the majority of residents explore precipitously the first parents' complaint. At the end of the course some residents, although insufficiently, include in the anamneses the parents concerns involved with the complaint. In Category (2), few residents actively explore other complaints and the parents' agenda was neglected. In category (3), residents maintained throughout the course a non-shared decision-making practice. The observation of consultations enabled the development of empirical categories: (a) interaction with the child, (b) explanation of the anamnesis guide, (c) use of the records as the main source of information, (d) moments of silence during the consultation, (e) lack of explanation of the procedures of the physical examination. Among which, the interaction with the child was the most significant and it was found that most residents establish little communication with the children. Residents seeking a dialogue with the child are limited to the routine aspects of life and school activities. Only one resident explores the health problem directly with the child. Children actively tried to communicate with the residents during the consultation, but most residents appeared not to have understood their behavior. It was concluded that the teaching model of AGEP in 2007 does not enabled residents to do consultations including the parents' perspective. The explanations for this may relate to the difficulties in changing residents' behavior due to their former training during medical school in which there is a predominance of the biomedical model. Another reason was the absence of specific strategies for teaching patient-centered care and communication skills during the course in AGEP.

Descriptors: Patient centered care, video recording, interview, physician-patient relation, medical education, child

1 Introdução

“Apesar de um médico poder ser cuidador e cientista, ele não pode ser um efetivo terapeuta se meramente juntar esses dois papéis...O objetivo de um médico na terapia não é apenas o de uma conjunção, mas o de uma verdadeira síntese de arte e ciência, fundindo as partes num todo que unifica o seu trabalho e faz desses dois papéis um único: um cuidador cientista...Como cuidador a proposta do médico é tratar a pessoa doente e não meramente a manifestação da doença.”

Alvan Feinstein, 1967

Entender a contraposição que se estabelece ao modelo médico predominante na modernidade impõe o conhecimento do processo histórico que favoreceu o desenvolvimento do *modelo biomédico* e da importância desse processo para os avanços da medicina hoje conhecidos.

O modelo biomédico ou mecanicista, hoje predominante, tem suas raízes históricas vinculadas ao Renascimento do início do século XVI e de toda a revolução artístico-cultural que ocorreu nessa época (Barros, 2002). Nesse contexto, observa-se um deslocamento epistemológico da medicina que, de arte de curar indivíduos doentes, passa a ser disciplina das doenças (Koifman, 2001).

Desde então, ocorre o desenvolvimento de várias áreas do conhecimento humano e alguns cientistas e filósofos marcam o crescimento técnico-científico e influenciam de maneira significativa o pensar da medicina moderna.

O filósofo e matemático René Descartes (1596-1650) é reconhecido como o pai do racionalismo na filosofia moderna. No seu *Discurso do Método*, Descartes formula as regras que se constituem nos fundamentos de seu enfoque sobre o conhecimento e que persistem hegemônicos no raciocínio médico ainda hoje.

Descartes refere que não se deve aceitar como verdade aquilo que não seja possível provar e defende a ideia da separação entre a mente e o corpo, entre o sujeito e o objeto e a redução de fenômenos complexos em seus componentes mais simples (Barros, 2002).

Para Isaac Newton (1643-1727), coube a criação de teorias matemáticas que confirmaram a visão cartesiana do corpo e do mundo como uma grande máquina a ser explorada. Assim como a mecânica newtoniana possibilitou a explicação de muitos fenômenos da vida cotidiana, a medicina mecanicista passa a fornecer, gradativamente,

os instrumentos requeridos pelos médicos para que pudessem lidar com uma parte crescente das doenças mais corriqueiras (Barros, 2002).

Na anatomia clínica do século XIX, o aprendizado das doenças se fez não pela observação da vida, mesmo que em corpos doentes, mas em corpos mortos (Luz, 1988). Esse fato ressalta a possibilidade de aquisição do conhecimento médico dissociado do conhecimento a respeito do sujeito doente e contribui para a construção do conceito de saúde como ausência de doença e de cura como eliminação dos sintomas (Luz, 1988).

Os estudos de Pasteur e Kock levaram a avanços na microbiologia que resultaram na associação entre algumas alterações anatômicas e agentes infecciosos específicos (Barros, 2002).

As descobertas mencionadas e tantas outras requeriam um modelo explicativo que pudesse incorporar as inovadoras concepções sobre a estrutura e o funcionamento do corpo. O novo modelo explicativo introduz a gradativa reorientação dos princípios e práticas da medicina, nos quais o corpo é visto como uma máquina com engrenagens que é capaz de ser reparado e fica evidente o negligenciamento da subjetividade do indivíduo doente (Engel, 1980).

Ao longo do tempo, os modos de expressão do adoecimento e da doença foram se modificando. As formas de produção do conhecimento médico influenciaram a relação da prática médica com o doente e a doença. Ocorreu um afastamento do médico em relação ao doente e uma maior teorização dos discursos médicos (Koifman, 2001)

O relatório de Flexner de 1910 é o marco histórico que consolida o modelo biomédico na medicina moderna. Ele enfatiza a necessidade de aprofundar o conhecimento funcional do corpo humano e favorece esse processo por meio da organização do ensino médico em departamentos e disciplinas (Pagliosa e Da Ros, 2008).

O período pós II Guerra Mundial é outro marco central da medicina moderna. A descoberta das sulfas em 1930 e das penicilinas em 1940 transforma a prática médica. A mudança não se refere apenas à prescrição de antibióticos, mas no enfoque da formação médica que passa a ser a bioquímica, a farmacologia e a microbiologia. A medicina desenvolve-se buscando o entendimento de problemas de saúde que podem ser tratados com remédios e a repercussão da subjetividade do paciente nesse tratamento é deixada

de lado. Assim, o modelo biomédico, baseado em doenças, vai se consolidando e o interesse pela experiência do adoecimento é menosprezado (Engel, 1980).

Nesse modelo, o papel do médico é baseado exclusivamente na eliminação de doenças e confere a ele grande autoridade e poder que se manifestam na relação estabelecida entre esse e o paciente. Dessa forma, o encontro que ocorre durante a consulta médica é centrado no médico ou na doença e a perspectiva do paciente é pouco relevante (Roter e Hall, 2006; Pendleton et al., 2006; Sandman e Munthe, 2009)

Não se pode negar o papel fundamental da indústria mercantilista na consolidação do modelo biomédico. A partir da revolução industrial que instaura o capitalismo, da transformação de tudo em mercadoria, está aberto o campo para a gestação do complexo médico-industrial e para a ampliação contínua da mercantilização da medicina. Na medida em que o acesso ao consumo foi convertido no objetivo principal para o desfrute de níveis satisfatórios de bem-estar, boas condições de saúde passaram a ser consideradas como possíveis na estreita dependência do acesso a tecnologias diagnósticas e terapêuticas. A eficácia e a efetividade das técnicas passam a confundir-se com seu grau de sofisticação. (Navarro, 1975; Giovanni, 1980; Barros, 2002).

Paralelamente ao avanço do modelo biomédico associado à crescente tecnologia, surgem correntes de contraposição a esse modo de prática médica (Stewart et al., 1975; Stewart e Buck, 1977; Engel, 1980; Levenstein et al., 1986;).

Nas últimas décadas, observa-se uma crescente necessidade de mudança na forma de atendimento à população nos serviços de saúde. Provavelmente isto se deva a um conjunto de fatores, tais como insatisfação da clientela, modificações no perfil epidemiológico, reconhecimento de fatores de risco, surgimento de novas doenças e o crescente desenvolvimento de tecnologias cada vez mais sofisticadas e de alto custo (Stewart et al., 1995a, Barros, 2002),

O surgimento de novas morbidades, como as doenças crônicas degenerativas, e de novas demandas como a drogadição, os maus-tratos, o abuso sexual, as dificuldades escolares e os conflitos familiares traz para as consultas médicas queixas vagas ou expressas em sintomas orgânicos como dores abdominais, osteomusculares e cefaléia recorrente que podem ser vistas como expressão do sofrimento da vida cotidiana dos indivíduos (Stewart et al., 1995a; Ribeiro e Amaral, 2008).

Assim, é necessário encontrar novas formas de organização da prática médica que permitam atender a essa demanda. No espaço do ambulatório, ao contrário da assistência hospitalar, existe a possibilidade de realização do atendimento à grande maioria dos problemas de saúde da população e com custos reduzidos.

Pelo exposto, fica evidente que o momento da consulta torna-se central no processo diagnóstico e terapêutico e que a abordagem do paciente na perspectiva do modelo biomédico, que se apoia apenas no entendimento das doenças, é insuficiente para dar conta da maioria das queixas referidas nas consultas médicas. Há a necessidade de mudança para um modelo no qual o entendimento da subjetividade do indivíduo e da influência nas queixas clínicas dos aspectos psicosociais, educacionais e culturais, tais como costumes, crenças e religiões passam a ser elementos fundamentais para a realização de uma consulta eficiente. E mais, nota-se que não é suficiente apenas entender todos esses aspectos, mas é preciso incluí-los no processo diagnóstico e terapêutico, reconhecendo sua importância nos resultados da consulta (Engel, 1980; Stewart et al., 1995a; Pendleton et al., 2006; Taylor, 2009).

Nesse contexto, observa-se, desde a década de 1970, o surgimento de outros modelos de atenção médica que destacam as diferentes dimensões, físicas, psíquicas e sociais, que permeiam a entrevista médica. O modelo biopsicossocial (Engel et al., 1980) e o modelo centrado no paciente (Levinstein et al., 1986) são exemplos disso e enfatizam, entre outros aspectos, a importância da inclusão da perspectiva do paciente na realização da consulta.

Pendleton et al. (2006) referem que a consulta deve envolver duas perspectivas, a do médico e a do paciente. A primeira é representada pelo conhecimento do funcionamento do corpo, de como as doenças manifestam-se e evoluem. A perspectiva do paciente é representada pela sua experiência do adoecer, das expectativas a respeito de como o problema será abordado e das repercussões, na rotina de vida e no contexto social, do adoecer das propostas terapêuticas.

Portanto, essa discussão não pretende negar a importância da perspectiva do médico na realização da consulta, mas ressaltar a necessidade de incluir a perspectiva do paciente e, para que isto ocorra, é necessário conhecer os aspectos que a compõem. Segundo Pendleton et al. (2006), estes aspectos relacionam-se a dimensões físicas, psíquicas e sociais do paciente.

O médico que não explora essas questões durante a entrevista, arrisca-se a realizar uma consulta inefetiva, pois os pacientes chegam à consulta com representações sobre seu problema de saúde, sentimentos relacionados, expectativas em relação à sua abordagem e com planos de ação para lidar com ele (Becker, 1974; Barsky, 1981; Leventhal e Cameron, 1987; Kai, 1996; Pendleton et al., 2006).

Em relação à *dimensão física*, é importante reconhecer que a presença de manifestação corporal não necessariamente motiva o indivíduo a buscar atendimento médico. Isto apenas ocorre quando a manifestação causa incômodo pela sua presença ou pelas interpretações que a pessoa faz a seu respeito, tornando-se, dessa forma, um sintoma e o indivíduo um paciente (Barsky, 1981).

A *dimensão psíquica* associa-se a todas as experiências de adoecer, as quais aparecem em todas as entrevistas médicas e influenciam o resultado final da consulta. Essa dimensão inclui as ideias e as crenças do indivíduo relacionadas ao conceito de saúde e doença, os medos e as preocupações associados ao adoecimento e o modo e a capacidade de cada indivíduo de elaborar mecanismos para o enfrentamento do problema (Becker, 1974; Barsky, 1981; Leventhal e Cameron, 1987; Kai, 1996; Pendleton et al., 2006).

A congruência entre a prescrição médica e a crença do paciente sobre o conceito de saúde é elemento central para o seguimento das orientações. (Becker, 1974; Becker and Maiman 1975).

Kai (1996) observou, em consultas pediátricas, relação entre o medo dos pais com o adoecimento dos filhos e suas explicações para a presença do problema de saúde. O autor refere que a falta de esclarecimento dos pais, em decorrência da troca de informações insuficiente com o médico a respeito do problema de saúde da criança, gerava insegurança quanto à capacidade deles em cuidar e proteger o filho adoecido.

Leventhal e Cameron (1987) propõem um modelo de organização da dimensão psíquica que permitiria ao indivíduo enfrentar o problema de saúde. As ideias e crenças, sentimentos e preocupações se organizariam de forma coerente num mecanismo de enfrentamento do problema. Dessa forma, pode-se inferir que, quando o paciente chega à consulta, existe uma preocupação em relação ao problema e uma elaboração prévia em relação à sua natureza e ao que deve ser feito para abordá-lo.

Por fim, as expectativas do paciente em relação à consulta também influenciam o resultado final. Elas relacionam-se, por exemplo, com a abordagem que será dada ao problema de saúde e com a possibilidade de ser agente ativo ou passivo do seu próprio cuidado (Barsky, 1981; Mc Kinstry et al., 2000).

Em relação à *dimensão social*, sabe-se que as condições econômicas e crenças do paciente influenciam o tratamento clínico. O resultado da consulta relaciona-se a dois importantes aspectos sociais, que são os valores e as normas que são aprendidos e sustentados pelos membros de um grupo social. O grupo em questão pode ser, por exemplo, grande como “as nações industrializadas” ou pequeno como a “minha família”, mas a influência é notável e precisa ser entendida e considerada durante a realização de consultas médicas (Minayo, 2006).

Conhecidas as diferentes dimensões que compõem a perspectiva do paciente, é importante entender que o modo como o médico aborda essas dimensões repercute no resultado da consulta, o qual pode ser imediato, a médio e a longo prazo.

Resultados imediatos da consulta parecem muito relacionados com a satisfação do paciente. Em vários estudos encontrou-se que essa satisfação se relacionou com alguns comportamentos médicos como: informações oferecidas a respeito do problema de saúde e do tratamento; encorajamento para que o paciente exponha suas ideias e opiniões; demonstração de entendimento do processo de adoecimento; compartilhamento de decisões; afetuosidade e cortesia (Hall et al., 1988; Willian et al., 1995; Kinnerseley et al., 1999; Elwyn et al., 1999a; Elwyn et al., 1999b).

A abordagem das preocupações do paciente influencia fortemente o resultado da consulta. Little et al. (2001b) estudaram 716 consultas que envolviam a queixa de dor de garganta. Os pacientes que melhoraram mais rapidamente tiveram suas preocupações mais bem abordadas pelos médicos.

O entendimento sobre as orientações dadas e a participação no planejamento terapêutico também se relacionam positivamente com os resultados imediatos da consulta (Pendleton et al., 2006).

Em relação aos resultados a médio prazo, ou seja, decorrentes do processo de decisões feitas nas consultas, eles são fortemente associados ao conceito de *aderência* às propostas terapêuticas, a qual garante a continuidade das orientações propostas na consulta (Pendleton et al., 2006).

Em estudos recentes, nota-se a utilização do termo *aderência*, em contraposição ao termo *obediência* à prescrição médica, para descrever a concordância do paciente com as propostas terapêuticas, tanto medicamentosas quanto aquelas relacionadas a mudanças de hábitos. A utilização do conceito de aderência, na análise dos resultados da consulta, pressupõe o reconhecimento da autonomia do paciente e do direito de ele participar das decisões a respeito do cuidado da sua saúde, de forma compartilhada com o médico (Pendleton et al., 2006).

Dessa forma, vários autores preocupam-se com a análise dos fatores que influenciam a aderência ao plano terapêutico (Haynes et.al., 1996; Burtler et al., 1996). Haynes et.al. (1996) encontraram que a aderência às orientações médicas prescritivas e não compartilhadas é muito pequena, independente da gravidade do problema de saúde. Quando a orientação é referente a mudanças no estilo de vida, a porcentagem de aderência é ainda menor (Burtler et al., 1996).

O desconhecimento a respeito do funcionamento das doenças e de como elas evoluem e são tratadas não parece ser responsável pela falta de seguimento da orientação terapêutica proposta. Assim, explicações, por exemplo, fisiopatológicas e sobre a prescrição médica, por si só, não garantem a aderência. (Becker, 1974; Maiman et al. 1988).

Nesse contexto, Lassen (1991) descreveu em seu trabalho cinco aspectos que se associaram ao aumento da aderência:

- (1) exploração das ideias e expectativas do paciente;
- (2) explicações a respeito das orientações;
- (3) explicações a respeito dos motivos para as orientações;
- (4) verificação do ponto de vista do paciente;
- (5) exploração dos obstáculos para a aderência.

Dentre os aspectos relacionados com a aderência às propostas terapêuticas, o compartilhamento das orientações e decisões tem sido bastante enfatizado.

Pendleton, et al. (2006) referem que, quanto mais o médico compartilha com os pacientes assuntos relacionados ao plano terapêutico, maior é a possibilidade de ocorrer aderência ao tratamento acordado. A valorização da autonomia do paciente e o envolvimento dele na consulta, desde o processo diagnóstico até as decisões a respeito

do manejo do problema de saúde, afetam o resultado da consulta (Smith et al., 1994; Brody et al., 1989; Elwyn et al., 1999a; McKinstry, 2000).

O resultado da consulta a médio prazo também se relaciona com a qualidade das orientações fornecidas, ou seja, associa-se ao compartilhamento entre médico e paciente dessas orientações (Pendleton et al., 2006). As explicações e recomendações que são feitas de forma generalizada e não personificadas tendem a ser menos efetivas. As orientações personificadas são formuladas com base no conhecimento da história individual e única de cada paciente (Smith et al., 1994).

O compartilhamento das decisões também foi associado positivamente aos resultados da consulta a longo prazo, ou seja, com a melhora da saúde global do paciente (Bass et al., 1986; Fallowfield et al., 1990; Stewart et al., 2000).

Stewart (1995b) revisou 21 estudos sobre comunicação médico-paciente, nos quais o objetivo era analisar a melhora da saúde dos pacientes. A qualidade da comunicação durante a anamnese e a discussão do plano terapêutico influenciaram positivamente a saúde dos pacientes em 16 trabalhos.

O exposto acima sugere que diversos pesquisadores implicam o compartilhamento de decisões nos resultados da consulta (Bass et al., 1986; Fallowfield et al., 1990; Stewart et al., 2000; Stewart et al., 1995a). No entanto, em estudo recente, os autores discutem as dificuldades em analisar adequadamente essa implicação, em decorrência da variação das definições de compartilhamento encontradas na literatura (Moumjid et al., 2007).

Moumjid et al. (2007), em um estudo de revisão, notaram que a maioria dos autores não define o termo “*compartilhamento*” em seus estudos e, quando isso ocorre, comumente a análise dos resultados não é consistente com a definição adotada.

Alguns autores claramente definem o compartilhamento como a troca de informações entre o médico e o paciente, a negociação e a concordância mútua em cada passo do processo de decisão diagnóstica e terapêutica (Charles et al., 1997; Coulter, 1997; Charles et al., 1999; Towele e Godolphin, 1999).

Coulter (1997) ressalta a importância do compartilhamento da responsabilidade pela decisão terapêutica, além de enfatizar a necessidade de o médico legitimar a preferência do paciente.

Autores utilizam a expressão “*decisões informadas*” como sinônimo de compartilhamento, causando confusão na comparação de resultados (Braddock et al., 1999). A expressão “*decisões informadas*” pressupõe a transferência de informação para o paciente, sendo que, neste caso, a decisão pode torna-se apenas responsabilidade dele e não compartilhada com o médico (Braddock et al., 1999).

Weston (2001) descreve semelhanças entre a comunicação centrada no paciente e o compartilhamento de decisões, particularmente em relação ao componente denominado de “*entendimento conjunto*” do problema. No entanto, Wensing et al. (2002) discordam dessa associação e referem em seu trabalho que o “*entendimento conjunto*” é um processo que busca a elucidação exata da natureza do problema e que antecede e permite o compartilhamento de decisões.

Nesse contexto, fica evidente a necessidade de definições claras em relação ao compartilhamento de decisões nas consultas médicas, tanto para permitir análise adequada de resultados de pesquisas, como para facilitar sua aplicação na prática clínica.

Pelo exposto, nota-se relação positiva significativa entre a inclusão das várias dimensões referentes à perspectiva do paciente e o resultado da consulta. Essa relação positiva justifica as propostas de atendimento médico apoiado no modelo centrado no paciente.

Nessa perspectiva, vários grupos de pesquisadores discutem formas de organização e sistematização dos conteúdos referentes ao modelo centrado no paciente, para que ele possa ser ensinado, aprendido e aplicado na prática médica diária (Pendenton et al., 2006; Elwyn et al., 1999; Mead e Bower, 2000; Bensing et al., 2000; Kurtz et al., 2006; Silverman et al., 2008).

O grupo da Stewart (Ontário) iniciou seu trabalho enfatizando a importância de abordar na consulta três aspectos: (1) a agenda do médico, relacionada aos sintomas e à doença; (2) a agenda do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e (3) a integração entre as duas agendas (Leveistein et al., 1986).

Esse grupo publicou o livro “*Patient Centered Medicine – Transforming the Clinical Method*” (Stewart et al., 1995a), propondo um novo método clínico para realização de consulta médica que tem como princípios:

- (1) exploração e interpretação, pelo médico, da doença e de experiência de adoecimento do paciente, sendo que esta contempla o sentimento de estar doente, a ideia a respeito do que está errado, o impacto do problema na vida diária e as expectativas sobre o que deveria ser feito;
- (2) entendimento da pessoa na sua totalidade;
- (3) busca do entendimento conjunto entre o médico e o paciente a respeito da natureza dos problemas de saúde, da definição de prioridades e dos objetivos do tratamento;
- (4) incorporação de medidas de prevenção de doenças e de promoção da saúde;
- (5) intensificação da relação médico-paciente;
- (6) viabilidade em relação a custo e tempo.

O grupo do Pendleton (Oxford) publicou seu primeiro livro sobre consulta médica em 1984 e, em 2006, uma edição atualizada, *“The New Consultation-developing doctor-patient communication”*, na qual descreve tarefas a serem cumpridas na realização da consulta (Pendleton et al., 2006):

- (1) entender as razões do paciente para a consulta;
- (2) conversar na perspectiva do paciente para atingir um entendimento conjunto do problema;
- (3) capacitar o paciente para escolher uma ação apropriada para cada problema de saúde;
- (4) capacitar o paciente para manejar o problema;
- (5) considerar outros problemas;
- (6) usar o tempo apropriadamente;
- (7) estabelecer e manter a relação médico-paciente para atingir outras tarefas.

Pesquisadores de Cambridgy e Calgary propõem o “Calgary-Cambridgy Guides Communication Process Skills” (Silvermam et al., 2008. Kurtz et al., 2006), no qual sugerem uma estrutura de consulta baseada em etapas a serem cumpridas:

- (1) iniciando a sessão;
- (2) obtendo informações;
- (3) construindo a relação;
- (4) explicando e planejando;
- (5) finalizando a sessão.

Como mencionado, um dos objetivos do modelo centrado no paciente é a inclusão da perspectiva do paciente no modo de conduzir a consulta, com a finalidade de atingir resultados mais satisfatórios.

Sabe-se que para atingir esse objetivo, é importante o modo como se estabelece a relação entre o médico e o paciente e, para tal, o processo de comunicação mantido entre eles pode facilitar o resultado desejado (Henderson et al., 2005; Roter e Hall, 2005; Pendleton et al., 2006)

O processo de comunicação estabelecido entre médico e paciente deve ser entendido como aquele necessário para a obtenção de dados objetivos da doença, além dos subjetivos como o impacto de adoecimento na rotina das famílias e do próprio paciente, assim como, medos e preocupações que envolvem a queixa clínica (Pendleton et al., 2006; Stewart, 1995b).

Dessa forma, para o estabelecimento de uma comunicação que alcance os objetivos do modelo clínico centrado no paciente, os autores sugerem que algumas habilidades de comunicação devem ser aplicadas durante a consulta médica.

Entre elas, destacam-se a disponibilidade inicial para *escutar atentamente* a narrativa do paciente sem interrupção precoce, tanto em relação aos aspectos biomédicos das doenças, quanto aos aspectos subjetivos, como medos e preocupações associadas ao problema de saúde. Recomenda-se a utilização, na linguagem verbal, de *perguntas abertas* para iniciar a anamnese seguidas por *perguntas fechadas* para o entendimento da história, assim como se sugere atenção à paralinguagem¹ presente durante a conversa estabelecida. Outras habilidades de comunicação discutidas pelos diversos autores são o *sumariar e o parafrasear* regularmente os conteúdos referidos para aprimorar o entendimento da história, *além do contato visual e de comportamento*

¹ A paralinguagem está relacionada como a palavra é dita, isto é, tom de voz, volume, ritmo, pausa e pode demonstrar sentimentos e medos, o que confere importância para a condução da consulta médica (Boudreau et al., 2009).

não verbal como postura corporal e gestos que facilitem o relato dos problemas de saúde pelos pacientes (Silverman et al., 2008; Roter and Hall, 2006; van der Molen and Lang, 2007).

A *escuta atenta* é a habilidade de comunicação fundamental, por meio da qual é possível compreender individualmente as diferentes dimensões físicas, psíquicas e sociais do paciente (Silverman et al., 2008).

O termo *escuta atenta* refere-se à busca do entendimento amplo da agenda do paciente por meio do relato das histórias referentes às queixas clínicas pela perspectiva do indivíduo, nas quais aparecem os sentimentos e as emoções associadas (Silvermann et al., 2008). Nesse processo de *escuta atenta* pode surgir o que Barsky (1981) denominou de *agenda oculta* que incluiria questões importantes, mas difíceis de serem expostas pelo paciente por motivos de ansiedade ou medo.

A expressão *agenda do paciente* é bastante enfatizada por Pendleton et al. (2006), desde a publicação de seu primeiro livro “*The Consultation*” em 1984, no qual referem que a ideia desse termo surge inicialmente no trabalho de Byrne e Long em 1976. O conceito de *agenda do paciente* incorpora as queixas, assim como as preocupações, sentimentos e expectativas associadas (Leveistein. et al., 1986, Pendleton et al., 2006). Ela influencia o resultado da consulta e por isso deve orientar o curso da entrevista. Identificar e entender os motivos para o paciente procurar o médico é a primeira tarefa de toda consulta (Pendleton et al., 2006).

No “*Calgary-Cambridgy Guides Communication Process Skills*”, os autores também utilizam o termo *agenda do paciente* para descrever os problemas trazidos pelo paciente e ressaltam que o primeiro problema relatado não necessariamente é o mais preocupante para ele (Silverman et al., 2008 e Kurtz et al., 2006). Assim, o médico deve buscar a identificação dos problemas de saúde prioritários para aquela consulta. Segundo esses autores, a abordagem da agenda do paciente deve ser negociada entre o médico e o paciente antes do início da exploração dos problemas. A identificação precoce da agenda do paciente influencia o resultado final da consulta (Silverman et al., 2008; Kurtz et al., 2006).

Concluindo, esse modo de realizar entrevistas médicas, imposto pelo modelo centrado no paciente, solicita o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de técnicas

específicas para o ensino da consulta em ambulatório, com ênfase em habilidades de comunicação.

Essas considerações justificam a realização de estudos desta natureza, no qual se pretende analisar o modo como são realizadas as consultas por médicos recém-formados, que estão fazendo especialização sob a forma de residência médica.

1.1 O Ambulatório Geral de Pediatria – AGEP

O Ambulatório Geral de Pediatria (AGEP) surge como campo de ensino para residentes de pediatria geral em meados dos anos 1970 (Sucupira et al., 1993), momento em que já se discutia, em várias partes do mundo, um modelo de atendimento no qual o paciente fosse avaliado de forma integral, em contraposição à abordagem clínica fragmentada que predominava desde o início do século XX.

O AGEP é um serviço de atenção secundária, que recebe crianças encaminhadas das unidades básicas de saúde da região do Butantã, São Paulo. Localiza-se no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Apesar de ser um serviço de referência, a morbidade da clientela atendida, na sua quase totalidade, não necessita de atendimento especializado. Assim, o AGEP caracteriza-se por ser um campo de ensino para formação de pediatras gerais.

Dentre os objetivos de ensino do estágio no AGEP ressalta-se:

- Desenvolver um modelo de consulta adequado ao atendimento ambulatorial, centrado na valorização do vínculo médico-paciente.
 - Estabelecer plano diagnóstico e terapêutico, tendo como premissa os seguintes pontos:
 - valorizar a queixa que trouxe o paciente à consulta no sentido de não deixar de dar algum tipo de resposta à sua demanda;
 - valorizar a anamnese e o exame físico como principais instrumentos do médico na formulação do plano de investigação diagnóstica;
-

- propiciar o desenvolvimento do raciocínio clínico, visando à formulação da proposta diagnóstica e do plano terapêutico, com base na visão sequencial característica do atendimento ambulatorial;
- adequar o plano de investigação diagnóstica às condições da família;
- estabelecer prioridades em relação às intervenções necessárias, tendo como base a gravidade dos problemas e as condições da família.

No momento da realização do estudo, a abordagem do modo de conduzir a consulta ambulatorial era realizada durante a discussão dos casos clínicos. Os pressupostos do modelo centrado no paciente e as habilidades de comunicação não eram discutidos de forma sistematizada.

O estágio dos residentes de 1º ano durante a realização do estudo era estruturado em atividades práticas e teóricas, com duração de 12 meses. A carga horária destinada a este estágio representava 18,1% da carga horária total dos estágios. A estrutura do estágio compreendia um período para atendimento de pacientes sob supervisão, aulas teóricas e outro período para reunião de preparo e discussão dos casos a serem atendidos.

Os 40 residentes atendiam no ambulatório uma clientela própria, semanalmente, constituindo um grupo de 8 médicos por dia da semana. Esse grupo era supervisionado por 4 pediatras que compunham a equipe de supervisores do AGEPE, constituída por 10 médicos pediatras.

Todos os casos eram discutidos com os supervisores antes da finalização da consulta, durante os primeiros seis meses do estágio. Após esse período, apenas eram discutidos os casos novos, ou seja, aqueles que eram atendidos pela primeira vez no AGEPE, casos para alta com encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde e as dúvidas dos residentes em relação a condução do caso.

Semanalmente, o grupo de 8 residentes reunia-se por 4 horas com um dos médicos supervisores para discutir de forma detalhada os casos que seriam atendidos naquela semana.

As aulas teóricas, com temas pediátricos mais relevantes na prática clínica, ocorriam semanalmente, com duração de uma hora e participação dos 40 residentes.

Nesse cenário de ensino do AGEF, observaram-se, nas discussões dos casos realizadas durante o atendimento, problemas no modo como os residentes conduziam a consulta, principalmente em relação à inclusão da perspectiva dos pais e da criança. E isso dificultava a identificação e a exploração das diversas demandas dos pais na consulta, especialmente dos aspectos subjetivos como medos e preocupações que poderiam acompanhar a queixa clínica.

A partir dessas observações, foram feitas reflexões e análises a respeito do modo de ensino vigente no AGEF e resolveu-se desenhar a presente pesquisa.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar se o modelo de ensino adotado no AGEF permite ao residente de pediatria, após um ano de estágio, conduzir uma consulta com a inclusão da perspectiva dos pais durante a realização da entrevista

2.2 Objetivos Específicos

Analisar se o modelo de ensino adotado no AGEF permite ao residente de pediatria, após um ano de estágio:

1. Explorar a experiência dos pais com o adoecer da criança
 2. Compartilhar com os pais as decisões e as propostas terapêuticas
-

3 Método

O local de estudo da pesquisa foi o Ambulatório Geral de Pediatria (AGEP) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. A população-alvo foi constituída pelos médicos residentes do primeiro ano do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e o período de estudo foi o ano de 2007. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário - registro: 675/06 – SISNEP – CAAE: 0040.0.198.015-06 (anexo A), em 06 de outubro de 2006, sendo que a CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – protocolo n^o 0760/07 (anexo B) - tomou ciência a seguir.

Por meio de sorteio, foram selecionados dois residentes por dia da semana para que estivessem representados todos os períodos de atendimento. O grupo foi composto por 10 de 40 residentes de primeiro ano que fazem parte do Programa de Residência Médica do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP. Uma reunião com os 40 residentes foi realizada previamente para explicar detalhadamente o projeto de pesquisa e esclarecer que a não aderência ao estudo não comprometeria o estágio no AGEP. No mesmo dia, foi realizado o sorteio e definido o dia de filmagem de cada residente de acordo com o dia de atendimento no ambulatório.

A pesquisadora conversou individualmente com cada médico sorteado para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Nenhum dos residentes demonstrou resistência em participar da pesquisa.

A caracterização dos residentes foi feita por entrevista com dados sóciodemográficos como idade, sexo e sobre a formação médica anterior.

Para a observação das entrevistas foi utilizada como instrumento a gravação das consultas em áudio e vídeo. A câmera de filmagem foi operada por um técnico de filmagem do setor de áudio-visual do Hospital Universitário que ficava dentro da sala durante a consulta. O técnico foi previamente treinado a respeito do que se pretendia filmar. Para a gravação em áudio e vídeo, por questões éticas, foi elaborado um termo de consentimento informado e escrito para os participantes da pesquisa, no caso, pais ou responsáveis pela criança (anexo C) e médicos residentes (anexo D). A pesquisadora leu e explicou o consentimento informado aos pais ou responsáveis antes do início da filmagem e sem a presença do residente.

No dia da filmagem, era feita conferência do consultório quanto à presença de: (1) instrumentos: estetoscópio, otoscópio, esfigmomanômetro com braçadeiras de tamanhos variados, antropômetro, fita métrica e espátulas para a observação da orofaringe; (2) formulários: ficha de anamnese semiestruturada, receituários e gráficos de peso e estatura, de modo que não ocorressem situações, durante a filmagem, que pudessem causar desconforto ao residente e prejuízo de sua atuação na realização da consulta médica.

Definiu-se que os residentes não deveriam conhecer anteriormente os pais ou responsáveis e a criança que participariam do estudo, para que a relação médico-paciente previamente estabelecida não influenciasse o desempenho do residente.

As crianças menores de 10 anos de idade foram sorteadas, no dia da filmagem, dentro do grupo de casos novos, ou seja, aqueles que passariam pela primeira vez em atendimento no ambulatório.

Após a realização da anamnese e do exame físico, a filmagem era interrompida e o residente saía do consultório para discutir o caso com um dos médicos pediatras supervisores daquele dia de atendimento. Nenhuma abordagem especial foi dada a essa discussão, ou seja, a forma e o conteúdo independentemente do estudo. Após a discussão, o residente voltava para a sala e a finalização da consulta era filmada. Como a pesquisadora faz parte do grupo de médicos supervisores do Ambulatório Geral de Pediatria, decidiu-se que ela não discutiria nenhum caso com o residente que estivesse participando do estudo.

A duração da pesquisa foi de um ano, sendo que foram filmadas duas consultas de cada residente, realizadas no segundo e no penúltimo meses de estágio. Essa técnica permitiu a descrição das mudanças incorporadas no modo de conduzir a consulta.

Adotando como referencial teórico alguns pressupostos do modelo centrado no paciente², a pesquisadora adaptou os conteúdos à realidade pediátrica e formulou as *categorias gerais* abaixo descritas:

1. Compreensão da queixa principal referida pelos pais
2. Compreensão de outras queixas
3. Compartilhamento das orientações e decisões

² Segundo diversos autores conforme descrito na seção 1 (Introdução)

Para facilitar a observação inicial nas filmagens dos aspectos teóricos previamente estabelecidos, utilizou-se um roteiro elaborado pela pesquisadora e que foi apoiado nas categorias gerais previamente estabelecidas:

1. Compreensão da queixa principal referida pelos pais

- Identificação das explicações dos pais para a queixa principal
- Exploração da experiência dos pais com o adoecimento da criança referente à principal queixa (preocupação e medos, repercussões na rotina de vida dos pais e da criança)

2. Compreensão de outras queixas

- Identificação das explicações dos pais para as outras queixas
- Exploração da experiência dos pais com o adoecimento da criança referente às outras queixas (preocupação e medos, repercussões na rotina de vida dos pais e da criança)

3. Compartilhamento das orientações e decisões

As gravações de vídeo e áudio foram analisadas segundo os seguintes passos, descritos por Deslandes et al. (2008), para a análise de dados qualitativos:

- ^{1º} - leitura compreensiva e exaustiva do material com a finalidade de se obter uma visão de conjunto, apreender as particularidades, elaborar pressupostos iniciais e escolher formas de classificação;
- ^{2º} - exploração do material com separação e ordenação de fragmentos. Essa é a análise propriamente dita que permite: a) identificar e problematizar as idéias explícitas e implícitas no texto coletado (material de questionários e de entrevistas); b) buscar dar sentido a essas idéias; e c) estabelecer um diálogo entre todos esses achados e informações provenientes de outros estudos;
- ^{3º} - elaboração de síntese interpretativa que traduza a lógica do conjunto do material obtido nas etapas anteriores e articule os objetivos e as questões centrais desta pesquisa.

Baseada nesses passos, a pesquisadora observou cuidadosamente várias vezes todas as filmagens para que fosse possível obter uma visão geral do material.

Primeiramente observou todas as consultas dos residentes no início do estágio e posteriormente todas as consultas do final do estágio.

Após essa fase, as filmagens foram vistas mais duas vezes, aos pares, a primeira e a segunda consulta do mesmo residente, anotando-se os detalhes da conversa estabelecida entre o médico, os pais e a criança em cada consulta.

Essa forma de observação do material facilitou a caracterização do modo como cada residente conduz a consulta médica nos dois momentos do estágio. A comparação entre as duas entrevistas permitiu identificar, inicialmente, as modificações na condução da consulta de cada residente e, posteriormente, como o grupo de residentes comportou-se no final do estágio no AGEF, segundo os objetivos do estudo.

Para a análise do material obtido por meio da filmagem, optou-se pela metodologia qualitativa, utilizando-se a técnica exploratória. Para melhorar a confiabilidade dos resultados aplicou-se o método de juízes.

A técnica exploratória é um processo de extração de aspectos relevantes que surgem do material estudado e de identificação e/ou caracterização de categorias analíticas à medida que emergem da observação dos dados. A técnica exploratória é considerada cíclica e repetitiva, pois a análise dos primeiros dados embasa a observação da amostragem subsequente (Pope et al, 2009). No presente estudo, a cada entrevista observada surgiram pontos relevantes sobre a condução da consulta médica realizada pelo residente que foram utilizados para a análise das filmagens subsequentes.

O método dos juízes é uma técnica na qual se pretende parrear as observações de um pesquisador com a de outros. No presente estudo optou-se pela utilização de três juízas para a análise, de modo independente, das 10 consultas dos residentes do final do estágio. As três juízas, dentre as quais se inclui a pesquisadora principal, fazem parte do grupo de pediatras supervisores do AGEF e têm experiência na observação e análise de consultas médicas.

Assim, a partir da observação das filmagens das consultas obtiveram-se o comportamento, a comunicação verbal, a paralinguagem e a linguagem não verbal estabelecidos pelo residente com os pais e a criança durante a consulta. A influência da participação dos pais e da criança no processo de comunicação com o médico não foi o foco deste estudo.

A partir da análise dessas informações, foram caracterizadas as categorias gerais previamente definidas. Além disso, outros temas relevantes surgiram após a observação minuciosa das filmagens, o que permitiu a elaboração de categorias empíricas.

Na descrição dos resultados, a pesquisadora optou por utilizar o termo “*técnico-científico*” quando, na conversa estabelecida entre o residente e os pais, no momento de obter informações ou no momento das orientações, se observasse conteúdo restrito aos aspectos biomédicos dos problemas de saúde, isto é, à caracterização das doenças, como, por exemplo, início e frequência dos sintomas, fatores desencadeantes, fatores de piora ou melhora do sintoma, provável etiologia, modo de evolução das doenças e prescrição terapêutica. O termo “*técnico-científico*” não inclui os aspectos subjetivos da história da criança relacionados ao seu adoecimento, como, por exemplo, medos e preocupações associados ao problema de saúde e a repercussão na rotina de vida da criança e dos pais.

Adaptado da estrutura da consulta do “*Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills*” (Silverman et al., 2008 e Kurtz et al., 2006)³ adotou-se no estudo a expressão “*finalização da consulta*”- que engloba as etapas, explicando, planejando e finalizando a sessão- para designar o momento da consulta no qual prioritariamente são discutidas as hipóteses diagnósticas e feitas orientações e decisões compartilhadas.

Neste estudo, o *compartilhamento* das orientações e decisões foi definido como a troca de informações, a negociação e a concordância mútua entre o residente, os pais e a criança a respeito das orientações e das decisões terapêuticas.

A pesquisadora utilizou frequentemente durante o estudo a expressão *roteiro de anamnese semiestruturado* para denominar a ficha preenchida pelos residentes durante a realização da consulta de admissão no ambulatório (anexo E).

³ (1) Iniciando a sessão; (2) Obtendo informações; (3) construindo a relação; (4) explicando e planejando; (5) finalizando a sessão (descritos na seção 1 -Introdução)

4 Resultados

Para facilitar a leitura e a compreensão dos resultados, optou-se pela apresentação em três partes: a primeira contém a síntese dos dados encontrados após a observação das consultas de cada residente, a segunda contém a síntese dos dados de todo o grupo, no início e no final do estágio. A terceira parte apresenta a descrição completa e detalhada dos resultados por residente.

Os resultados das últimas consultas representam o consenso da análise realizada pelas três juízas. Vale ressaltar que houve pouca discordância entre as três observações e que a análise da pesquisadora principal concordou com pelo menos a de uma das outras juízas. Esse fato aponta que a observação realizada pela pesquisadora principal tem confiabilidade.

Em relação ao material obtido por meio da gravação em áudio e vídeo, deve ser mencionado que duas das 20 consultas analisadas não tiveram a finalização filmada por motivos técnicos (residentes nº 1 e nº 5, consultas do final do estágio). Outro fato ocorrido durante as filmagens foi a mudança de acompanhante no momento da finalização da consulta da residente nº 4, no final do estágio. No entanto, como se notou que muitas das orientações são feitas durante a anamnese, esse fato não prejudicou a análise dos resultados, particularmente em relação à categoria geral *compartilhamento das orientações e decisões*.

4.1 Síntese dos resultados por residente

4.1.1 Residente Nº 1

Consulta realizada no início do estágio

A criança que vem à consulta é uma menina, aqui denominada de “F”, tem 10 anos idade e está acompanhada pela mãe que aparenta ter 30 anos de idade. O motivo do encaminhamento foi um nódulo em região axilar esquerda que apareceu um mês antes da consulta.

A observação da entrevista permitiu inferir que a médica residente tem um modo tranquilo de conduzir a consulta, utiliza um tom de voz suave e sorri várias vezes para a

mãe e para a criança durante a entrevista, o que pareceu tornar o ambiente descontraído e agradável.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** foi parcialmente caracterizada nessa consulta, pois a residente inicia a consulta direcionando a história para o motivo do encaminhamento, o que não permitiu inferir se este era também a principal queixa da mãe nessa consulta. Para o problema referido, a residente explora apenas os aspectos técnico-científicos⁴ e não se notou exploração das explicações da mãe para o surgimento dessa queixa e nem medos e preocupações relacionados à queixa ou das repercussões do problema referido na rotina de vida da família e da criança.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas,** a residente utiliza predominantemente perguntas fechadas para a condução da entrevista e segue o roteiro de anamnese semiestruturado de forma rígida, mas a mãe aproveita essas perguntas para expor as dúvidas. No entanto, a residente pareceu explorar apenas os relatos da mãe e da criança quando coincidem com a própria preocupação e a exploração não abrange os medos e as preocupações relacionadas com a queixa ou a repercussão na rotina de vida da criança ou dos pais.

Observou-se na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões,** que a médica formula resposta ou explicações para muitas das perguntas, no entanto o conteúdo é predominantemente técnico-científico. As decisões e orientações são elaboradas sem envolvimento das ideias ou opiniões da mãe nesse processo.

As categorias empíricas elaboradas foram: **(a) interação com a criança:** a residente estabelece um diálogo com a criança durante o questionamento da rotina de vida. Observou-se pouca interação entre a residente e a criança durante a exploração do problema de saúde; **(b) momentos de silêncio:** surgem longos períodos de silêncio que parecem causar algum desconforto para a família.

Consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é uma menina, aqui denominada de “Z”, tem um mês de idade e é trazida para a consulta pela mãe e avó materna. A mãe de “Z” não sabe o motivo do encaminhamento.

⁴ O termo *técnico-científico* foi definido na seção 3 (métodos)

A residente tem um modo afetuoso de conduzir a consulta, sorri algumas vezes para a família e utiliza um tom de voz suave.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** não foi caracterizada nessa consulta. A residente não busca identificar a queixa da mãe para a consulta e inicia rapidamente o roteiro de anamnese semiestruturado.

A categoria **(2) compreensão de outras queixas** foi insuficientemente caracterizada nesta consulta. A residente preocupa-se em seguir sistematicamente o roteiro de anamnese e não facilita verbal ou não verbalmente a exposição de outras queixas pela mãe, no entanto, esta aproveita os momentos de silêncio da consulta para relatar suas questões, como é o caso das cólicas, as quais não são exploradas pela médica. Não se observou exploração das preocupações e medos ou repercussões na rotina de vida da mãe ou da criança, referentes a outras questões que surgiram durante a entrevista. Não se observou exploração das explicações da mãe para as queixas referidas, mesmo quando ela as relata espontaneamente.

Na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, algumas queixas da mãe são respondidas durante a anamnese, mas apenas com informações técnico-científicas e sem envolvimento da opinião da mãe a respeito do problema referido. A finalização na consulta não foi gravada e, portanto esse momento da consulta não pôde ser analisado.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança:** pouco caracterizada nessa consulta, pois notou-se alguma conversa com a criança apenas durante o exame físico; **(b) momentos de silêncio:** caracterizados como oportunidade para a mãe expor suas questões.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A análise das consultas da residente permitiu inferir que ocorreu pouca mudança no modo como ela conduz a consulta. Os problemas referidos são, em geral, explorados superficialmente. No final do ano, observou-se que em alguns momentos a residente oferece repostas tranquilizadoras como: *“não se preocupe, isso é normal!”*, mas essas explicações partiram do ponto de vista da médica e não da perspectiva do paciente. Não se observou exploração dos sofrimentos ou medos associados às queixas clínicas em

nenhuma das consultas. A interação com a criança também não se modificou no final do estágio.

4.1.2 Residente N^o2

Consulta realizada no início do estágio

O paciente dessa consulta é uma menina que tem 1 ano de idade e vem acompanhada pela mãe. A menina foi encaminhada para o ambulatório pelo Pronto Atendimento do Hospital Universitário por aumento da mama esquerda, mas a mãe não sabe precisar a época do início do sintoma.

A residente tem um modo acolhedor e simpático durante toda a consulta. A postura durante a entrevista sugeriu interesse pelo relato da história da mãe.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** a médica inicia a consulta por meio de uma pergunta fechada, o que pode ter direcionado precocemente a fala da mãe para o motivo do encaminhamento. Pela observação da consulta não foi possível afirmar que a residente identifica a principal preocupação da mãe na consulta, pois ela explora rapidamente a primeira queixa sem verificar se esta é a mais importante no momento. Notou-se que a residente não explora ativamente a vivência da família, medos ou preocupações associados ao problema de saúde ou a repercussão da queixa referida na vida da mãe ou da criança. Não se observou, em nenhum momento da consulta, busca ativa da médica das explicações da mãe para o problema referido inicialmente e a mãe não as refere espontaneamente.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a residente segue o roteiro de anamnese semiestruturado por meio de perguntas fechadas e não facilita a exposição de outras queixas pela mãe. Apesar disso, a mãe pareceu referir preocupações durante o preenchimento do roteiro, mas nem todas são abordadas pela residente. A médica não explora os sentimentos da mãe envolvidos com essas questões ou a repercussão na rotina da mãe ou da criança. As explicações da mãe para o surgimento dos problemas relatados não são exploradas pela médica.

Notou-se que na **(3) compartilhamento das orientações e decisões**: a residente não considera a opinião da mãe na formulação da proposta terapêutica. Observou-se que as orientações não são individualizadas e pareceram não corresponder às demandas da mãe naquele momento.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança**: a médica dirige-se a criança apenas no momento do exame físico e a observação da fala da residente pareceu inadequada e não sugeriu busca da inclusão da criança na consulta; **(b) momentos de silêncio durante a consulta**: existem vários momentos de silêncio durante o registro de informações no prontuário, mas a observação da consulta não sugeriu constrangimento por parte da mãe nesse período.

Consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é um menino recém-nascido que vem à consulta acompanhada pela mãe. O menino nasceu no Hospital Universitário e ficou alguns dias internado, mas, por meio da observação da consulta, não ficou claro o motivo da internação e nem o do encaminhamento para o ambulatório. Sabe-se que a criança recebeu alta há 10 dias da consulta e existe o resultado de uma ultrassonografia de vias urinárias para ser analisado.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais**: a observação da entrevista sugeriu que a residente não busca identificar a principal queixa da mãe nessa consulta. O modo como a médica inicia a entrevista poderia facilitar o relato pela mãe de preocupações em relação à saúde do filho. No entanto, a residente rapidamente parte para a exploração do primeiro problema relatado e não foi possível afirmar se esta primeira queixa é a mais importante na perspectiva da mãe. Não há exploração por parte da médica dos sentimentos envolvidos com a questão referida ou repercussão na rotina diária da mãe. Não se evidenciou exploração por parte da residente das ideias da mãe que explicassem o problema relatado inicialmente.

Observou-se que na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a residente favorece pouco o relato de outros problemas pela mãe e conduz a consulta por meio do roteiro de anamnese semiestruturado, seguindo suas próprias prioridades. Como a

residente conheceu a criança no berçário, a observação da consulta sugeriu que a médica supõe que a questão da internação já esteja resolvida, não a explora durante a consulta e inicia a entrevista a partir da alta hospitalar. Nenhum aspecto relacionado ao momento da internação é explorado e não se pôde inferir nada a respeito das ideias, medos ou preocupações relacionados a esse momento. A observação da consulta não evidenciou busca ativa dessas questões e nem a mãe as relata espontaneamente.

Na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, as orientações foram em geral baseadas apenas nas preocupações da residente e não nas demandas da mãe. Não se observou que a médica considere a opinião da mãe nas propostas terapêuticas formuladas.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança:** a observação da consulta permitiu notar que a residente não se dirige à criança em nenhum momento da consulta, nem mesmo durante o exame físico; **(b) momentos de silêncio durante a consulta:** existem, mas não pareceram causar desconforto para a mãe.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram alterações na condução da consulta nos dois momentos do estágio em nenhuma categoria geral ou empírica analisada. A residente utiliza mais perguntas abertas na segunda consulta, mas a abordagem das questões continua seguindo a priorização da médica. Não se observou exploração dos medos e sofrimentos envolvidos com as queixas referidas ou a repercussão destas na rotina diária da família.

4.1.3 Residente N^o3

Consulta realizada no início do estágio

A criança da consulta tem dois meses de idade, é uma menina e vem acompanhada pela mãe. Foi encaminhada para a consulta por suspeita de displasia congênita de quadril e para seguimento de possível sífilis congênita.

A residente tem um comportamento bastante acolhedor durante toda a consulta, o que é sugerido pelo tom de voz suave, sorriso empático em momentos oportunos e

maior seriedade quando a mãe relata os problemas da criança. A médica mantém contato visual frequente com a mãe durante a exposição das questões e permite seu livre discurso.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** o modo de conduzir a consulta pareceu ter facilitado o relato da principal queixa da mãe naquela consulta, mas a residente não se certifica do fato. A residente permite o livre discurso da mãe, não interrompe a narrativa e mantém contato visual. Não se observou exploração por parte da residente dos medos e preocupações associados ao problema de quadril referido ou sua repercussão na rotina de vida da mãe ou da criança. As explicações da mãe para o aparecimento da alteração no quadril não são exploradas.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a residente não facilita ativamente a exposição de outros problemas pela mãe, mas a utilização do roteiro de anamnese semiestruturado permitiu que a mãe relatasse outras questões como é o caso da suspeita da sífilis congênita. Não se notou exploração dos sentimentos envolvidos nessa questão. A explicação para a filha ter apresentado esse problema de saúde também não é pesquisada pela médica, assim como a repercussão dessa questão na rotina de vida da criança e da mãe.

Notou-se que na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, a residente oferece respostas a todas as preocupações da mãe, mas elas são apoiadas apenas em aspectos técnico-científicos. A médica orienta as propostas terapêuticas sem considerar as ideias da mãe sobre elas.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança:** a residente não conversa com a criança durante a anamnese e o exame físico; **(b) momentos de silêncio durante a consulta:** observaram-se períodos longos de silêncio principalmente quando a residente registra as informações no prontuário. Esse silêncio pareceu causar dispersão da mãe durante a consulta; **(c) explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado:** a residente explica que a consulta será longa em decorrência da ficha de anamnese ser muito extensa. A observação da consulta sugeriu que a médica desculpa-se com a mãe, devido a extensão do roteiro a ser aplicado.

Consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é uma menina, tem 4 meses de idade e vem acompanhada pela mãe. Ela foi encaminhada para a consulta para checar uma ultrassonografia de quadril solicitada por suspeita de displasia congênita de quadril.

A mãe durante a entrevista pareceu expressar-se com facilidade e clareza. A residente tem um modo simpático e acolhedor de conduzir a consulta.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** o modo com a residente conduz a consulta supostamente facilitou o relato de uma preocupação por parte da mãe, no caso, o uso da fralda dupla. No entanto não se observou verificação por parte da médica dessa suposição. Além disso, a residente não explora os sentimentos associados ao problema referido e nem a repercussão dessa questão na rotina diária da mãe ou da criança. A médica pareceu identificar a explicação da mãe para o problema apresentado pela filha, mas não a explora, ao contrário oferece explicações técnico-científicas sobre displasia de quadril.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a residente ativamente busca outras questões que a mãe queira relatar nessa consulta. Observou-se, algumas vezes, que a médica pergunta qual a preocupação da mãe em relação à queixa referida. No entanto, não se notou exploração por parte da residente da resposta da mãe como é o caso, por exemplo, da demora na queda do coto umbilical. Não se observou busca das explicações da mãe a respeito do problema referido e nem dos sentimentos envolvidos com essa questão de saúde.

Observou-se que na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, a residente responde a algumas questões da mãe durante a anamnese e o exame físico, mas as respostas são superficiais e com conteúdo técnico-científico. Ao final da consulta a residente orienta sem envolver a opinião da mãe na formulação das condutas. Não se observou verificação, por parte da médica, da concordância da mãe com as propostas terapêuticas.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empírica: **(a) interação com a criança:** observou-se que a residente conversa de forma adequada com a criança durante a anamnese e o exame físico; **(b) momentos de**

silêncio durante a consulta: não são muito longos a ponto de constituir uma situação constrangedora; **(c) explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado:** a residente, logo no início da consulta, explica que será uma consulta mais longa, pois ela não conhece a criança ainda e precisa saber os detalhes sobre sua saúde.

Modificações observadas na condução da consulta

Notou-se que a residente é acolhedora e simpática em todas as consulta. No final do estágio observaram-se modificações em relação às categorias gerais (1) e (2), principalmente em relação à compreensão dos sentimentos envolvidos com algumas queixas da mãe, porém existe pouca exploração desse aspecto, assim como da vivência da família com o adoecimento da criança. Na última consulta pareceu que a residente nota a explicação da mãe para o problema referido, mas também não explora a questão. Na categoria geral (3) não se notou nenhuma alteração. Em relação às categorias empíricas, observaram-se modificações nas categorias (a) e (b).

4.1.4 Residente N^o 4

Consulta realizada no início do estágio

O paciente dessa consulta é um menino de 9 anos de idade que foi encaminhado para o ambulatório, após episódio de infecção urinária diagnosticado no Pronto Atendimento do Hospital Universitário. Vem à consulta acompanhado pela mãe de 39 anos de idade.

A residente mantém um tom de voz e expressão facial monótonos durante a consulta, o que pareceu promover uma situação de pouco acolhimento e afetuosidade durante a entrevista. A mãe e a médica mantêm-se distantes, inclusive fisicamente, pois a mãe e a criança permanecem afastadas da mesa da residente durante grande parte da consulta.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** a residente direciona a entrevista para o motivo do encaminhamento e não verifica se esse é a principal queixa da mãe nessa consulta. Não explora os sentimentos envolvidos com o problema referido e nem a sua

repercussão na rotina de vida da mãe ou da criança. Não se observou busca da identificação das explicações da mãe para o problema relatado.

Observou-se que na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a médica não facilita o relato da mãe de outras queixas ou preocupações. A mãe expõe outras questões durante o roteiro de anamnese, mas a residente não as explora.

Na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, a médica responde durante a anamnese, de modo insuficiente, algumas questões relatadas pela mãe, mas essas são apenas baseadas em explicações técnico-científicas. Na finalização da consulta, a residente oferece orientações sobre pedidos de exames e encaminhamentos com poucas explicações e não considera a opinião da mãe nessas decisões.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança**: não se observou busca ativa por parte da residente de um diálogo adequado com a criança; **(b) momentos de silêncio durante a consulta**: não foram observados nessa consulta; **(c) explicações a respeito dos procedimentos do exame físico**: não se notou explicação para a criança ou para a mãe; **(d) prontuário como principal fonte de informação**: a residente folheia muito o prontuário enquanto a mãe fala e mantém pouco contato visual com ela.

Consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é um menino, lactente de um ano de idade, que entra no consultório inicialmente com a mãe, mas após 5 minutos de consulta entra uma tia que tem bastante afinidade com a criança. O menino vem à consulta encaminhado pelo Pronto Atendimento, pois teve 5 episódios anteriores de infecção no ouvido.

Durante a consulta a médica mantém um tom de voz monótono, sorri poucas vezes, mantém pouco contato visual com a mãe escrevendo no prontuário frequentemente enquanto a mãe relata a história.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais**: a residente direciona a entrevista para o motivo do encaminhamento e não verifica se esse é a principal queixa ou preocupação da mãe naquele momento. Não se observou exploração da repercussão do problema de saúde na

rotina de vida da mãe ou da criança e nem os sentimentos associados a ele. A médica não busca identificar as explicações da mãe para o problema referido inicialmente, no caso, as frequentes infecções de ouvido.

Notou-se que na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a médica não facilita o relato de outras queixas por parte da mãe. Esta pareceu referir outras preocupações por meio das respostas formuladas às perguntas do roteiro de anamnese semiestruturado, no entanto a residente não as explora. Não há nenhuma busca por parte da residente dos medos associados às questões referidas pela mãe ou a repercussão dessas na rotina de vida da criança ou da família

Na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, a médica não responde a todas as questões da mãe e quando o faz, a resposta tem apenas conteúdo técnico-científico e não inclui a opinião da mãe na sua formulação. A finalização da consulta pode ter sido prejudicada pela mudança da acompanhante nesse momento.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança**: a médica tem alguns contatos fugazes com a criança, mas não conversa com ela; **(b) momentos de silêncio durante a consulta**: são observados nessa consulta e pareceram causar desinteresse da mãe pela entrevista; **(c) explicações a respeito dos procedimentos do exame físico**: não houve explicação para a criança ou para a mãe; **(d) prontuário como principal fonte de informação**: a residente folheia o prontuário enquanto a mãe fala e mantém pouco contato visual com ela.

Modificações observadas na condução da consulta

A observação das duas consultas realizadas por essa residente sugeriu que não houve mudança no modo de conduzir a consulta durante o estágio no ambulatório em nenhuma categoria geral ou empírica analisada.

4.1.5 Residente nº 5

Consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é um menino de 3 anos e vem à consulta acompanhado pela mãe. Ele foi encaminhado do Pronto Atendimento do Hospital Universitário por quadros de infecção de ouvido frequentes.

A comunicação verbal e não-verbal estabelecida entre a mãe e a residente durante a consulta pareceu harmoniosa devido, em parte, pelo modo aberto e tranquilo com o qual a médica conduz a entrevista.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** A observação do diálogo estabelecido nesse momento permitiu dizer que a residente explora a primeira queixa relatada pela mãe, mas não verifica se essa é a mais importante no momento. Ela permite que a mãe fale livremente, mantém contato visual, utiliza expressões e gestos que podem facilitar o relato da mãe (“Hum”, “entendi”, leve balançar afirmativo da cabeça) e resume a história do problema de ouvido. As preocupações e os medos associados à queixa não pareceram identificados ou explorados. A médica também não explora a vivência da mãe com o adoecimento da criança.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a residente mantém um diálogo no qual se nota busca ativa de outras demandas. Observou-se utilização do roteiro de anamnese semiestruturado de forma pouco rígida, ou seja, as perguntas são orientadas pelo fluxo da conversa, o que tornou a consulta agradável e acolhedora possibilitando à mãe expor suas questões. A residente pareceu identificar a preocupação da mãe em relação ao comportamento do filho e explora, mesmo que de modo insuficiente, as explicações para esse comportamento e os sentimentos envolvidos na questão. A repercussão da queixa na rotina da mãe ou da criança não é abordada pela residente.

Observou-se que na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, a residente não discute as ideias ou opiniões da mãe a respeito das propostas terapêuticas.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança:** a residente conversa poucas vezes com a

criança durante a consulta e o diálogo estabelecido sugeriu tentativa de distrair a criança e não de inclusão na consulta; **(b) explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado:** não caracterizada nessa consulta.

Consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é uma menina de 2 meses de idade que vem à consulta acompanhada por sua mãe. A menina vem encaminhada para o ambulatório após internação por 8 dias na enfermaria do Hospital Universitário por quadro de pneumonia.

A residente tem uma forma de conversar durante a consulta, mantendo um tom de voz melodioso e agradável.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** a médica não prioriza a identificação da demanda da mãe naquele momento. Ela inicia a consulta pelas perguntas do roteiro de anamnese referentes à gestação e ao período neonatal.

Notou-se que na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a médica não busca ativamente as queixas da mãe. Esta responde as perguntas elaboradas pela residente durante o preenchimento do roteiro de anamnese. A observação do modo como a mãe formula as respostas sugeriu que não são preocupações para ela, no entanto, a residente não confirma essa suposição.

Na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, a residente comenta algumas questões que surgem durante a anamnese, mas a finalização da consulta não foi filmada e, portanto esse momento da consulta não pode ser analisado.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança:** a residente conversa de modo adequado com o lactente durante a realização do exame físico a respeito do que acontece durante sua realização. **(2) explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado:** a residente inicia a consulta explicando que como é a primeira consulta fará várias perguntas sobre a gestação e o parto, por exemplo, para conhecer melhor a criança.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A residente mantém seu modo agradável e afetuoso de realizar a consulta e, em algumas situações, explora os sentimentos envolvidos com problemas de relação familiar, por exemplo, mas não se notou exploração das preocupações e medos associados ao problema de saúde da criança ou compartilhamento das orientações e decisões terapêuticas. A médica conversa com as crianças principalmente durante o exame físico, mas chama a atenção a grande interação entre a residente e o lactente na segunda consulta.

4.1.6 Residente n^o 6

Consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é um menino de 3 anos de idade que vem acompanhado pela mãe. Ele foi trazido para acompanhamento por quadro de tosse persistente há aproximadamente 2 meses da consulta.

A residente recebe a mãe e a criança de forma bastante acolhedora. Sorridente e com um tom de voz suave oferece uma cadeira para a mãe e outra para a criança sentarem.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** a residente inicia a consulta direcionando para o motivo do encaminhamento, no entanto, a médica não interrompe o discurso inicial da mãe e faz perguntas para o entendimento da história. A mãe narra os fatos em tom de voz enfático, o que sugeriu preocupação com a questão relatada, no entanto, a residente não verifica que essa seja a questão mais importante no momento. Não se notou a exploração dos sentimentos associados ou a vivência da família relacionada aos problemas de saúde apresentados pela criança.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a médica não pergunta ativamente se a mãe tem alguma outra questão além daquela que motivou o encaminhamento, mas por meio do roteiro de anamnese a mãe refere outras preocupações. A residente não explora, em nenhum aspecto, os relatos da mãe e frequentemente muda de assunto não retomando as queixas posteriormente.

Observou-se que na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, a médica responde poucas questões da mãe e apenas com informações técnico-científicas. A residente não considera as ideias ou opiniões da mãe na elaboração da proposta terapêutica.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança:** a observação da consulta sugeriu que a residente interage muito pouco com a criança e quando o faz, é para distraí-la ao invés de incluí-la na entrevista. As falas dirigidas à criança pareceram inadequadas. O menino chora muito durante o exame físico e a residente não consegue acalmá-lo, o que pareceu prejudicar a realização dos procedimentos semiológicos. **(2) explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado:** a médica explica no início da consulta que realizará uma consulta mais longa para conhecer a criança. Ela utiliza de forma rígida o roteiro de anamnese; **(c) explicações sobre os procedimentos do exame físico:** a residente não explica os procedimentos de exame físico para mãe ou para a criança.

Consulta realizada no final do estágio

A criança desta segunda consulta é uma menina, aqui denominada de “G”, tem um mês de idade e vem acompanhada pelo pai e pela mãe. A menina foi encaminhada para o ambulatório, após internação na enfermaria do Hospital Universitário por quadro de bronquiolite.

A residente mantém o seu jeito descontraído e acolhedor durante a consulta, fala com a família calmamente e com clareza. Chama a atenção a sua preocupação em conversar tanto com a mãe como com o pai durante a entrevista, mas nenhuma vez se dirige à criança.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** a residente inicia a consulta por meio de uma pergunta fechada e direciona a história para o motivo do encaminhamento. A médica não verifica se a primeira queixa relatada é a mais importante naquele momento, mas rapidamente inicia a exploração dessa questão. A residente não busca identificar as explicações dos pais para o quadro de cansaço que a criança apresentou ou a sua repercussão na rotina da família. A residente aborda os sentimentos da família

envolvidos com o problema de saúde da criança, mas supõe o que a família está sentindo e não os explora.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, observou-se que, durante a maior parte da consulta, a residente preocupa-se em seguir e preencher o roteiro de anamnese semiestruturado. Ela não facilita a exposição de outras queixas ou preocupações pelos pais. A médica prescreve tranquilização, mas não explora os sentimentos ou repercussões na rotina dos pais referentes ao adoecimento da criança

Notou-se que na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, muitos relatos dos pais ficam sem respostas. A residente não envolve a opinião os pais na programação terapêutica.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a): interação com a criança:** a médica não conversa com a criança durante a anamnese ou o exame físico; **(b) explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado:** não se observaram explicações nessa consulta; **(c) explicações sobre os procedimentos do exame físico:** a observação das filmagens permitiu notar que a residente não explica para a mãe do que consta o exame físico e nem o significado dos procedimentos.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A residente apresenta pequena modificação nas categorias gerais (1) e (2). Ela fala a respeito dos sentimentos dos pais em relação a algumas queixas ou preocupações referidas, supõe que a família tem medos e temores, mas ao invés de explorá-los, prescreve genericamente tranquilização. A categoria geral (3) e as categorias empíricas não demonstram modificação no final do estágio.

4.1.7 Residente nº7

Consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é um menino de 1 ano de idade que vem à consulta acompanhado de sua mãe que tem 17 anos. Notou-se pela observação da consulta que o menino foi encaminhado do Pronto Atendimento provavelmente após episódio de infecção de ouvido.

A residente recepciona a mãe de forma cordial, apresenta-se, pergunta o nome da mãe e oferece uma cadeira para que se sente. A mãe senta-se de forma ereta, próxima à mesa da residente, segura o filho no colo que logo quer andar. Ela tenta segurá-lo, ele se estica no colo da mãe, resmunga e divide a atenção da mãe que passa grande parte da consulta preocupada com seu comportamento.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** a residente não busca identificar e explorar, em nenhum aspecto, a queixa ou preocupação da mãe nesta consulta. Ela limita-se a checar com a mãe as informações registradas no prontuário.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, o modo como a residente conduz a entrevista, por meio de perguntas fechadas e afirmações, não facilita a exposição por parte da mãe de dúvidas sobre a saúde da criança. Não se notou relato espontâneo da mãe de preocupações. Desse modo, não se pôde observar exploração por parte da residente de sentimentos ou repercussões na vida da mãe ou da criança que poderiam estar relacionados às queixas.

Observou-se que na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, a residente orienta sem considerar a opinião da mãe nesse processo.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança:** a residente interage de forma insuficiente com a criança durante a consulta, inclusive no exame físico; **(b) prontuário como principal fonte de informação:** não se nota interesse da médica em explorar a história relatada pela mãe, ela contenta-se com as informações contidas no prontuário.

Consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é uma menina com cinco meses de idade. Ela vem à consulta acompanhada pela mãe que tem 19 anos de idade. A menina foi encaminhada para o ambulatório após internação no Hospital Universitário por quadro de pneumonia e crise de sibilância grave. Ela foi internada inicialmente na Unidade de Terapia Intensiva e necessitou de intubação orotraqueal por 2 dias. A duração total da internação foi de 17 dias.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** a residente não busca identificar e explorar a

queixa ou preocupação da mãe nessa consulta. Prioriza as informações registradas no prontuário de internação e, durante a entrevista, apenas confere essas informações com a mãe. Não há exploração dos medos e preocupações envolvidos e nem com o momento da internação.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a residente não favorece o relato de outras queixas pela mãe. Apesar do modo como a residente conduz o diálogo durante a entrevista, a mãe aproveita as referências do médico a respeito da doença da filha para inserir outras dúvidas e preocupações. Porém, a médica parece não notar esses fatos e continua a consulta baseada nas suas próprias preocupações. Não se observou exploração por parte da residente dos medos e preocupações referentes às questões relatadas. As explicações da mãe para o problema referido ou a repercussão deste na rotina da criança ou da mãe não são pesquisadas.

Observou-se na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, que as respostas formuladas pela médica contêm apenas explicações técnico-científicas. Observaram-se orientações apenas prescritivas e, em geral, apoiadas em demandas da médica e que muitas vezes pareceu não coincidir com a preocupação da mãe.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança**: a residente não conversa com a criança durante a anamnese e o exame físico; **(b) prontuário como principal fonte de informação**: a residente prioriza as informações do prontuário, em detrimento da história que poderia ser relatada pela mãe.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A observação das duas consultas permitiu inferir que a residente não mudou o seu modo de conduzir a consulta após o estágio no AGEP em relação a todas as categorias gerais e empíricas.

4.1.8 Residente nº 8

Consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é um menino de 5 anos de idade que vem acompanhado pela mãe. Trata-se de uma mãe de aproximadamente 30 anos de idade, aposentada e que

tem uma doença psiquiátrica denominada por ela de distúrbio bipolar. O menino foi encaminhado para o ambulatório para seguimento após internação na enfermaria do Hospital Universitário por crise asmática.

Esta entrevista pareceu ter sido particularmente difícil em decorrência da dinâmica estabelecida durante a consulta entre a mãe, a criança e a residente, em parte pela dificuldade desta em incluir a criança na consulta. A observação do comportamento da mãe e da criança sugeriu problemas no campo da saúde mental.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** a residente inicia a consulta com uma pergunta aberta que permite o relato espontâneo da mãe de uma queixa, no entanto não se observou que a residente verifica se essa é a principal questão da mãe no momento. A médica não interrompe o discurso da mãe e mantém contato visual enquanto ela relata a história. A exploração da queixa abrange apenas os aspectos técnico-científicos. Não há também exploração do medo ou do sofrimento associado ao problema referido. A explicação da mãe para o quadro de asma do filho não são exploradas pela médica, apesar de a mãe relatá-las durante a entrevista. A repercussão do adoecimento do menino na rotina da mãe ou dele também não é pesquisada pela médica.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a residente facilita o relato de outras queixas ou preocupações pela mãe. Ela permite o livre discurso e não interrompe a narrativa. No entanto, a médica aborda apenas os aspectos técnico-científicos das questões relatados pela mãe.

Notou-se que na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, nem todas as questões são respondidas pela residente. Não se notou discussão da opinião da mãe em relação às propostas terapêuticas formuladas.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança:** a médica busca várias vezes interação com a criança, mas a observação do modo como a conversa se estabelece entre a criança e a médica permitiu inferir que o objetivo é distrair o menino para conseguir conversar com a mãe e não incluí-lo na consulta.

Na categoria **(b) explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado**, notou-se que após a exploração da história inicial, a residente explica que fará uma série de perguntas para conhecer melhor a criança. Neste momento da

entrevista, a médica apoia a mão no rosto e abaixa o tom de voz, parecendo menos interessada na conversa;

Observou-se na categoria (c) **explicação a respeito dos procedimentos do exame físico**, que durante o exame físico não se observaram explicações da médica para a mãe ou para a criança sobre os procedimentos semiológicos.

Consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é um menino de 8 anos de idade que vem acompanhado por sua mãe. Esta conta que seu filho nasceu na época certa, sem ajuda médica ou de parteira, na cama do hospital, no interior da Bahia. Aos 4 dias de vida iniciou quadro de diarreia aguda e foi “desenganado” pelos médicos, mas sobreviveu. Desde então, tem episódios frequentes de dor abdominal acompanhados ou não por diarreia.

A residente é bastante acolhedora no início da consulta. Utiliza um tom de voz suave, sorri quando a mãe e o menino entram no consultório.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais**: a residente inicia a consulta com uma pergunta aberta, o que pode facilitar o relato da mãe da principal queixa ou preocupação, porém a médica não verifica se realmente a primeira questão referida é a mais importante naquele momento. Ela mantém-se em uma posição ereta na cadeira e próxima à mesa, olha para a mãe enquanto esta fala, utiliza expressões de incentivo como: *ahã* e leve balançar afirmativo de cabeça. A médica frequentemente resume a história relatada pela mãe. No entanto, não se observou busca ativa pelas explicações da mãe para o problema da dor abdominal e da diarreia referidas. A médica não explora os sentimentos ou a repercussão na rotina da mãe ou da criança do problema relatado.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a observação da consulta permitiu notar que a residente busca ativamente outras preocupações da mãe sobre a saúde do filho, antes de iniciar o roteiro de anamnese semiestruturado. Apesar disso, a exploração de algumas questões referidas é basicamente em relação aos aspectos técnico-científicos.

Notou-se na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, que a residente não inclui a opinião ou ideias da mãe nas decisões e nem verifica a

concordância ou não desta com as orientações fornecidas. A mãe afasta-se da mesa da médica, postura bastante diferente daquela que manteve durante toda a entrevista.

A observação dessa consulta permitiu a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança:** pôde-se observar bom contato da residente com a criança. Esta interação começa na recepção da família quando a médica cumprimenta a criança e apresenta-se para ela especificamente. A residente dirige-se ao menino indagando-o sobre seu problema da saúde e espera suas respostas. Não se observou diferença no tom de voz da residente quando fala com a criança ou com a mãe.

Na categoria **(b) explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado**, houve utilização menos sistemática do roteiro, o que pode ter contribuído para o bom fluxo da conversa e para o clima acolhedor observado durante toda a entrevista. Não se observou explicação sobre a necessidade de preencher o roteiro.

Notou-se que na **(c) explicação a respeito dos procedimentos do exame físico**, a médica conversa com a criança sobre os procedimentos semiológicos, de modo insuficiente

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Observou-se que a residente demonstra alguma mudança na categoria geral (2), na qual se notou busca ativa de outras preocupações da mãe, no entanto, a exploração das questões é de caráter técnico-científico. Nas categorias gerais (1) e (3) não houve modificações. Em relação às categorias empíricas observam-se alterações nas categorias (a) e (b). A interação com a criança sugeriu busca pela inclusão na consulta. A utilização do roteiro de anamnese é bastante flexível.

4.1.9 Residente nº 9

Consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é uma menina de 1 mês de idade e vem à consulta após internação na enfermaria do Hospital Universitário por icterícia neonatal. A menina vem acompanhada pelos pais que têm 30 anos de idade.

A residente é bastante simpática, o que torna a consulta desde o início agradável. Utiliza um tom de voz suave e sorri ao recepcionar a família.

As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** pouco caracterizada nessa consulta. A residente direciona a história para o motivo do encaminhamento para o ambulatório e não verifica se este é a queixa principal dos pais naquele momento. Rapidamente inicia a exploração da primeira queixa referida. Frequentemente a médica interrompe a narrativa da mãe. Mesmo em relação à primeira questão referida, não se observou exploração por parte da residente de explicações para o aparecimento do problema, sentimentos envolvidos ou repercussões na rotina de vida dos pais.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a residente segue o roteiro de anamnese de modo rígido e sistemático, o que não facilita o relato de outros problemas pelos pais, no entanto eles conseguem expressá-los durante as perguntas fechadas do roteiro, mas a médica os explora de modo insuficiente

Observou-se que na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, nem todas as questões referidas pela mãe são respondidas e, quando isso ocorre, contêm apenas aspectos técnico-científicos. As orientações e decisões são prescritivas e não consideram a opinião dos pais na sua formulação.

A observação da consulta permitiu a elaboração de *categorias empíricas*: **(a) interação com a criança:** a residente não interage com a criança durante a entrevista e o exame físico; **(b) momentos de silêncio durante a consulta:** houve longos períodos de silêncio durante as anotações no prontuário, o que pareceu ocasionar desconforto para os pais. O pai boceja nesses momentos; **(c) explicações sobre os procedimentos de exame físico:** a residente não explica os procedimentos semiológicos, mesmo quando a mãe questiona ativamente. A médica apenas sorri.

Consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é uma menina de 3 meses de idade e vem à consulta acompanhada pela mãe de 28 anos. A menina foi encaminhada para o ambulatório após internação por tosse “coqueluchoide” acompanhada de episódios de cianose.

A residente mantém seu jeito simpático e acolhedor de iniciar a consulta. As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa**

principal referida pelos pais: apesar de a residente direcionar a consulta para o motivo do encaminhamento, o modo de conduzir a entrevista sem interrupções do discurso da mãe, mostrando interesse pela narrativa por meio de gestos ou expressões encorajadoras pode ter permitido o relato da queixa mais importante naquele momento. A residente explora os sentimentos relacionados ao adoecimento. Em alguns momentos aborda as explicações da mãe para o problema referido.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, a residente explora ativamente outras queixas da mãe, como a questão do suor excessivo na cabeça, e também outros aspectos que são identificados pela médica como problema como, por exemplo, o aleitamento materno associado à complementação com leite de vaca. A médica ouve o relato da mãe e discute com ela as suas opiniões. No entanto, não se notou exploração das explicações para as queixas referidas ou a repercussão na rotina da mãe.

Notou-se que, na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, a residente busca ativamente responder todas as queixas da mãe e apesar de conversar com ela a respeito de suas opiniões sobre algumas questões referidas, no momento da finalização da consulta apenas orienta-a por meio de um monólogo, o que sugeriu pouca inclusão das ideias da mãe na formulação dessas orientações.

A observação da consulta permitiu a elaboração de categorias empíricas; **(a) interação com a criança:** não se observa conversa com a criança; **(b) momentos de silêncio durante a consulta:** não foram observados nessa consulta; **(c) explicações sobre os procedimentos do exame físico:** não foram observadas, mesmo quando a mãe questiona ativamente a residente.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

No final do estágio, o modo de conduzir a consulta apresenta alteração nas categorias (1) e (2). A residente facilita o relato dos problemas pela mãe pelo modo como conduz a consulta. Notou-se maior exploração dos sentimentos envolvidos com o adoecimento da criança. Na categoria (3) evidenciou-se pequena mudança, quando a médica considera a opinião da mãe na formulação de algumas respostas ou explicações. Em relação às categorias empíricas, houve modificação apenas na categoria (b), nas demais categorias, não apresentou alterações.

4.1.10 Residente nº 10

Consulta realizada no início do estágio

A paciente dessa consulta é uma menina, tem 9 anos de idade e vem acompanhada pela mãe. A menina foi encaminhada para o ambulatório após internação na enfermaria para apendicectomia, pois durante a internação a ultrassonografia de abdome evidenciou alteração na vesícula biliar.

O residente tem uma forma acolhedora de conduzir a consulta. As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** o residente inicia a consulta de forma confusa, folheia o prontuário por longo período de tempo antes de iniciar a entrevista. Ele direciona a consulta para o motivo do encaminhamento. A forma enfática com que a mãe relata os fatos que antecederam a internação sugeriu que sua principal preocupação relaciona-se com o motivo do encaminhamento, mas o residente não verifica essa suposição. O médico não explora o medo e o sofrimento da mãe ou da criança em relação ao problema referido. Não houve busca ativa pelas explicações da mãe para o quadro de apendicite apresentado pela filha ou a repercussão desse problema na rotina de vida da mãe e da criança.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, o residente não facilita o relato espontâneo de outras queixas por parte da mãe. Ele comumente direciona as perguntas para as questões que pretende responder independente da demanda da mãe. O médico não explora as explicações da mãe ou da criança para a dor referida após a internação hospitalar e nem o medo ou o sofrimento associados a ela.

Observou-se que na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, muitas das questões referidas pela mãe ficam sem resposta e quando o médico formula respostas, estas contêm apenas informações técnico-científicas. O residente orienta por meio de um monólogo e não considera a opinião ou ideias da mãe na formulação das propostas terapêuticas.

A observação da consulta permitiu a elaboração de categorias empíricas: **(a) interação a criança:** o residente conversa pouco com a criança durante a consulta e, quando o faz, é de forma fugaz. Após formular uma pergunta para a criança, o médico,

sem dar tempo para a menina responder, rapidamente dirige-se para a mãe e prossegue a entrevista.

A categoria **(b) explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado**, o médico inicia a consulta desculpando-se porque terá que fazer uma consulta mais longa, pois está conhecendo a criança naquele momento.

Observou-se na categoria **(c) explicações sobre os procedimentos de exame físico**, que o residente não explica para a mãe ou para a criança o significado dos procedimentos semiológicos.

Na categoria **(d) momentos de silêncio durante a consulta**, os momentos de silêncio não pareceram significativos nessa consulta. Ocorrem quando o residente registra as informações no prontuário. O médico pareceu perceber o silêncio e explica para a mãe que está anotando no prontuário a história que ela relatou.

Notou-se que na categoria **(e) prontuário como principal fonte de informação**, o residente busca informações registradas no prontuário durante o início da consulta e a observação dessa cena sugeriu desconforto por parte da mãe.

Consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é um menino de 6 anos de idade que vem à consulta acompanhado da mãe, cuja idade não foi possível identificar pela filmagem, mas aparenta ter por volta de 30 anos. A criança foi encaminhada para o ambulatório por um sopro cardíaco.

O residente mantém o mesmo modo tranquilo e simpático de conduzir a consulta. As categorias gerais foram caracterizadas como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais**: o médico inicia a consulta por meio de uma pergunta aberta e permite que a mãe relate o motivo do encaminhamento. O residente interrompe a narrativa da mãe com perguntas fechadas para o entendimento da história. No entanto, o residente não verifica se o motivo do encaminhamento é a principal queixa ou preocupação da mãe naquele momento. Não houve exploração por parte do médico das explicações da mãe para o sopro ou cansaço apresentado pelo filho ou da repercussão na vida da mãe ou da criança desses problemas. O médico não explora o medo e o sofrimento associados à presença das queixas.

Na categoria **(2) compreensão de outras queixas**, notou-se que durante a aplicação do roteiro de anamnese semiestruturado utilizado pelo residente, a mãe relata outras questões, mas ele não explora os aspectos emocionais associados às queixas ou a repercussão delas na rotina diária da criança ou da mãe. O médico não busca o entendimento da explicação da mãe para os problemas referidos.

Notou-se que na categoria **(3) compartilhamento das orientações e decisões**, algumas das questões relatadas pela mãe não são respondidas pelo residente e, quando ele formula alguma resposta, esta contém apenas explicações técnico-científicas. O residente não considera a opinião ou a ideia da mãe na elaboração das propostas terapêuticas. A observação da consulta permitiu notar que o médico não facilita a exposição de dúvidas por parte da mãe ou da criança.

A observação da consulta possibilitou a elaboração das seguintes categorias empíricas: **(a) interação com a criança**: o residente conversa com a criança, principalmente durante o questionamento sobre o diário alimentar e a rotina de vida. O médico questiona a criança e aguarda pela resposta sem dirigir-se rapidamente para a mãe. Utiliza um tom de voz suave e afetuoso, semelhante ao utilizado quando conversa com a mãe.

Na categoria **(b) explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado**, o residente faz comentários a respeito da utilização do roteiro de anamnese que sugeriram que ele considera desnecessárias as informações obtidas por meio dele.

Notou-se que na categoria **(c) explicações sobre os procedimentos de exame físico**, o residente não explica para a mãe ou para a criança os procedimentos semiológicos.

Na categoria **(d) momentos de silêncio durante a consulta**, observou-se que o silêncio existe, mas não pareceu incomodar a mãe ou o médico.

Notou-se na categoria **(e) prontuário como principal fonte de informação**, que não existe prontuário anterior nessa consulta e, portanto, não é possível analisar o modo como o residente comporta-se em relação a essa categoria na final do estágio.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Observaram-se poucas mudanças no modo de conduzir a consulta no final do estágio. Todas as categorias gerais permanecem inalteradas. Em relação às categorias empíricas, observaram-se alterações na categoria (a), na qual o médico demonstra maior interação com a criança no final do estágio. As demais categorias (b), (c), (d) e (e) permaneceram inalteradas.

4.2 Síntese dos resultados do grupo de residentes

Consultas realizadas no início do estágio

A análise do grupo de residentes permitiu caracterizar as categorias gerais como segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais:** apesar de alguns residentes iniciarem a consulta por meio de uma pergunta aberta e permitirem o livre discurso dos pais, a maioria deles pareceu não identificar a principal queixa ou preocupação dos pais. Eles precocemente direcionam a consulta para o motivo do encaminhamento e não verificam se esse é a principal questão dos pais naquela consulta. É comum a exploração precoce da primeira queixa referida. Um residente conduz a consulta com priorização das informações registradas no prontuário. Ele não permite qualquer narrativa da mãe sobre o problema de saúde da criança. Nenhum residente aborda a repercussão do problema de saúde referido na rotina da vida dos pais ou da criança. Os sentimentos envolvidos com a queixa ou as explicações dos pais para o aparecimento do problema também não são explorados pelo grupo de residentes. A categoria geral.

A categoria **(2): compreensão de outras queixas** é pouco caracterizada no grupo de residentes. A maioria não favorece o relato de outras queixas ou problemas pelos pais. Observou-se que o grupo segue o roteiro de anamnese semiestruturado de forma rígida e sistemática. Alguns pais expõem questões por meio de respostas ao roteiro, mas os residentes frequentemente não as exploram ou quando isso ocorre notou-se apenas abordagem do conteúdo técnico-científico.

Na categoria (3), **compartilhamento das orientações e decisões**, notou-se que várias questões da mãe não são comentadas pelo residente em nenhum momento da consulta e quando, eventualmente isso ocorre, não envolvem as idéias dos pais na

elaboração das orientações. Todos os residentes finalizam a consulta de forma prescritiva, ou seja, expõem o diagnóstico formulado e a proposta terapêutica sem considerar a opinião dos pais nesse processo. Mesmos aqueles residentes que conduzem a consulta de forma mais aberta e que permitem que espontaneamente os pais expressem sentimentos e opiniões a respeito do problema de saúde da criança, não consideram esses aspectos na finalização da consulta.

Várias categorias empíricas foram elaboradas após a observação das consultas de todos os residentes. A categoria **interação com a criança** apareceu em todas as entrevistas. Observou-se que a maioria dos residentes interage de modo insuficiente com as crianças mesmo quando são pré-escolares ou escolares. Os poucos contatos observados não sugeriu busca pela inclusão da criança na consulta, mas tentativas de distraí-la para que fosse possível entrevistar os pais.

Outra categoria empírica que surgiu com frequência foi a **explicação do roteiro de anamnese semiestruturado**. Observou-se que parte dos residentes justifica uma consulta mais demorada pela necessidade de preencher o roteiro de anamnese.

Na categoria empírica **prontuário como principal fonte de informação** notou-se que vários residentes apegam-se às anotações do prontuário como fonte de informação durante a entrevista e não permitem que os pais narrem as histórias do adoecimento de seus filhos.

Outras categorias observadas em algumas consultas foram **explicações sobre os procedimentos do exame físico e momentos de silêncio durante a consulta**. Notou-se que o grupo de residentes não explica para a criança ou para a mãe o motivo para a realização dos diferentes procedimentos semiológicos. Os momentos de silêncio observados nas consultas pareceram causar desconforto para os pais.

Consultas realizadas no final do estágio

A análise do grupo de residentes permitiu caracterizar as categorias gerais como se segue: **(1) compreensão da queixa principal referida pelos pais**: apesar de alguns residentes iniciarem a consulta por meio de uma pergunta aberta, a maioria deles pareceu não identificar a principal queixa dos pais, pois ou abordam a primeira questão referida ou direcionam precocemente a consulta para o motivo do encaminhamento. Uma residente conduz a consulta, predominantemente, por meio de perguntas fechadas

verificando as informações registradas no prontuário. Não permite o livre discurso da mãe e nem a exposição dos problemas de saúde. Outra residente apesar de abordar os sentimentos envolvidos com as questões da criança, ao invés de explorá-los diretamente com os pais, adianta-se nas explicações sobre a resolução do problema de saúde e prescreve tranquilização. Apenas uma residente explora os sentimentos envolvidos com a preocupação referida pelos pais e busca identificar as explicações deles para os problemas de saúde apresentados pela criança. Nenhum dos residentes explora a vivência dos pais com o adoecimento de seu filho.

A categoria geral (2), **compreensão de outros queixas**, foi poucas vezes caracterizada nesse grupo de médicos. Apenas três residentes buscam ativamente outras queixas ou preocupações dos pais. A maioria dos residentes segue o roteiro de anamnese semiestruturado de forma rígida e sistemática durante a consulta. Alguns pais apenas respondem objetivamente as perguntas feitas pelos médicos a respeito de doenças anteriores, alimentação, hábitos de vida e outros. No entanto, outros pais aproveitam as perguntas do roteiro de anamnese para exporem suas queixas ou preocupações. Nesses casos, a paralinguagem, as expressões não verbais utilizadas nas respostas sugeriram preocupação com a questão.

Na categoria (3), **compartilhamento das orientações e decisões**, a maioria dos residentes orienta os pais durante a própria anamnese, e, frequentemente, as respostas as suas questões contém apenas explicações técnico-científicas. Todos os médicos finalizam as consultas por meio de orientações que não consideram a opinião dos pais na elaboração da proposta terapêutica. Observou-se também, que as propostas terapêuticas têm um caráter genérico e não consideram as particularidades dos pais e das crianças.

Várias categorias empíricas foram elaboradas após a observação das consultas de todos os residentes. A categoria **interação com a criança** apareceu em todas as entrevistas. Durante a consulta, a maioria dos residentes, ou não interage com a criança ou o faz de modo insuficiente. Quando algum diálogo é estabelecido, pareceu mais uma tentativa de distrair a criança do que de incluí-la na consulta.

Na categoria empírica **explicação a respeito roteiro de anamnese semiestruturado**, parte dos residentes explica a utilização da ficha de anamnese no

início da consulta. A observação desse fato sugeriu que o residente desculpa-se pela longa consulta que realizará em decorrência desse instrumento de entrevista.

A presença da categoria empírica **prontuário como principal fonte de informação**, sugeriu que vários médicos priorizam as informações anteriores contidas nos prontuários em detrimento do relato pelos pais da história dos problemas de saúde.

Outras categorias observadas em algumas consultas foram **explicações sobre os procedimentos do exame físico e momentos de silêncio durante a consulta**. Em algumas entrevistas observou-se que os residentes, quando são questionados, oferecem alguma explicação para a criança ou para os pais a respeito dos procedimentos semiológicos. Os momentos de silêncio apareceram e algumas vezes causaram dispersão da atenção da mãe.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A observação do grupo de residentes no início e no final do estágio sugeriu que houve poucas mudanças no modo de conduzir a consulta, em relação aos objetivos do estudo, nas categorias gerais e empíricas. A maioria dos residentes pareceu explorar apenas os aspectos técnico-científicos dos problemas de saúde da criança. Nenhum residente considerou a opinião dos pais, no momento das orientações e das decisões terapêuticas, sobre as questões referidas por eles. O grupo de residentes demonstrou uma interação insuficiente com a criança, nas duas consultas observadas.

4.3 Resultados completos por residente

Para facilitar a comparação entre os resultados obtidos nas duas consultas observadas, optou-se, nessa seção, pela apresentação dos resultados agrupando cada categoria, caracterizada na consulta do início e do final do estágio.

4.3.1 Residente N^o1:

A residente tem 26 anos e formou-se em 2006 na Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo. Referiu que durante a graduação teve oportunidade de atender em ambulatório nas diferentes áreas como pediatria, ginecologia, obstetrícia, clínica médica e cirurgia, no entanto não possuía agenda própria e os estágios eram de curta duração.

Ressaltou como uma experiência significativa, em relação ao atendimento em ambulatório, o estágio no grupo de adolescentes. A residente negou discussões a respeito do modelo centrado no paciente ou de habilidades de comunicação durante a graduação.

Contexto da consulta realizada no início do estágio

A criança que vem à consulta é uma menina, aqui denominada de “F”, tem 10 anos de idade e está acompanhada pela mãe que aparenta ter 30 anos, mas a idade não é explicitada na consulta. “F” mora com os pais e seu irmão de 14 anos que tem alergia e diabetes, segundo a mãe. Esta trabalha em casa e tem o ensino fundamental completo. O pai é mecânico e estudou até a 5^a série. O motivo do encaminhamento foi um nódulo em região axilar esquerda que apareceu um mês antes da consulta.

Contexto da consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é uma menina, aqui denominada de “Z”, tem um mês de idade e é trazida para a consulta pela mãe e pela avó materna. A mãe tem 16 anos de idade e não vive com o pai da criança que tem 23. O pai de “Z” foi conhecê-la, mas não a registrou e nem vai vê-la com frequência. Atualmente, a criança e a mãe moram na casa da avó materna com os tios, um rapaz de 18 anos e uma adolescente de 14 anos. Os pais de “Z” estão estudando, a mãe cursa o último ano do ensino fundamental e o pai está terminando o ensino médio. A mãe de “Z” não trabalha no momento, mas pretende fazê-lo quando sua filha estiver com 6 meses de idade e não estiver mais em aleitamento materno exclusivo. A mãe de “Z” não sabe o motivo do encaminhamento.

4.3.1.1 Categorias gerais:

Categoria geral (1): compreensão da queixa principal referida pelos pais

Consulta realizada no início do estágio

O modo como a médica inicia a consulta parece dificultar a exposição pela mãe da principal queixa naquele momento. Nessa consulta, observou-se o seguinte diálogo:

Médica: “O que aconteceu que vocês vieram para cá?”

Mãe: “Tinha um gânglio na axila esquerda e mandaram para o ambulatório para acompanhar”

Médica: “Quando começou?”

Mãe: “Há um mês e pouquinho!”

Médica: “Você mesmo percebeu “F”? Criança balança a cabeça negativamente.

Mãe: “Não, foi a médica do posto”

Médica: “E que tamanho tinha?”

A pergunta inicial direciona a história para o motivo do encaminhamento e não foi possível afirmar se essa é, realmente, a preocupação da mãe nesse momento. Notou-se que a residente explora a primeira queixa referida pela família, sem tentar identificar a existência de outras queixas que estejam preocupando mais a mãe nessa consulta do que aquela que motivou o encaminhamento. Assim, imediatamente após o relato da mãe, a residente faz perguntas fechadas para entendimento do que foi referido por ela.

A observação da consulta não permitiu identificar a exploração a respeito das explicações da mãe ou da criança para o aparecimento do nódulo axilar por meio de perguntas como, por exemplo: *“A senhora tem ideia do que provocou esse nódulo na axila?”* ou *“Por que a senhora acha que sua filha está com esse nódulo na axila?”*

O modo como a residente conduz a entrevista, com predomínio de perguntas fechadas, pareceu não facilitar o relato espontâneo da mãe dessas questões. A conversa estabelecida durante a consulta entre a residente e a mãe privilegia os aspectos técnico-científicos⁵ da queixa clínica.

⁵ O termo técnico-científico foi definido na seção 3 (métodos)

Não se observou nenhum tipo de comunicação verbal ou não verbal que indicasse que a residente pretende explorar a repercussão na rotina de vida da mãe e da criança do problema de saúde referido. A observação da consulta permitiu notar que a residente não busca ativamente conhecer a vivência, medos ou preocupações relacionados com o adoecimento da criança. Não se observaram perguntas como: “*Quais são suas preocupações em relação ao nódulo na axila de sua filha?*” ou “*Como está a rotina da família e de “F” com o aparecimento desse nódulo?*” A mãe não expõe espontaneamente esse tipo de questão, que pode estar relacionado com o problema de saúde referido.

Consulta realizada no final do estágio

O modo como a médica inicia a consulta direciona a história para o motivo do encaminhamento e não facilita a exposição pela mãe de outra queixa que pode preocupá-la mais no momento e que, portanto, gostaria de discutir nessa consulta. Observou-se o seguinte diálogo:

Médica: “Conta pra mim, o que aconteceu que você vem acompanhar aqui nesse ambulatório?”

Mãe: “Não sei por que me mandaram para cá? Ah, qual é a frequência das consultas?”

*Médica: “Vai depender! Nessa idade em geral vem de mês em mês!”
Mas me conta um pouco dela.....nasceu no tempo certo?”*

A residente não identifica a queixa da mãe e inicia rapidamente as perguntas do roteiro de anamnese semiestruturado. Mesmo quando a questão é aberta, a residente não aguarda resposta da mãe e precocemente faz outra pergunta fechada, direcionando o discurso.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Nas duas consultas notou-se que a residente direciona a pergunta para o motivo do encaminhamento. Na segunda entrevista, a mãe nem sabe o porquê do

encaminhamento para o ambulatório e a residente não explora se existe alguma queixa ou preocupação que a mãe gostaria de discutir. A médica decide o fluxo da entrevista.

Categoria geral (2): compreensão de outras queixas

Consulta realizada no início do estágio:

A residente não favorece verbal ou não verbalmente a exposição de outros problemas, mas, quando segue o roteiro semiestruturado de anamnese, a mãe refere suas questões e a observação dos diálogos estabelecidos permitiu inferir que os relatos têm um tom de preocupação e não apenas de resposta à pergunta formulada pela residente.

Médica: “Agora vou perguntar outras coisas! Ela chia? Enxerga bem?”

Mãe: “Sim, enxerga. Só que sente muita dor de barriga!” (tom de voz enfático)

Médica: “O coração, tá tudo bem?”

Mãe: “Acho que sim! Ela só colheu exame de fezes!”

Notou-se que a residente interrompe a fala da mãe e muda de assunto seguindo a sequência de perguntas do roteiro de anamnese, o que pode levar a uma entrevista que não favorece a identificação das preocupações da mãe, mas sim as prioridades da residente. Não se observou que as respostas da mãe influenciassem as perguntas da médica de modo a se estabelecer na consulta uma conversa que considerasse as questões da mãe e da médica. Notou-se que o fluxo do diálogo é conduzido pela sequência de perguntas determinada apenas pela residente.

Outra possível preocupação da mãe relaciona-se à alimentação da criança. Durante a obtenção dos dados sobre o diário alimentar, a mãe conta que a filha come muito pouco, apesar da dieta variada, e que é muito magra. Isto é dito em tom bastante enfático, sugerindo preocupação. Não se pôde inferir se a mãe faz associação desse problema com a questão do nódulo axilar referido no início da consulta, pois o assunto não é explorado pela médica.

Apesar de frequentemente a residente interromper a fala da mãe, dirigindo a conversa para o roteiro de anamnese, algumas vezes a residente retoma a questão em outro momento da consulta e explora algumas das queixas referidas.

Médica: “Você falou que tem uma dor de barriga! Como ela é?”

A mãe inicia a explicação das características da dor e a médica continua com perguntas fechadas para entender apenas os aspectos técnico-científicos relacionados ao sintoma. Não há exploração das explicações da família para o aparecimento do problema apresentado, nem das preocupações ou medos relacionados a ele ou da vivência desse problema pela mãe ou pela criança.

Outro exemplo. Quando a residente questiona a mãe sobre doenças anteriores, observou-se o seguinte diálogo:

Médica: “Quero saber se já teve alguma doença antes!”

Mãe: “Já ficou internada e fez cirurgia por abscesso na virilha”.

Por que a mãe escolheu primeiro falar sobre essa internação? Será que a mãe fez alguma associação com o problema atual da tumoração na axila e está com medo de ser algo semelhante e ter que internar a filha novamente? Não foi possível saber, pois a médica não explora essa fala da mãe.

Depois de alguns segundos a mãe relata: *“também internou por crises de bronquite e pneumonia!”* A médica em seguida pergunta: *“Ela teve muita crise de bronquite? Como eram essas crises?”* A residente não explora a internação pelo abscesso na virilha, pois prioriza a exploração dos quadros respiratórios:

Médica: “Essas pneumonias, você sabe referir quantas foram?”

Mãe: “Foram mais ou menos umas 5, mas agora melhoraram e o que ataca mesmo é a garganta!”

Médica: “Ela tinha então muito problema de garganta? E começa a perguntar as características desses episódios de dor de garganta.”

Apesar da exploração da queixa, sempre do ponto técnico-científico, não se observou em nenhum outro momento da consulta explicações ou orientações sobre esses relatos da mãe, sugerindo que a médica os considera pouco relevante naquele momento.

O questionamento sobre a alimentação da criança também sugeriu valorização parcial da preocupação da mãe, pois apesar de a dieta parecer variada e balanceada, observou-se o seguinte diálogo:

Médica: “Você gosta bastante de fruta, hein?”

Mãe: Gosta mesmo, o problema é que a quantidade de comida é pouquinho mesmo!”

Médica: “Agora piorou? Começou a comer menos?” (refere-se ao período relacionado ao aparecimento do nódulo axilar)

Mãe: Quando está de férias ela come bem, mas quando começam as aulas diminui a comida!”

A residente não continua a conversa. Pareceu satisfeita com as perguntas e respostas formuladas.

A observação da consulta permitiu notar que a residente não busca ativamente conhecer as explicações para os outros problemas referidos como é o caso, por exemplo, da alimentação de “F”.

Consulta realizada no final do estágio

A residente continua a consulta por meio de perguntas fechadas e de forma rígida utiliza o roteiro de anamnese semiestruturado, o que pareceu não facilitar o relato de outras questões pela mãe, a qual, apesar disso, expõe suas dúvidas durante os momentos em que a médica escreve no prontuário. No questionário sobre a gestação, observa-se o seguinte diálogo:

Médica: “Usou alguma medicação?”

Mãe: “Não! Só Buscopan porque tava dando muita dor de cabeça”

Médica: Usou bebida alcoólica?

Mãe: “Não.....(médica escrevendo no prontuário). Sabe o que eu queria te perguntar? Ela fica assim gemendo o tempo todo: ããã! É normal?”

Médica: Ah, eu vou examinar ela!

A médica franze a sobrancelha, olha para a criança por um instante, mas logo retoma a transcrição das informações que encontra no prontuário da maternidade. A mãe continua relatando suas dúvidas sempre que existe um pequeno silêncio:

Mãe: “Desde ontem que ela está com intestino preso! Tem alguma coisa que pode dar para ela?”

Médica: “O que ela está mamando? Só o seio?”

Mãe: “Só peito”

Médica: “Não precisa se preocupar! Nenê que mama só no peito pode ficar vários dias sem evacuar.”

Mãe: “Ah! É que quando ela evacua faz muita força e fica até vermelha!”

Avó: “Eu acho que é cólica”

Mãe: “Para mim é intestino preso!”

A residente pareceu nesse momento mais preocupada com os dados objetivos da história do que com o relato da família. A residente não explora a fala da mãe ou da avó e oferece apenas explicações rápidas e técnico-científicas sobre o hábito intestinal das crianças pequenas. A observação do diálogo sugeriu que a residente não nota, por exemplo, as hipóteses da família para o problema relatado naquele momento e assim oferece respostas antes de entender a questão adequadamente.

A residente segue o roteiro:

Médica: “Você teve alguma intercorrência durante a gestação?”

Mãe: “Não. Só tomei permanganato de potássio!”

Médica: “Por quê?”

Mãe: “Sei lá!”

Médica: “Não queria ter o filho?”

Mãe: “Não! Queria.”

Médica: “Você tomou porque queria abortar? É isso?”

Mãe: “Não!”

Médica: “Por que estava triste?”

Mãe: “Não sei exatamente!”

Médica: “Você tomou quantos comprimidos?”

Mãe: “Oito”

Médica: “Teve que ir ao hospital? Aconteceu alguma coisa?”

Mãe: “Tive que fazer lavagem, só!”

A observação desse diálogo sugeriu que a médica preocupa-se com a questão e procura explorá-la, mas a conversa aborda apenas aspectos técnicos, sendo pouco efetiva em relação ao entendimento do problema referido.

Não se observou exploração por parte da residente das explicações da mãe para os outros problemas referidos e nem as repercussões do problema na rotina de vida dela ou da criança. Também não se notou exploração das preocupações ou medos associados. Mesmo quando a mãe expõe outras preocupações e relata suas explicações para as queixas referidas, a residente comumente não identifica o surgimento destes aspectos durante a conversa estabelecida.

Durante boa parte da anamnese a residente olha pouco para mãe, folheia o prontuário em busca de informações e registra-as na ficha de anamnese do ambulatório. Durante todos os momentos em que a residente faz essas anotações, não comenta nada com a família sobre o que está registrando.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Nessa categoria não se observaram modificações no final do estágio. A médica direciona a entrevista precocemente, mas a mãe refere suas preocupações quando há silêncio ou quando responde às questões do roteiro de anamnese. Em nenhuma das duas consultas observou-se exploração de sentimentos, medos ou preocupações da mãe em relação às suas queixas.

Categoria geral (3): compartilhamento das orientações e decisões

Consulta realizada no início do estágio

Na finalização da consulta, a residente solicita vários exames de sangue para analisar o problema da tumoração na axila e orienta alterações alimentares para a criança. Apesar de serem respostas para algumas das preocupações da mãe, baseiam-se em orientações genéricas e não individualizadas e são feitas sem nenhuma participação da mãe ou da criança. É possível que esse tipo de orientação dificulte a aderência às mudanças propostas.

Em relação à alimentação observa-se:

Médica: “Olha, vamos fazer um combinado. Você precisa comer mais! Quando você for colocar arroz no prato, agora você vai pensar, ao invés de colocar uma colher, vou colocar duas! Você está muito magrinha! Dá até para palpar os ossinhos!”.

A médica utiliza um tom de voz enfático. A criança balança a cabeça afirmativamente.

Não se notou exploração da questão alimentar e do peso principalmente com a criança, inclusive o questionamento sobre o diário alimentar, como referido acima, sugeriu dieta variada, mas a mãe pareceu insatisfeita com a alimentação e com o peso da criança e não se conseguiu, pela observação da consulta, saber o porquê da insatisfação.

No caso da alimentação, é interessante destacar que a residente priorizou a resposta para a questão alimentar, em detrimento da questão da dor abdominal, por exemplo, possivelmente pela preocupação da mãe coincidir com a dela.

Consulta realizada no final do estágio

Observou-se que a residente responde algumas perguntas da família durante a anamnese antes de explorar adequadamente o problema referido. Essas respostas são baseadas em explicações sobre as características técnico-científicas das queixas, sem exploração de preocupações relacionadas. Assim, essas respostas precoces, genéricas e não individualizadas, podem não responder adequadamente as dúvidas daquela família.

Em nenhum momento da consulta observou-se discussão com a mãe a respeito das explicações fornecidas. O final da entrevista não foi gravado não sendo possível analisar a finalização dessa consulta.

Além das categorias gerais previamente estabelecidas, a observação atenta da filmagem das consultas permitiu evidenciar outros aspectos relevantes da consulta médica com a elaboração de:

4.3.1.2 Categorias empíricas:

Categoria empírica (a): interação com a criança

Consulta realizada no início do estágio

A criança da consulta é uma menina de 10 anos que pareceu estar bastante interessada em participar da entrevista, o que pôde ser inferido pelo olhar dirigido para a médica durante toda a consulta e pela prontidão com que responde às perguntas formuladas pela residente. No entanto, a médica dirige-se predominantemente para a mãe, inclusive com o olhar, principalmente durante o interrogatório sobre os problemas de saúde da criança. Algumas vezes pergunta para a criança como no exemplo da exploração da dor abdominal: “*Onde dói, mostra pra mim!*”, mas em seguida volta-se para a mãe e continua a história.

Em alguns momentos pareceu que a residente percebe que a criança está participando pouco da conversa, por exemplo, após perguntar várias coisas sobre o período perinatal e o desenvolvimento neuropsicomotor pregresso para a mãe, a residente comenta: “*Nossa! Quanta coisa eu tô perguntando “F”?*” A médica e a criança sorriem e a mãe diz:

Mãe: “Ela é curiosa, quer saber de tudo!”

Médica: “Olha aí, agora você tá sabendo tudo!”

A conversa entre a médica e a criança estabelece-se mais facilmente durante o interrogatório sobre as suas atividades e a escola.

Médica: “Conta mais ou menos o que você faz!”

Criança: “Gosto de brincar com as minhas coisas!”

Médica: “Gosta de brincar do que?”

Criança: “Ah, de boneca!”

Médica: E na escola, o que você faz?”

Criança: “Faço lição, converso com as amigas!”

Médica: “Vai bem na escola, tira boas notas?”

Criança: “Vou”

Durante essa conversa, observou-se que a residente olha para a criança enquanto ela fala, espera que a criança responda a cada pergunta formulada e mantém um sorriso amistoso no rosto. “F” expressa-se bem, de forma esperada para sua idade e responde prontamente quando solicitada pela residente.

Em relação ao exame físico, a médica não explica nada para a criança sobre os procedimentos semiológicos e conversa pouco com ela durante o exame. Faz comentários e perguntas para a mãe sobre a criança que podem ser inadequados:

Médica: “Ela sempre foi magrinha assim?”

Mãe: “Até os 7 anos era mais cheinha!” Agora é muito magrinha!”

Pode-se inferir que a residente não se preocupa com o que essa fala pode significar para a menina.

Na finalização da consulta, a médica faz orientações prescritivas para a criança sobre a alimentação sem ter explorado adequadamente a questão, tanto do ponto de vista técnico-científicos como em relação aos sentimentos envolvidos nessa questão.

Consulta realizada no final do estágio

A residente interage poucas vezes com a criança durante a entrevista, quando a criança choraminga, a médica olha para ela, sorri, mas não diz nada. Durante o exame físico a residente não explica os procedimentos semiológicos, mas conversa algumas vezes com a criança.

Durante o exame pulmonar a criança choraminga e a residente diz: “*Ah bebê! Você está com frio, né? Já vou terminar*” e depois que a mãe veste a roupa da criança: “*Vamos medir você, bebê, agora que você está com roupa? Vamos ver quanto você está medindo?*” A residente fala num tom de voz melodioso com a criança.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

As crianças têm idades diferentes, mas observou-se que nas duas consultas a residente busca estabelecer um diálogo com a criança. No entanto, no caso da menina de 10 anos, a conversa apoia-se na rotina de vida e participa muito pouco do relato da queixa. Na criança menor, a conversa ocorre apenas durante o exame, mas pareceu

adequada. Assim, não existem modificações no modo como a residente interage com a criança no final do estágio.

Categoria empírica (b): momentos de silêncio durante a consulta

Consulta realizada no início do estágio

A residente escreve muito durante a consulta e fica em silêncio durante longos períodos de tempo, sem dar nenhuma explicação para a criança e a mãe a respeito do que está fazendo exatamente e isso pareceu causar algum incômodo para elas. Esse incômodo foi sugerido pelo olhar impaciente da mãe e da criança para o prontuário.

Consulta realizada no final do estágio

Observaram-se longos períodos de silêncio durante a consulta, principalmente quando a residente faz anotações no prontuário. Nessa consulta a mãe aproveita esse silêncio por parte da médica para expor algumas questões.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não houve modificações nessa categoria no final do estágio. Na duas consultas apareceu longos períodos de silêncio.

4.3.2 Residente N^o 2

A residente dessa consulta tem 26 anos, formou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2006. Durante a graduação teve a oportunidade de atender em ambulatório de clínica médica, cirurgia, ginecologia e pediatria e no estágio de pediatria, AGEF, com duração de 8 semanas, tinha agenda própria com possibilidade de retorno. O estágio na ocasião, não previa discussões formais a respeito do modelo centrado no paciente ou habilidades de comunicação.

Contexto da consulta realizada no início do estágio

O paciente dessa consulta é uma menina aqui denominada de “S”, tem 1 ano de idade e vem acompanhada pela mãe que tem 25 anos, cuida de crianças de uma creche particular e tem o ensino médio completo. O pai tem 30 anos, é caixa de supermercado e estudou até a 6ª série do ensino fundamental. Os pais não moram juntos, mas “S” visita o pai todo final de semana. A menina foi encaminhada para o ambulatório pelo Pronto Atendimento do Hospital Universitário por aumento da mama esquerda, mas a mãe não sabe precisar a época do início do problema.

Contexto da consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é um menino de 35 dias de vida, aqui denominado de “E”, que vem à consulta acompanhada pela mãe. “E” é o 4^o filho do casal cuja mãe tem 22 anos, tem ensino médio completo e trabalha atualmente numa empresa na qual ajuda na confecção de cintos. O pai tem 36 anos, é pedreiro e também tem o ensino médio completo. A família é do nordeste e mudou-se recentemente para São Paulo onde moram com a avó materna. Na casa moram a avó, a mãe, o pai e os três irmãos de “E” (dois meninos, 9 e 3 anos e uma menina, 5 anos). “E” nasceu no Hospital Universitário e ficou alguns dias internada, mas, pela observação da consulta, não ficou claro o motivo da internação e nem o do encaminhamento para o ambulatório. Sabe-se que a criança recebeu alta 10 dias antes da consulta e existe o resultado de uma ultrassonografia de vias urinárias para ser analisado.

4.3.2.1 Categorias gerais

Categoria geral (1): compreensão da queixa principal referida pelos pais

Consulta realizada no início do estágio

O modo como a residente inicia a consulta, por meio de uma pergunta fechada, pareceu direcionar precocemente a fala para o motivo do encaminhamento.

Médica: “Por que a “S” foi encaminhada aqui para o ambulatório?”

Mãe: “Porque apareceu um caroço no peitinho dela e aí sumiu e aí eles disseram que se aparecesse de novo eu tinha que trazer aqui!”

Médica: “Quando começou?”

Pela observação da consulta não foi possível afirmar que a residente identifica a principal preocupação da mãe na consulta, pois ela explora rapidamente a primeira queixa sem verificar se esta é a questão que mais preocupa a mãe na consulta.

Porém, o modo como a residente comporta-se durante a entrevista pode facilitar relatos por parte da mãe. Ela tem uma postura que sugeriu interesse pelo relato da mãe, pois se mantém ereta e próxima à mesa de atendimento, olha para a mãe enquanto esta fala, apoia as mãos na mesa, não interrompe a narrativa da mãe, faz perguntas fechadas para o entendimento da história. A residente utiliza um tom de voz suave, não escreve enquanto a mãe fala e utiliza expressões como: “e aí” e “então” durante a narrativa da família. Essas expressões verbais, não verbais e comportamentos podem facilitar o relato de outras queixas por parte mãe, porém a residente não verifica se realmente a primeira queixa referida é a mais importante.

Notou-se que a residente não explora ativamente a vivência da família, medos ou preocupações associados ao problema referido ou a repercussão da queixa na rotina de vida da mãe ou da criança. A médica se detém à obtenção apenas das informações relacionadas aos aspectos técnico-científicos da queixa. Também não se observou tentativa da mãe em expor seus sentimentos em relação ao problema mencionado.

Não se observou, em nenhum momento da consulta, busca ativa da médica das explicações da mãe para o problema referido inicialmente e a mãe não as expressa espontaneamente.

Consulta realizada no final do estágio

A observação da entrevista sugeriu que a residente não busca identificar a principal queixa da mãe nessa consulta. O modo como a residente inicia a entrevista pode facilitar o relato pela mãe de preocupações em relação à saúde do filho. No entanto, como a médica rapidamente inicia a exploração desse problema, não é possível afirmar se esta primeira queixa é a mais importante pela perspectiva da mãe.

Médica: “Como foram esses 10 dias em casa?”

Mãe: “Foi bom! Só esse olhinho que não para de remelar!”

Médica: “Desde que nasceu?”

Mãe: “Sim.”

Não há exploração por parte da médica dos sentimentos envolvidos nessa questão. A residente poderia ter perguntado, por exemplo: *“Qual a sua preocupação em relação à secreção no olho de seu filho?”* Essa abordagem poderia levar a um melhor entendimento da questão com possibilidade de respostas mais abrangentes e satisfatórias para a queixa da mãe.

A observação da consulta não evidenciou a exploração por parte da residente das explicações da mãe para o problema referido inicialmente. A residente poderia ter perguntado, por exemplo: *“A senhora tem ideia do que aconteceu para seu filho estar apresentando essa secreção no olho?”*. Não se notou tentativa por parte da mãe de expor ou discutir essa questão.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Observou-se que a residente altera muito pouco o modo de explorar a queixa principal da consulta. Em nenhuma das duas consultas pode-se conhecer com certeza o motivo para a realização da consulta segundo a perspectiva da mãe. Mesmo quando a residente inicia a entrevista com uma pergunta aberta ou tem uma postura que pareceu facilitar o relato da mãe, ela rápida e precocemente inicia a exploração da queixa sem verificar se é realmente a mais importante no momento.

Categoria geral (2): compreensão de outras queixas

Consulta realizada no início do estágio

Após explorar o problema do aumento da mama, a residente segue o roteiro de anamnese semiestruturado por meio basicamente de perguntas fechadas a respeito da gestação, do parto, do desenvolvimento neuropsicomotor, da alimentação e outros. O tom de voz durante a pergunta é suave e notou-se que a residente faz uma pausa após a

pergunta, o que poderia facilitar a elaboração da resposta com calma ou o relato de outras queixas nesse momento por parte da mãe.

Médica: “Tem algum problema para respirar?” (pausa)

Mãe: “Agora não, mas teve bronquiolite com 5 meses! Ficou na UTI com cateter no nariz!”

Médica: “Certo! Mas não teve que colocar tubo na boca para respirar.” (pausa)

Mãe: “Não, só para alimentação!”

Médica: “Depois não teve mais nada.”

Mãe: “Não!”

Outro exemplo:

Médica: “Você percebe alguma alteração na pele, nos braços ou nas costas?” (pausa)

Mãe: “Ah, acho que eu percebi que ela não fica meio retinha! Mas como o pai não tem as costas muito reta...” (tom de voz hesitante da mãe)

Médica: “Como assim, não fica muito retinha?”

A mãe começa a explicar que a criança fica curvada para frente. A residente diz: “Tá.” Não prossegue a exploração da questão.

Esses diálogos pretenderam ilustrar que a mãe relata preocupações e não apenas responde a perguntas da residente. Essa preocupação foi sugerida pelo conteúdo das respostas, pelo tom de voz ora enfático ora hesitante, contato visual e fisionomia séria da mãe ao referir a bronquiolite e o problema de postura. Apesar disso, a residente não explora nenhum aspecto desses problemas, não parece considerar importante as questões mencionadas, não sendo possível, portanto, confirmar ou descartar a possibilidade de preocupação com as questões referidas.

Consulta realizada no final do estágio

Após o relato da mãe sobre o problema da secreção ocular de seu filho, a residente continua a entrevista:

Médica: “Além desse olhinho que ficou remelando, passou bem esses 10 dias?”

Mãe: “Passou!”

Diferente da pergunta do início da entrevista, essa segunda questão da residente é mais fechada, limita as possibilidades de resposta e pode ter induzido o relato da mãe. Essa resposta não garantiu a ausência de outras dúvidas ou preocupações por parte da mãe. Pode significar apenas que relativamente à internação, agora o menino está bem. Assim, não se pôde dizer que a mãe não tem outras questões para expor, mas apenas inferir que a residente não facilita a sua exposição nesse momento. Essa observação possibilitou supor que é a médica quem prioriza, indiretamente, o que será abordado na consulta. Ela poderia ter perguntado, por exemplo, se havia mais algum problema que preocupava a mãe naquele momento. A residente pareceu satisfeita com as informações obtidas e continua a entrevista, seguindo suas próprias prioridades. O único momento no qual surge alguma referência à internação, a residente faz uma pergunta bem objetiva que pareceu não favorecer a exposição de questões por parte da mãe:

Médica: “Bem, veio encaminhada para cá para checar a ultrassonografia dos rins!” Já chegou a marcar?

Mãe: “Ainda não. Disseram para ligar depois do dia 12 de dezembro!”

Médica: “Ah, tá.” A residente não explora mais o assunto.

Aos 4 minutos de consulta a residente já inicia o interrogatório sobre os diversos aparelhos, seguindo sistematicamente o roteiro de anamnese semiestruturado. Nessa etapa a médica utiliza perguntas fechadas e abertas sempre com o mesmo tom de voz suave, mantendo contato visual com a mãe durante a sua fala. Foi interessante notar o tipo de resposta que se obtém com cada tipo de pergunta:

Médica: “Tem chiadeira no peito?”

Mãe: “não”

Médica: “Tem problema de nariz entupido?”

Mãe: “Não!”

No exemplo acima observaram-se perguntas fechadas levando a respostas bastante objetivas.

Médica: “E o cocô, como está?”

Mãe: Ah, ele está amarelo, verde!! Faz de toda a cor!” (discreto sorriso da mãe)

Médica: “Como você me descreve o xixi dele?”

Mãe: “Ah, normal! Amarelinho!”

Essas últimas perguntas são abertas e permitem maior expressão verbal e não verbal por parte da mãe. Essas respostas sugeriram que as perguntas mais abertas podem facilitar o relato por parte da família de outros problemas de saúde da criança, além daquele que motivou o encaminhamento.

A observação dessa consulta sugeriu que a residente, em geral, facilita o relato de outras questões por parte da mãe quando faz perguntas mais abertas, no entanto não houve exploração dos relatos da mãe. O diálogo estabelecido entre a mãe e a residente apenas possibilitou inferir que, nessa consulta, um dos problemas para a mãe é a secreção ocular que permanece desde o nascimento. As questões relacionadas com a internação permaneceram sem exploração por parte da residente.

A residente pareceu supor que a questão da internação já estivesse resolvida, não a explora durante a consulta e inicia a entrevista a partir da alta hospitalar. Nenhum aspecto relacionado ao momento da internação é explorado e não se pôde inferir nada a respeito das ideias, medos ou preocupações relacionados a esse momento e nem da repercussão do adoecimento da criança na rotina diária da família. A observação da consulta não evidenciou busca ativa dessa questão e nem a mãe expressou-as espontaneamente.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Em relação a essa categoria, a residente não apresentou alterações no final do ano. A forma de conduzir a entrevista poderia favorecer o relato de queixas e preocupações por parte da mãe, no entanto, mesmo quando faz perguntas mais abertas pareceu explorar apenas as queixas que considera importantes e essa exploração é baseada nos aspectos técnico-científicos. Não se observou busca dos sentimentos envolvidos com as queixas. No final do estágio no ambulatório, a médica continua conduzindo a consulta de acordo com as suas prioridades.

Categoria geral (3): compartilhamento das orientações e decisões

Consulta realizada no início do estágio

A observação da consulta permitiu notar o surgimento de algumas dúvidas por parte da mãe, mas nem todas foram respondidas ou comentadas pela residente. Um exemplo dessa questão é o problema nas costas da criança que surgiu durante o preenchimento do roteiro semiestruturado e para o qual a médica não oferece nenhuma explicação. Outras questões como as lesões na região da fralda e a relação da erupção dentária com fezes amolecidas, que surgiram durante o exame físico, são respondidas, mas com explicações apenas técnico-científicas. Não se observou inclusão nas respostas formuladas pela residente de perspectivas da mãe como ideias a respeito do problema ou preocupações específicas em relação ao fato. Enquanto a residente examina a orofaringe de “S” a mãe diz:

Mãe: “Tá nascendo dente? Será que é por isso que o cocô fica mole?”

Médica: “Não, não! Quando nascem os dentes, a criança coloca muita coisa na boca e isso pode facilitar a infecção, mas o nascimento dos dentes sozinho não justifica as fezes amolecidas”. A mãe não comenta mais nada.

Outras orientações feitas pela residente durante a finalização da consulta pareceram apoiadas apenas na preocupação da própria residente e não na demanda da mãe. Esse fato pode ser observado durante o questionamento a respeito da alimentação. A residente identifica que a mãe oferece muito seio materno principalmente durante a noite e a aferição do peso demonstra que a criança está abaixo do esperado para sua idade, segundo a residente. No momento da coleta dessas informações, a residente já inicia, de forma enfática, orientações em relação a mudanças alimentares, explicando a importância de comer carnes, verduras e legumes.

A observação da comunicação não verbal da mãe durante as explicações da médica, como ausência de contato visual com a residente, balançar da cabeça afirmativamente e falta de comunicação verbal, sugeriu que essas orientações podem ter sido ineficientes, pois não pareceram coincidir com demandas da mãe naquele momento.

Após a discussão com o supervisor, a residente retoma as orientações sobre a alimentação:

Médica: “Você precisa dar menos peito para ela a noite!” (tom enfático). A mãe balança a cabeça afirmativamente.

Médica: “Durante o dia troca comida por peito?”

Mãe: “Não! Não!” Diz a mãe em tom enfático.

Médica: “Mas mesmo assim muito peito prejudica a alimentação” (tom enfático)

Novamente esse diálogo sugeriu que a mãe não concorda com a suposição da médica a respeito de um possível excesso de oferta do seio materno associado à dificuldade da aceitação de outros alimentos. Durante as explicações da médica a mãe mantém-se afastada da mesa, segura a criança no colo e balança a cabeça afirmativamente.

A residente também solicita exames de sangue e de urina para avaliação do baixo peso e a mãe diz: “*Tá, Tá*”.

Essas observações permitiram supor que a residente não explora a ideia da mãe a respeito da alimentação e do peso da criança, não compartilha suas preocupações nem suas orientações de mudanças alimentares e necessidade de investigação laboratorial. Esse modo de conduzir a finalização da consulta pode prejudicar a aderência da mãe ao tratamento e ao seguimento propostos.

Consulta realizada no final do estágio

Durante a coleta de informações a respeito da alimentação da criança observou-se o seguinte diálogo:

Médica: “Você está com alguma dívida ou dificuldade para amamentar?”

Mãe: “Não.” (tom de voz da mãe é enfático e a médica não explora mais esta questão)

O exemplo sugeriu que não há demanda sobre a alimentação da criança. No entanto, após o exame físico e a discussão com o supervisor, a residente constata que a

criança ainda não recuperou o peso de nascimento e assim a médica sugere que a criança retorne em uma semana para nova aferição de peso. Ela explica à mãe que, apesar do pequeno ganho de peso, como sua filha parece estar mamando bem e o exame físico estar normal, não deve haver nada grave com a menina. Apesar disso, a residente orienta a mãe a estimular a criança a mamar mais tempo no seio, não ficar muito tempo sem se alimentar e solicita exames de sangue e urina.

Não se pôde observar exploração e envolvimento da opinião ou ideias da mãe a respeito do que foi proposto. Durante as orientações, a mãe olha atentamente para a médica e balança a cabeça afirmativamente sem nada dizer. Esse comportamento pode representar descrença por parte da mãe em relação às orientações da residente.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A análise das duas entrevistas permitiu inferir que a residente não envolve a opinião da mãe nas suas decisões e orientações em nenhuma das duas consultas.

Além das categorias previamente estabelecidas, alguns pontos emergem da observação das consultas permitindo a elaboração de:

4.3.2.2 Categorias empíricas:

Categoria empírica (a): interação com a criança

Consulta realizada no início do estágio

A residente não tem nenhuma interação com a criança antes do exame físico e isso ocorre apenas aos 40 minutos de consulta. Nesse momento, mesmo no colo da mãe, a criança mostra-se inquieta, chora bastante e a residente apenas diz: “*Não precisa chorar, não vai doer nada!*”. A médica expõe apenas uma vez para a criança o que irá realizar: “*Vou escutar o seu peitinho*”; em outros momentos comenta com a mãe: “*Agora vou olhar a garganta e se ela chorasse agora até iria ajudar*”. Essa fala pareceu inapropriada nesse momento. A médica não oferece nenhuma explicação para a

criança sobre os procedimentos semiológicos e continua o exame sistematicamente apesar do choro.

Consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é um recém-nascido e a observação da entrevista permitiu notar que a residente não se dirige à criança em nenhum momento da consulta. Não se observaram explicações a respeito dos procedimentos do exame físico, nem mesmo para a mãe.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A idade das crianças nas duas consultas é diferente o que dificultou a comparação da interação com as mesmas. No entanto, pôde-se observar que a residente não busca o contato efetivo com elas, mesmo que utilizasse estratégias diferentes para abordá-las.

Categoria empírica (b): momentos de silêncio durante a consulta

Consulta realizada no início do estágio

Notaram-se vários momentos de silêncio durante a consulta, enquanto a residente registra as informações no prontuário. Esses momentos duram até 2 minutos, mas a observação da consulta não sugeriu constrangimento por parte da mãe nesse período. Ela permanece olhando para a médica, esperando pelo reinício da entrevista.

Consulta realizada no final do estágio

Os momentos de silêncio durante a entrevista chamaram a atenção, mas não pareceram comprometer a condução da consulta. Esses episódios ocorreram nos momentos em que a residente registra as informações a respeito da história da criança no prontuário e a observação da entrevista não sugeriu desconforto por parte da família decorrente dos momentos de silêncio.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Os momentos de silêncio aparecem igualmente nas duas consultas, mas a observação de ambas não sugeriu que esses causassem incômodo ou constrangimento para a mãe ou para a médica.

4.3.3 Residente N^o3

A residente tem 26 anos de idade e formou-se na Universidade de Taubaté em 2006. Ela referiu que durante a graduação atendeu em ambulatório de pediatria, clínica médica e cirurgia, mas não tinha agenda de retornos próprios. Relatou que seu maior aprendizado ocorreu no ambulatório de DST/Aids, pois antes de iniciar o curso os alunos participavam de um atendimento simulado, no qual eles representavam os pacientes.

Contexto da consulta realizada no início do estágio:

A criança da consulta tem dois meses de idade, é uma menina aqui denominada “G” e vem acompanhada pela mãe e pelo pai, mas somente a mãe entra na consulta. Os pais têm 33 anos de idade, são naturais da Paraíba, mas moram em São Paulo há 10 anos. A fala da mãe ainda revela o sotaque da região onde nasceu. “G” é a primeira filha do casal. A mãe é doméstica e o pai está desempregado no momento, moram em casa de alvenaria com saneamento básico. Ambos têm ensino fundamental completo. “G” nasceu no Hospital Universitário e permaneceu internada por 10 dias no berçário para receber antibioticoterapia endovenosa por suspeita de sífilis congênita. Após a alta, a criança foi encaminhada para a consulta por suspeita de displasia congênita de quadril e para seguimento da possível sífilis congênita.

Contexto da consulta realizada no final do estágio:

A criança atendida é uma menina, tem 4 meses de idade, é aqui denominada de “E” e vem acompanhada pela mãe “J”. “J” tem 22 anos de idade, é doméstica e tem o ensino fundamental incompleto. O pai da criança tem 32 anos de idade, é pedreiro e também tem o ensino fundamental incompleto. “E” é a primeira filha do casal. A

criança foi encaminhada para a consulta para checar o resultado da ultrassonografia de quadril solicitada por suspeita de displasia congênita de quadril.

4.3.3.1 Categorias gerais

Categoria geral (1): compreensão da queixa principal referida pelos pais

Consulta realizada no início do estágio:

No início da consulta a residente tem um comportamento que sugeriu disposição para o atendimento. Recebe a mãe na porta do consultório com um sorriso acolhedor, apresenta-se para a mãe dizendo o seu nome, cumprimenta-a com um aperto de mão e oferece uma cadeira para ela sentar-se. A médica conta que está em especialização, esclarecendo a mãe sobre seu papel na instituição. Esse momento inicial da consulta pareceu tornar o ambiente confortável para a mãe o que pode facilitar o relato dos problemas de saúde da criança.

A forma como a residente começa a consulta pode facilitar a identificação precoce do problema que preocupa a mãe naquela consulta, possivelmente o uso da fralda dupla pela filha, porém a médica não confirma essa suposição.

Médica: “Como a gente pode ajudar a “G”? (pergunta aberta)

Mãe: “Como assim?”

Médica: “Ta vindo aqui no ambulatório para.....

Mãe: “Pra examinar ela....aqui vocês examinam?”

Médica: “Examinamos!”

Mãe: “O que eu quero saber mais é sobre as duas fraldas que ela tá usando!”

Médica: “E a senhora quer saber.....

Mãe: “Se a senhora não pode liberar hoje!

Médica; “Ta bom!”

Mãe: “O quadril dela estava estalando, mas a última vez que a enfermeira esteve lá em casa disse que não estava mais estalando!”

É interessante ressaltar que a preocupação da mãe naquele momento não se relaciona com a doença propriamente dita que levou à prescrição da fralda dupla. A residente mantém contato visual com a mãe, não escreve no prontuário nesse momento e não interrompe o discurso da mãe. Utiliza um tom de voz suave. Essa forma de comunicação verbal e não verbal sugeriu interesse pela história.

Não foi possível saber pela observação dessa consulta, qual a explicação da mãe para o problema de saúde da criança que levou à prescrição da fralda dupla, pois não se notou pesquisa ativa por parte da residente sobre a questão (*“Por que a senhora acha que ela está apresentando esse problema no quadril?”*, por exemplo). Não se observou relato espontâneo por parte da mãe dessa questão.

Não foi notada exploração por parte da residente da influência do problema de quadril da filha na rotina de vida da mãe ou como ela se sente em relação aos problemas de saúde apresentados pela criança. A observação da consulta não evidenciou busca ativa dessas questões por meio de perguntas diretas e nem falas ou comportamentos por parte da residente que facilitassem o relato da mãe. Não houve exposição espontânea da mãe desses aspectos.

Consulta realizada no final do estágio

A residente recebe a mãe sorrindo e com um tom de voz que sugeriu afetuosidade, o que pareceu permitir um início de consulta bastante acolhedor. O acolhimento foi reforçado quando a residente apresenta-se para a mãe e também para o bebê e pergunta o nome de ambos. A médica explica qual é seu papel dentro da instituição de ensino, como funciona o ambulatório e a mãe mantém contato visual com a residente nesse momento. Durante toda a consulta, a médica dirige-se à mãe e à criança pelo nome.

A médica inicia a consulta por meio da seguinte pergunta: *“Está tudo bem com a ‘E’?”* Apesar de a residente não verificar ativamente se a primeira queixa referida pela mãe é a mais importante naquele momento, o modo como ela relata os problemas sugeriu que se trata de uma demanda significativa. A residente explora inicialmente a história do quadril, não interrompe o discurso da mãe, mantém contato visual estimulando sua fala e fazendo perguntas fechadas para entendimento do problema. A

médica tem uma fala calma e clara e um tom de voz suave quando inicia a exploração da queixa materna.

Médica: “Foi lá no berçário que escutaram um click no quadril dela?”

Mãe: “Ela ficou 4 dias no berçário e só no último dia é que uma médica escutou o barulho! Acho que ela é que fez alguma coisa!”

O tom de voz da mãe é um pouco mais alto e enfático. Há dúvida por parte da mãe se o procedimento realizado pela médica no último exame físico no berçário causou o problema do quadril referido. A residente, nesse momento, sorri discretamente após o relato da mãe o que sugeriu identificação da explicação desta para o problema referido, no entanto, notou-se exploração insuficiente por parte da residente desse relato. Ela faz um pequeno silêncio parecendo pensar em alguma resposta e diz:

Médica: “Vamos ver primeiro a história, estou conhecendo ela agora. Você entende o que está acontecendo com ela?”

Mãe: “Ah, a médica do posto disse para eu ir atrás, pois pode dar problema para andar!”

Nesse diálogo a mãe mantém o tom enfático inicial sugerindo preocupação com a questão.

A observação da consulta não permitiu identificar busca ativa por parte da médica das explicações da mãe para o problema de saúde da criança, como por exemplo, “*Por que você acha que sua filha pode ter esse problema no quadril?*”, mas o modo acolhedor como a residente conduz a consulta, mantendo frequentemente contato visual com a mãe, fala calma intercalada com pequenos silêncios e utilização de perguntas inicialmente abertas associada, talvez, a facilidade de expressão da mãe devem ter facilitado a exposição da questão.

A mãe refere espontaneamente a repercussão na vida da criança do uso da fralda dupla. Relata que não está mais as usando como orientaram no berçário, pois a criança fica muito incomodada e chorosa. A mãe relata demora na realização da ultrassonografia e que considera muito tempo para uma criança ficar com as “pernas tão abertas”. A fala da mãe é bastante enfática nesse momento o que sugeriu preocupação

em manter a filha em situação que julga desconfortável. A residente pareceu entender a aflição da mãe relacionada ao problema da criança, mas a exploração dessa questão é falha, pois a médica apenas oferece explicações exaustivas técnico-científicas sobre a fisiopatologia da displasia de quadril.

Após as explicações da médica a mãe comenta:

Mãe: Mas eu acho muito tempo para ficar com fralda dupla, pois o exame demora!” Ela ficou tão feliz quando eu tirei as fraldas!”

Médica: “Ah, agora entendi a sua preocupação!”

A residente pareceu ter identificado os sentimentos da mãe associados ao problema de saúde da criança, no entanto, não houve a exploração específica dos medos e preocupações, o que pode ter contribuído para a aparente falta de aceitação por parte da mãe da necessidade do uso da fralda dupla.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Nessa categoria observou-se que surgem facilmente as vivências e os sentimentos envolvidos com o adoecer da criança, no entanto, não houve exploração desses fatos por parte da residente. Na segunda consulta pareceu que a residente identificou as ideias da mãe a respeito do problema referido e as preocupações associadas. Esses fatos foram sugeridos pela explicação técnico-científica por parte da residente sobre o problema do quadril de forma exaustiva, porém não se observou a exploração dessas preocupações.

Categoria geral (2): compreensão de outras queixas

Consulta realizada no início do estágio:

Após a história inicial sobre o uso da fralda dupla, a residente inicia o roteiro de anamnese semiestruturado seguindo um modo de entrevista apoiado em perguntas fechadas: “Ela tem algum problema no nariz?” “Ela respira bem?” “O xixi está normal?”, o que provoca respostas às vezes também objetivas. Outras vezes a formulação da pergunta já induz uma resposta: “Ela nasceu bem e chorou logo, né?”.

A sequência de perguntas descritas abaixo produziu o seguinte diálogo:

Médica: “Teve algum problema, saiu logo do berçário?”

Mãe: “Ela ficou 10 dias.”

Médica: “Você sabe por quê?”

Mãe: “Por causa do problema de sífilis!”

Médica: “Ah, tá bom!”

A residente não continua o assunto e retorna para o roteiro de anamnese e pergunta: *“Quando caiu o umbigo?”*. A médica retoma esse assunto na finalização da consulta quando orienta os exames para seguimento da sífilis congênita, mas a exploração sobre o assunto é pequena, porém o relato da mãe não fica sem resposta.

Observou-se que a médica não estimula ativamente a exposição de outros problemas pela mãe, como por exemplo, por meio de perguntas como: *“Tem mais algum problema que você gostaria de discutir hoje?”*, mas a utilização do roteiro favorece o relato da mãe por meio de respostas às perguntas objetivas da médica. No entanto, a observação dessa consulta, pela ausência de ênfase por parte da mãe ao formular a resposta e pela ausência de busca ativa da residente por outras queixas, não permitiu afirmar que as respostas correspondam a uma demanda ou preocupação naquele momento.

Consulta realizada no final do estágio

A residente ativamente busca por outras questões que possam estar preocupando a mãe.

Médica: “Além do ultrassom eu posso te ajudar em algum outro problema de saúde dela?”

Mãe: “Não”. A mãe parece tranquila quando responde para a médica.

Médica: “E esse resfriado?”

Mãe: “É. Só esse resfriado que tenho medo que se torne alguma coisa mais séria!”

A médica retoma o problema do resfriado de “E” durante o exame físico, mas a exploração da questão é insuficiente e técnico-científica. O diálogo abaixo ilustra outra possível preocupação da mãe que foi pouco explorada pela médica:

Médica: “Com quanto tempo caiu o umbigo dela”

*Mãe: “Com 25 dias!!! Todo mundo diz que cai com uma semana!
Fiquei quase louca porque demorou tanto para cair!”.*

A mãe é bastante enfática quando faz esses comentários, aumenta seu tom de voz e olha atentamente para a residente, talvez esperando alguma resposta. Nesse momento a médica está anotando as informações no prontuário e pareceu não ter notado esse comportamento da mãe. A residente continua o roteiro semiestruturado de anamnese e não explora mais profundamente essa questão, mas a mãe retoma o problema durante o exame físico.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Em relação à primeira consulta houve alguma modificação no modo de conduzir a consulta nesta categoria. Observou-se que a residente ativamente busca outras queixas da mãe e, algumas vezes, procura compreender a preocupação associada, o que não ocorreu na primeira entrevista. Não se notou, no entanto, exploração das vivências com o adoecimento ou explicações para o problema de saúde apresentado.

Categoria geral (3): compartilhamento das orientações e decisões

Consulta realizada no início do estágio

Apesar de a médica não explorar a questão da possível sífilis congênita durante a anamnese, ela responde as questões da mãe no final da consulta com orientações de exames e seguimento ambulatorial.

Médica: “A sífilis a gente vai ter que ficar seguindo e solicitar alguns exames para avaliar o sangue e o cérebro dela!”

Mãe: “Ela tem problema de cabeça?”

Médica: “Não, mas temos que seguir!”

No entanto, a observação da consulta evidenciou que a explicação para o seguimento da sífilis é confuso e talvez não tenha esclarecido totalmente a mãe, além de ter provocado outra dúvida. Não se observou na elaboração da resposta a inclusão de possíveis medos e preocupações associados, pois estes não foram explorados.

No final da consulta, observou-se que a médica conversa com a mãe e programa o retorno para 15 dias, mas a mãe relata que pretende viajar nesse período.

Médica: “Não dá para vir aqui na 6ª feira e viajar no sábado? Criança dessa idade é bom acompanhar de perto! Seria importante!”

Mãe: “Ah, então tá bom!”.

Médica: Então tá combinado?”

Apesar de a médica ter discutido com a mãe a data do retorno, as orientações sobre os problemas de saúde da criança não envolvem a opinião da mãe na sua formulação. Não se pôde inferir, pela observação da consulta, se a mãe compreendeu ou concordou com os exames sugeridos. Enquanto a residente fala, a mãe olha-a atentamente, às vezes balança a cabeça positivamente, mas nada refere.

Consulta realizada no final do estágio

A médica pareceu reconhecer como uma preocupação da mãe a utilização da fralda dupla, no entanto, logo após o relato do problema e sem explorar adequadamente a preocupação da mãe, a residente formula precocemente uma resposta por meio de explicações a respeito do que acontece na displasia de quadril. A médica faz desenhos do quadril e do fêmur e mostra para a mãe. A resposta contém apenas explicações técnico-científicas. A mãe mantém os olhos arregalados e fixos na residente, o que pôde sugerir desencontro entre as explicações e as preocupações ou medos da mãe.

A preocupação com a demora da queda do coto umbilical é retomada pela própria mãe durante o exame físico.

Mãe: “Você pode olhar se está tudo bem com o umbigo?”

Médica: “Qual sua dúvida?”

Mãe: “Ah, só para ver se está normal!” A residente examina o umbigo atentamente e diz: “Está normal!”

O tom de voz sugeriu espanto com a colocação da mãe, mas a resposta foi adequada em relação à pergunta. Pareceu que a médica não faz relação com a dúvida da mãe quanto ao tempo demorado para a queda do coto umbilical.

Em relação ao resfriado, a médica retoma no exame físico observou-se:

Médica: “E esse resfriado?”

Mãe: “É. Só esse resfriado que tenho medo que se torne alguma coisa mais séria!”

A observação da consulta permitiu notar que não há resposta para essa questão da mãe. Apesar da pergunta, talvez a médica não tenha ouvido a resposta, pois estava fazendo anotações na ficha de anamnese e preocupada com as informações registradas no prontuário do berçário.

As duas questões mencionadas não são retomadas na finalização da consulta.

Após a discussão com o supervisor, a residente orienta sobre a importância de continuar amamentando mesmo que a observação da consulta não tenha permitido notar qualquer dúvida em relação a isso por parte da mãe. Outras orientações dadas, como prevenção de acidentes, independem da demanda da mãe, mas em geral podem ser incorporadas melhor quando fazem parte de uma conversa na qual o conhecimento da mãe sobre a questão é levado em consideração no momento da orientação. A médica retoma a orientação do uso da fralda tripla até a realização da ultrassonografia do quadril. Não se pôde notar a aceitação ou não da mãe dessa prescrição já que a observação da consulta permitiu perceber que há bastante resistência em relação ao seu uso.

No final da consulta, observou-se que a médica discute com a mãe o dia do retorno para encontrar uma data oportuna de modo que o ultrassom já estivesse realizado.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observou nenhuma modificação em relação a essa categoria. No final do estágio, a residente pareceu compreender algumas preocupações da mãe, no entanto não envolve a opinião da mãe na formulação das orientações e decisões oferecidas.

Além das categorias previamente estabelecidas alguns pontos emergem da observação dessa consulta permitindo a elaboração de:

4.3.3.2 Categorias empíricas

Categoria empírica (a): interação com a criança

Consulta realizada no início do estágio

A residente apenas se dirige à criança durante o exame físico dizendo: “*Olá moça! Tudo bem?*” Apesar da palavra “*moça*” parecer inadequada para essa faixa etária, observou-se busca por interação afetiva com a criança. A conversa da residente não evolui e durante todo o exame físico houve um silêncio e não se observou nenhuma tentativa de explicar os procedimentos do exame físico para a criança ou para a mãe. Interessante ressaltar que a médica não conversa com a criança, mas pergunta para a mãe: “*A senhora conversa bastante com ela?*”

Consulta realizada no final do estágio

A observação da consulta realizada no final do estágio permitiu notar que a residente conversou com a criança que tem 4 meses de idade. No início da entrevista a médica apresenta-se para a criança e a cumprimenta sorrindo e com um tom de voz suave. Durante a anamnese por várias vezes a criança balbucia e a médica responde dando alguma interpretação ao balbucio. A interação também pôde ser observada durante o exame físico, no qual a médica conversa com a criança, dizendo que vai examinar a “*barriguinha*” ou ver o “*ouvidinho*”.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Observaram-se modificações nessa categoria. No final do estágio, observou-se maior interação da médica com a criança. Vale enfatizar que a criança consultada é um lactente e apesar disso a médica busca interação com ele durante toda a consulta e aparentemente de forma bastante adequada.

Categoria empírica (b): momentos de silêncio durante a consulta*Consulta realizada no início do estágio*

Em vários momentos da consulta, quando a médica faz anotações no prontuário, notaram-se períodos de silêncio de até 2 minutos. A observação dessa consulta sugeriu que esse silêncio gerou uma dispersão da mãe notada pela curiosidade da mãe pelo consultório e pela interação entre a mãe e a criança que foi alheia ao cenário da consulta. Esse comportamento da mãe não foi observado pela residente.

Consulta realizada no final do estágio

Notaram-se vários momentos de silêncio durante a consulta, principalmente quando a residente faz anotações na ficha de anamnese ou busca informações nos registros do prontuário do berçário. No entanto, os momentos de silêncio observados nessa consulta não são muito longos e não pareceram constituir uma situação constrangedora.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Nessa categoria pareceu que a residente apresenta modificações no modo de conduzir a consulta, pois o silêncio não pareceu incômodo como na primeira consulta.

Categoria empírica (c): explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado*Consulta realizada no início do estágio*

A médica, antes de iniciar a anamnese, explica que fará várias perguntas para conhecer “G” por inteiro e tratá-la da melhor forma. A residente pareceu justificar-se antecipadamente pelo tempo que seria gasto na realização da consulta, culpabilizando o roteiro de anamnese. Essa fala pode sugerir que a residente considerou que as perguntas do roteiro não são relevantes, mas apenas cumprem um protocolo.

Consulta realizada no final do estágio

A residente logo no início da consulta explica que será uma consulta mais longa, pois precisa saber os detalhes sobre a saúde da criança. Chamou atenção a necessidade desse tipo de explicação no início da entrevista como se as consultas rotineiramente não necessitassem de informações completas sobre o paciente.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A residente explica o preenchimento da ficha semiestruturada de anamnese nas duas consultas observadas e os motivos para as explicações parecerem os mesmos no início e no final do estágio.

4.3.4 Residente N^o 4

A residente tem 26 anos de idade e formou-se no ano de 2006, na Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo. Durante a graduação atendeu poucas vezes em ambulatório, sempre em duplas, sem retornos próprios e não teve a oportunidade de discutir o modelo centrado no paciente ou as habilidades de comunicação.

Contexto da consulta realizada no início do estágio:

O paciente dessa consulta é um menino de 9 anos de idade aqui denominado de “D” e que foi encaminhado para o ambulatório após episódio de infecção urinária diagnosticado no Pronto Atendimento do Hospital Universitário. Vem à consulta acompanhado pela mãe de 39 anos de idade, que tem ensino fundamental completo e é costureira. O pai também tem 39 anos, estudou até a 4^a série do ensino fundamental e é ajudante geral. Logo no início da consulta, a mãe surpreende-se com a residente, pois esperava ser atendida pelo médico que a encaminhou do Pronto Atendimento. A médica explica que hoje é ela quem vai atender “D”, mas se ela preferir na próxima consulta poderá passar com o outro residente. A voz da médica tem um tom ameno e a mãe não parece constrangida com a situação. A mãe entra no consultório com uma feição séria, não sorri e senta-se na cadeira de forma bastante distante da mesa da residente e espera o início da consulta. “D” senta-se ao seu lado sem nada falar.

Contexto da consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é um menino, aqui denominado de “J”, lactente de um ano de idade que entra no consultório inicialmente apenas com a mãe, mas após 8 minutos de consulta, entra a tia que pareceu ter bastante afinidade com a criança, pois passa a maior parte da consulta brincando com ela, no entanto, não participa da entrevista. No final da consulta entra outra tia para receber as orientações finais, pois a mãe e a outra tia foram embora, pois têm que trabalhar. Este fato torna o final da consulta bastante estranho. Não ficou claro, pela observação da consulta, se todas essas pessoas moram juntas. A mãe inicia a entrevista, tem 24 anos, é cabeleireira e tem o ensino fundamental incompleto. O pai é ajudante geral e não foi possível conhecer a sua idade. O casal tem mais dois filhos, uma menina de 9 e outra de 3 anos de idade. A renda mensal é de R\$ 900,00. “J” vem para a consulta encaminhado pelo Pronto Atendimento do Hospital Universitário, pois refere 5 episódios anteriores de infecção no ouvido.”

4.3.4.1 Categorias gerais

Categoria geral (1): compreensão da queixa principal referida pelos pais

Consulta realizada no início do estágio

A residente confirma o nome da mãe, mas não é possível observar, pela filmagem da consulta, se a médica se apresenta para a mãe ou para a criança e nem se pergunta o nome do menino.

Ela inicia a entrevista com uma pergunta fechada: “*Por que a senhora veio aqui no ambulatório hoje?*”, o que pode ter dirigido a resposta da mãe para o motivo do encaminhamento, no entanto, a mãe complementa a resposta enfatizando a perda urinária frequente do filho.

Médica: “Por que a senhora veio aqui no ambulatório hoje?”

Mãe: “Ele teve febre por 9 dias, deram antibiótico e não passava e aí viram que era infecção urinária e mandaram para cá, pois disseram que não é normal.”

Médica: “Tinha algum outro sintoma? Dor para fazer xixi?”

Mãe: “Só febre! Fazia xixi normal, toda hora! Aliás, ele sempre faz xixi toda hora, faz xixi na cama até hoje!” (tom de voz enfático)

Apesar disso, a residente pareceu não reconhecer, nesse momento, a questão do controle esfinteriano como queixa relevante da mãe, pois continua fazendo perguntas fechadas para explorar apenas a infecção urinária. A residente pode não ter identificado a principal preocupação da mãe na consulta, em parte, pelo comportamento notado nesse início da entrevista. Enquanto a mãe conta sobre os antibióticos que o menino utilizou e sobre a febre, a residente não olha para ela, folheia o prontuário e registra precocemente as informações na ficha de anamnese, antes de ouvir a história completa. A falta de controle esfinteriano é novamente referida pela mãe durante o interrogatório sobre os diversos aparelhos.

A médica não explora ativamente as explicações da mãe para que “D” tenha tido infecção urinária como, por exemplo: *“O que a senhora acha que aconteceu para “D” ter infecção urinária?”* O modo como a residente conduz a consulta, priorizando as perguntas fechadas, pode não ter facilitado a exposição espontânea por parte da mãe de suas ideias a respeito do problema de saúde do filho.

A observação da consulta permitiu notar que a residente não aborda ativamente a repercussão do problema de saúde apresentado pela criança na rotina de vida da mãe ou da própria criança por meio de perguntas diretas como, por exemplo: *“Como ficou a rotina do “D” com o problema da infecção na urina?”* A residente também não aborda os medos que possam estar associados ao problema da infecção urinária.

Consulta realizada no final do estágio

Não foi observado na consulta se a médica apresenta-se para a mãe, cumprimenta-a ou pergunta seu nome. A mãe senta-se inicialmente perto da mesa da residente, olha-a atentamente e aguarda o início da consulta. Ela tem um aspecto descontraído e jovial. A residente inicia a consulta com uma pergunta fechada:

Médica: “Quem encaminhou ele para cá?”

Mãe: “O médico!”

Após um minuto folheando o prontuário e sem olhar para a mãe:

Médica: “Por quê?”

Mãe: “Ele tá tendo muita infecção no ouvido!” É a 5ª que ele teve!”. O tom de voz da mãe dá ênfase à fala, o que sugeriu preocupação com a questão.

Pelo tom enfático com que a mãe refere o problema das infecções de ouvidos frequentes, é possível que o motivo do encaminhamento seja também a principal queixa da mãe. No entanto, não se notou que a residente verifique esse fato, pois ela inicia rapidamente a exploração do primeiro relato da mãe. Além disso, a residente analisa as anotações anteriores do prontuário, não mantém contato visual com a mãe e escreve enquanto esta narra a história do adoecimento do filho. Esse modo de agir sugeriu que a residente não está alerta para os relatos da mãe e isso pode dificultar a compreensão plena da história, perda de informações, principalmente do ponto de vista subjetivo, pois a médica pareceu não notar o comportamento e os gestos da mãe e nem a entonação de sua voz.

A residente não busca a exploração ativa das explicações da mãe para o problema de saúde da criança, mas ela expõe espontaneamente sua hipótese para as infecções de ouvido do filho: *“Eu também achei que era por causa do leite que ele tinha tanta infecção de ouvido!”* A médica pareceu não notar essa colocação da mãe, pois não a explora.

Não se observou busca por parte da residente da identificação das vivências da família com o adoecer da criança. Pôde-se inferir que a residente não se preocupou em entender como o problema de infecções frequentes no ouvido de “J” influencia a rotina diária da criança e da mãe em relação, por exemplo, a faltas no trabalho ou na creche e mudanças na forma de cuidar de “J”. Os sofrimentos e medos associados ao problema de saúde da criança não foram explorados pela residente. A mãe conta brevemente a sua versão da história das infecções de ouvido do filho, mas a médica rapidamente a interrompe e inicia as perguntas fechadas para esclarecimento dos aspectos puramente técnico-científicos da doença.

Apesar de a médica não facilitar a exposição dos sentimentos da mãe, eles aparecem espontaneamente como observado em dois momentos diferentes da consulta. A mãe com o cotovelo apoiado na mesa e a mão segurando o rosto diz: *“Por que será que ele fica tão doente assim!”* A médica registra informações no prontuário nesse momento, pareceu não escutar a colocação da mãe e não explora a questão. Em outro momento da entrevista, enquanto a médica segue sistematicamente o roteiro de anamnese semiestruturado, a mãe diz: *“Ele toma tanto antibiótico que vai afetar os dentes!”*. A médica pareceu não identificar essa fala como preocupação da mãe e também não se observou exploração do fato.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se notou nenhuma modificação no modo de conduzir a consulta nessa categoria. Ao contrário, a residente pareceu ainda mais convencida de que deve explorar apenas o problema que motivou a consulta e somente do ponto de vista biomédico.

Categoria geral (2): compreensão de outras queixas

Consulta realizada no início do estágio

A residente segue o roteiro de anamnese semiestruturado por meio de perguntas sobre a saúde de “D” que pareceram não ter relação com o início da história. Nesse momento a mãe retoma questões já referidas anteriormente, e que não foram abordadas pela residente, o que pode reforçar a presença de preocupações.

Médica: “Como é o xixi dele?”

Mãe: “Faz xixi na cama toda hora!” A mãe utiliza um tom de voz alta e enfático!

Médica: “Faz quanto tempo?”

Mãe: “Há muito tempo! Até ponho fralda!”

Médica: “Alguma vez ficou sem fralda à noite?”

Outros exemplos, quando a residente questiona sobre o desenvolvimento de “D”:

Médica: “Quando ele começou a falar?”

Mãe: “Ah, demorou! Até hoje ele fala errado. A gente só começou a entender o que ele falava após os 3-4 anos!”

Médica: “Em que série ele está na escola?”

Mãe: “Segunda”

Médica: “Ele vai bem na escola?”

Mãe: “Não!”

Médica: “Por quê?”

Mãe: Ah, ele fala muito errado!”.

Nos dois exemplos não se observou continuação da conversa. Notou-se que a mãe tem algumas questões em relação à saúde do filho, mas a residente explora de forma insuficiente essas questões. Este fato pôde sugerir que a residente não considerou relevante o relato da mãe em nenhum momento da consulta.

Consulta realizada no final do estágio

A residente não facilita o relato de outras queixas pela mãe por meio de perguntas diretas como, por exemplo: “*Você gostaria de discutir mais algum problema de saúde de seu filho?*” ou “*Você quer me contar mais algum problema?*” ou por meio do seu comportamento e de seus gestos. Ela segue o roteiro de anamnese semiestruturado sistematicamente e notaram-se apenas respostas às perguntas objetivas da médica o que não permitiu inferir a existência de outras preocupações a respeito da saúde de “J”.

A criança foi internada no Hospital Universitário com bonquiolite aos 4 meses de idade, assim, tem prontuário anterior e algumas informações a respeito dos antecedentes pessoais e familiares, por exemplo, já foram registrados. A observação da consulta sugeriu que a médica supõe conhecer a preocupação da mãe por ter acesso ao prontuário, pois quando inicia o questionamento em relação aos dados de pré-natal e nascimento diz: “*As informações estão todas escritas aqui, assim vamos só conferir*” e então começa a sequência de perguntas diretas e objetivas. A médica pareceu não supor que as informações poderiam ter um caráter subjetivo e que este poderia ser

fundamental para a elucidação dos problemas de saúde da criança. Essa observação sugeriu que a médica segue o roteiro de forma sistemática, apenas para cumprir uma tarefa, sem realmente entender a importância de tais informações para o cuidado atual da criança.

Como a residente não aborda outras queixas, a exploração da repercussão do adoecimento da criança na rotina de vida da mãe ou sofrimentos e medos associados às queixas não poderiam ter sido explorados. O mesmo aconteceu com as explicações da mãe para as outras queixas.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram modificações referentes a essa categoria. A residente mantém ao longo do estágio no ambulatório a exploração insuficiente de outras queixas referidas pela mãe.

Categoria geral (3): compartilhamento das orientações e decisões

Consulta realizada no início do estágio

Algumas questões relatadas pela mãe são insuficientemente comentadas pela residente durante a anamnese e não são retomadas no final da consulta, como foi o caso das perdas urinárias à noite. Nesse caso, não se notou nenhuma fala por parte da médica que sugerisse, ao menos, programação para abordar a questão nas próximas consultas, o que poderia indicar uma priorização de problemas para a organização do seguimento.

Quando a residente retorna da discussão com o supervisor, a porta da sala permanece aberta durante a finalização da consulta e o menino não está mais dentro do consultório. A médica oferece apenas orientações sobre pedidos de exames e encaminhamentos com poucas explicações e nenhuma discussão com a mãe a respeito da sua opinião ou ideias a respeito das condutas adotadas. As orientações são desorganizadas e o comportamento da mãe de ouvir a fala da residente sem fazer nenhum comentário gerou dúvidas a respeito do entendimento das propostas terapêuticas.

Outra queixa, como por exemplo, a dificuldade na fala, teve alguma resposta apesar de apoiada apenas em aspectos técnico-científicos. A médica encaminhou a criança para a fonoaudiologia. Não houve abordagem de medos ou sofrimentos envolvidos com o problema relatado.

Consulta realizada no final do estágio

Apenas algumas questões da mãe são respondidas pela médica, precocemente, durante a realização da anamnese. Estas são oferecidas em tom incisivo, enfático e o conteúdo é técnico-científico. Quando a mãe refere que está preocupada que o excesso de antibióticos utilizados pelo filho a residente acometa: *“Antibiótico não afeta os dentes”*, mas não explora mais profundamente a questão com a mãe.

Assim como essa, outras respostas também sugeriram alguma desqualificação do comentário da mãe. Em relação à explicação das frequentes infecções de ouvido, notou-se a seguinte fala da residente: *“como a senhora disse, quero dizer, como eu disse, o excesso de mamadeiras deve estar contribuindo para essas infecções de ouvido”*.

Outras orientações observadas também ilustraram um modo de conduzir a consulta apoiado na perspectiva da residente e com insuficiente envolvimento da opinião da mãe na formulação das respostas. É o que acontece quando a mãe expõe sua dificuldade em fazer a criança aceitar a refeição salgada, pois ela prefere sempre o leite.

Médica: “Sabe por que ele toma muito leite? Porque não come muita sopa!”

Mãe: “Mas ele não aceita a sopa, eu já tentei! Ele gosta mesmo é de mamadeira!”

Médica: “Mas quem tem que escolher a comida dele não tem que ser ele!”

A mãe nesse momento afasta-se da mesa, a mão apoiada no rosto, olha para a médica e balança a cabeça afirmativamente. Esta descrição pôde sugerir que a mãe não concorda com a médica, mas não consegue expor suas reais dificuldades e nem a residente pareceu capaz de compreendê-las e explorá-las adequadamente.

O término desta consulta foi feito com uma tia, que não participa da entrevista e que pareceu ter pouco contato com a criança, pois esta chora o tempo todo na companhia dessa tia que inclusive fala ao telefone durante as explicações da médica.

Não se notou, pela filmagem da consulta, comentário ou estranhamento por parte da residente a respeito da ausência da mãe ou alguém mais próximo da criança para receber as orientações finais. A observação das orientações e decisões de seguimento nessa etapa da consulta tornou-se prejudicada. A residente escreve as orientações em relação às mudanças alimentares para mãe num receituário e solicita retorno em um mês.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram modificações referentes a essa categoria. Nas duas consultas observadas, a residente não envolve a opinião da mãe nas decisões ou orientações em nenhum momento da entrevista. Ao contrário, notou-se que a residente apoia suas condutas nas próprias opiniões e perspectivas, com insuficiente envolvimento da mãe.

Além das categorias previamente estabelecidas alguns pontos emergem da observação dessas consultas permitindo a elaboração de:

4.3.4.2 Categorias empíricas

Categoria empírica (a): interação com a criança

Consulta realizada no início do estágio

A médica demonstra pouca habilidade em interagir com a criança. O menino tem 9 anos de idade e pareceu bastante interessado em participar da consulta. Senta-se na sua cadeira, acomoda-se perto da mesa da médica e olha-a atentamente. Durante a consulta o menino brinca com um aviãozinho de papel sobre a mesa da residente. A médica, no entanto, não pergunta o seu nome ou qual seu problema de saúde.

Apenas aos 5 minutos de consulta, após a mãe expor brevemente o motivo do encaminhamento, a residente dirige-se ao menino: “Agora está tudo bem, “D”?” Antes

que o menino responda, a médica volta-se para a mãe: *“E agora ele está bem?”*. A médica repete a pergunta para a mãe, o que sugeriu desconsideração pela possível resposta da criança e que a interação com ela não tinha a intenção de incluí-la na consulta.

Algumas vezes durante a consulta “D” tenta fazer colocações, mas não foi possível entender a sua fala, pois as palavras não são pronunciadas claramente e o menino utiliza um tom de voz muito baixo. Não se observou preocupação da mãe ou da médica em ouvir ou compreender a criança e nem busca por parte da médica do entendimento do motivo da não compreensão da sua fala.

Em outro momento da consulta, quando a residente explora a rotina de vida da criança, pergunta para “D”: *“Gosta de brincar?”* *“De avião?”* O menino dá um sorriso discreto, encolhe os ombros e não responde. A médica sem dar tempo para a criança elaborar uma resposta diz: *“Tá com vergonha, né?”*. A residente não explora a questão, supõe conhecer o motivo de a criança não responder a pergunta rapidamente. A observação da consulta sugeriu que a médica não busca estabelecer um diálogo com o menino. Notou-se que aos poucos ele afasta-se da mesa, preocupa-se mais com os objetos da sala do que com a consulta, tenta fazer conversas paralelas com a mãe, deita-se no colo desta e no final da consulta, quando a residente volta da discussão com o supervisor, o menino não está mais na sala e a médica não o chama para ouvir as explicações e orientações.

Consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é um lactente de um ano de idade. Observou-se que a criança entra no colo da mãe e aí permanece. A mãe senta-se na cadeira e aguarda o início da consulta. Logo após o início da conversa entre a residente e a mãe, a criança estica-se no colo desta, reclama, choraminga e quer descer da cadeira. O primeiro contato entre a médica e a criança é por volta dos cinco minutos do início da entrevista. O menino circula pela sala e a residente sorri para ele, mas sentada na sua cadeira, não lhe dirige a palavra e continua conversando com a mãe. Esta pareceu ter dificuldades em se concentrar na entrevista, pois se preocupa com a movimentação da criança. Aos 8 minutos de consulta, a mãe coloca o filho novamente no colo e então a residente estica a

sua mão e toca a mão da criança e sorri. O menino olha atentamente para a médica. Após esse momento fugaz, a residente reinicia a conversar com a mãe e a criança pareceu buscar novo contato, pois bate a mão na mesa, balança seu cartão de agendamento, atira-o para a médica e balbucia em voz alta. A residente não percebeu esse comportamento e continua o diálogo com a mãe. Outro contato fugaz ocorre, quando a médica questiona o desenvolvimento da criança e dirige uma pergunta para ela: “*O que você sabe falar “J”?*” e a criança balbucia, parecendo responder a pergunta da residente. Quando a tia entra na consulta, segura a criança no colo e passa o resto da consulta brincando com ela e, assim, “J” fica realmente excluída da entrevista. Os contatos entre a residente e a criança são rápidos e pareceram desprovidos de intenção de incluir a criança na consulta mesmo com sua pouca idade.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A residente mantém pouco contato com a criança nas duas entrevistas. Quando esse ocorre é fugaz e não sugeriu intenção em incluir a criança na consulta, mas apenas uma tentativa de contato afetuoso.

Categoria empírica (b): momentos de silêncio durante a consulta

Consulta realizada no início do estágio

Os momentos de silêncio não chamam a atenção, pois a residente favorece pouco o discurso da mãe, preferindo um modo de entrevista baseado praticamente em perguntas e respostas objetivas, com anotações imediatas.

Consulta realizada no final do estágio

Os momentos de silêncio são significativos nessa segunda consulta. A residente passa muito tempo analisando o prontuário anterior e transcrevendo registros a respeito das informações contidas nele. A mãe pareceu desinteressar-se aos poucos da consulta o que foi sugerido por sua postura com os ombros caídos, afastamento da mesa da médica e mão sustentando a cabeça. Durante a finalização da consulta, a médica também

escreve muitas orientações e o silêncio gerado causa certo constrangimento para a tia que acompanha a criança nesse momento.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Os momentos de silêncio são mais importantes na última consulta, quando a residente prioriza o prontuário como fonte de informação. A caracterização dessa categoria no final do estágio pôde ilustrar que a residente apoia seu modo de conduzir a consulta na sua própria perspectiva.

Categoria empírica (c): explicações sobre os procedimentos de exame físico

Consulta realizada no início do estágio

A observação da consulta permitiu notar que a residente examina a criança conversando pouco sobre o significado dos procedimentos semiológicos. Apenas quando a médica afere a pressão arterial faz o seguinte comentário: “*Você já mediu a pressão antes?*” Não se observou, no entanto, explicação sobre como se realiza o procedimento e nem se permitiu à criança familiarizar-se com o esfigomanômetro. A residente não conversa sobre outros assuntos, como por exemplo, brincadeiras ou programas de televisão preferidos e há longos momentos de silêncio. A criança obedece às solicitações da residente como: “*Vamos pesar*” e “*Vamos medir*” de forma mecanizada.

Consulta realizada no final do estágio

Durante o exame físico a residente não conversa com a criança e nem explica para a ela ou para a mãe o significado dos procedimentos semiológicos. O menino chora muito durante o exame físico e a médica desorganiza-se na sua realização. Enquanto a mãe veste a criança, a residente interrompe-a para fazer a otoscopia e examinar a orofaringe.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram alterações nessa categoria no final do estágio. A residente pareceu desorganizada durante o exame físico e explica de modo insuficiente os procedimentos semiológicos nas duas consultas observadas.

Categoria empírica (d): prontuário como principal fonte de informação*Consulta realizada no início do estágio*

Durante a consulta a residente folheia muito o prontuário enquanto a mãe fala, mantém pouco contato visual com a ela, o que pareceu prejudicar o entendimento da história da criança. A residente prioriza as informações contidas no prontuário em detrimento da história relata pela mãe.

Consulta realizada no final do estágio

Nesta consulta também se observou que a residente folheia muito o prontuário enquanto a mãe fala, mantém pouco contato visual com ela e prioriza as informações registradas no prontuário. Esse modo de conduzir a anamnese pareceu prejudicar o entendimento completo da história da criança.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram modificações nessa categoria no final do estágio no ambulatório. A residente prioriza os registros do prontuário como fonte de informação, quando disponíveis.

4.3.5 Residente nº5

A residente denominada de número 5 tem 25 anos e formou-se em 2006 na Faculdade de Medicina da Fundação Lusíadas em Santos. Referiu que durante a graduação cursou estágios ambulatoriais em pediatria, clínica médica, ginecologia, obstetrícia e cirurgia geral. Relatou que nunca teve agenda para retornos. A residente

comentou que na faculdade não teve a oportunidade de discutir o modelo centrado no paciente ou as habilidades de comunicação.

Contexto da consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é um menino de 3 anos, aqui denominado de “J” e que vem à consulta acompanhado pela mãe. “J” mora com os pais e seu irmão de 5 anos de idade em uma casa de alvenaria com saneamento básico e frequenta a creche. A mãe tem 30 anos, está no momento desempregada, mas trabalhava como operadora de caixa e tem o ensino médio completo. O pai tem 32 anos, instala cabos de televisão e também tem ensino médio completo. “J” foi encaminhado do Pronto Atendimento do Hospital Universitário por quadro de infecção de ouvido de repetição.

Contexto da consulta realizada no final do estágio:

A criança atendida é uma menina de 2 meses de idade, aqui denominada de “J” e que vem à consulta acompanhada por sua mãe. Esta tem 22 anos de idade, completou o ensino fundamental e trabalha como diarista. O pai de “J” está preso e não estudou. “J” tem um irmão de 3 anos de idade com quem mora, além da mãe e da avó, em uma casa de 2 cômodos, cozinha e banheiro. A cada 15 dias “J” visita seu pai na penitenciária. “J” foi encaminhada para o ambulatório após internação durante 8 dias na enfermaria do Hospital Universitário por quadro de pneumonia.

4.3.5.1 Categorias gerais

Categoria geral (1): compreensão da queixa principal referida pelos pais

Consulta realizada no início do estágio

A residente inicia a consulta por meio de uma pergunta aberta, o que pareceu favorecer o relato por parte da mãe da queixa naquele momento.

Médica: “O que está acontecendo com ele?” (pergunta aberta)

Mãe: “Ah, o que eu percebi é que ele vem tomando amoxicilina de 2 em 2 meses por causa do ouvido!”

Médica: “Ah, entendi...!” (balança a cabeça afirmativamente e não interrompe)

Mãe: “Em fevereiro eu vim no pronto socorro duas vezes por causa do ouvido e na segunda vez eles aumentaram a dose do remédio!”

Médica: “Tá...”

A médica mantém contato visual com a mãe, não interrompe sua fala e permite que continue a narrativa iniciada, como acima descrita, contando a história do adoecimento do seu filho. Observou-se que a residente estimula a fala da mãe por meio de leve balançar afirmativo da cabeça e com expressões como: “*Entendi*”, “*Hum*”. Notou-se que a médica resume o conteúdo da história relatada pela mãe, o que sugeriu interesse pela compreensão dos fatos. A residente utiliza perguntas fechadas para entendimento da história e não a direciona para outros aspectos nesse momento.

Médica: “E isso começou quando?” (pergunta fechada, mas a pausa após a pergunta pareceu favorecer o relato da mãe)

Mãe: “Que eu percebi foi em setembro”

Médica: “Em fevereiro você veio e disseram que estava com infecção do ouvido novamente e deram amoxicilina. Depois você voltou porque ele não tinha melhorado e a infecção continuava e então dobraram a dose do antibiótico, é isso?” (resumo da história)

A conversa continua e a mãe mantém-se próxima à mesa da médica, mantém contato visual e fala fluente a respeito dos acontecimentos associados ao adoecer do seu filho. A observação do diálogo estabelecido nesse momento permitiu dizer que a residente explora a primeira queixa relatada pela mãe, mas não verifica se essa é a mais importante no momento. A preocupação, medos e sofrimentos associados à queixa clínica não pareceram identificados ou explorados pela médica.

Não se notou busca ativa da residente pela identificação das ideias da família sobre os motivos que levaram ao aparecimento desse problema de saúde da criança. Não se observaram frases como, por exemplo: “*A senhora (ou você) tem ideia do que*

provocou esse problema de ouvido do seu filho?” ou “Por que a senhora (ou você) acha que seu filho está tendo esses problemas de ouvido?”.

No entanto, a observação do discurso da mãe a respeito do adoecimento do filho sugeriu que ela tem explicações a respeito do que poderia justificar as infecções de ouvido: *“Ele não vai à creche. Ele nunca mamou mamadeira deitado.....!”*, mas a residente não explora mais detalhadamente esses relatos.

Pôde-se notar que a residente não busca conhecer a vivência, medos ou sofrimentos relacionados com o adoecimento da criança relatado inicialmente.

Consulta realizada no final do estágio

A residente não começa a entrevista buscando identificar a queixa da mãe para aquele atendimento. Ao contrário, diz que fará primeiro perguntas sobre o pré-natal e a gestação e depois voltará para o motivo do encaminhamento. Quando a médica prefere as perguntas fechadas, observou-se que a mãe se dispersa frequentemente, responde sem olhar para a residente e brinca com a criança durante a entrevista. Esse modo de conduzir a consulta sugeriu que a residente considera, antecipadamente, conhecida a demanda da mãe o que pareceu ter causado desinteresse por parte desta pela entrevista.

Aos 22 minutos de consulta a médica diz:

Médica: “Veio para cá por causa do ultrassom de quadril e enquanto isso está com fralda dupla, é isso?”

Mãe: É.

Médica: “Aí ela ficou internada no dia 6.” O que aconteceu com a “J”?

Mãe: “É que desde que ela nasceu tem nariz entupido e chiadeira, dia e noite, noite e dia!”

Notou-se que a residente direciona a consulta, não sendo possível saber ao certo qual é a principal preocupação da mãe nesse momento. Observou-se que, enquanto a mãe responde à pergunta, a médica não mantém contato visual, analisa os papéis de alta, sugerindo desinteresse pela narrativa da mãe nesse momento.

Como não foi identificada a principal queixa da mãe, não foi possível fazer inferências a respeito da exploração por parte da residente das ideias ou explicações da mãe para o adoecimento do filho e nem dos medos ou preocupações associados.

A residente decide primeiramente que começará a anamnese pelos antecedentes pessoais e depois resolve que explorará o momento da internação, assim, notou-se que ela decide sozinha, quais problemas serão abordados na consulta. A médica não verifica qual é a principal preocupação da mãe na consulta. Nesse momento, pelo diálogo descrito anteriormente, foi possível supor que a mãe tem explicações para o surgimento do quadro respiratório, mas a residente não explora essa questão.

Mesmo em relação à hospitalização, que é o aspecto selecionado pela residente para a discussão, a observação da consulta permitiu notar que a médica não busca ativamente a repercussão da internação de “J” na rotina diária da família ou da criança com perguntas como, por exemplo: *“Como ficou a rotina da casa com a internação de “J”?* Não se observou busca por parte da residente dos medos e sofrimentos associados ao adoecimento da criança como, por exemplo: *“Como a senhora (ou você) se sentiu quando “J” ficou doente e foi internada”*. A mãe não expõe espontaneamente essas questões, talvez por não encontrar oportunidade de expressar sua experiência com o problema de saúde da filha.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observou modificações em relação a essa categoria. Pelo contrário, na última entrevista a residente decide as questões a serem discutidas na consulta e não permite o livre discurso da mãe, o que pode não ter facilitado o relato por ela de suas principais queixas.

Categoria geral (2): compreensão de outras queixas

Consulta realizada no início do estágio

Após ouvir o relato da mãe a respeito do problema de otites do filho, a residente mantém um diálogo no qual se notou busca ativa de outras demandas. Observou-se a utilização do roteiro de anamnese semiestruturado de forma pouco rígida, ou seja, as

perguntas são orientadas pelo fluxo da conversa, o que pareceu tornar a consulta agradável e acolhedora, possibilitando à mãe expor suas questões mais tranquilamente:

Médica: “Fora isso, ele tem algum outro problema de saúde?”

Mãe: Tinha refluxo, mas com remedinho sarou, não precisou de cirurgia! Tinha um problema de quadril, mas com duas fraldinhas tudo bem!

Médica: Já internou alguma vez?”

Mãe: “Com dois meses ele teve pneumonial e ficou no hospital do Cotoxó!”

Médica: “Como ele estava quando ficou internado?”

Durante a exploração da rotina diária e o dia alimentar observou-se:

Médica: “O que ele come lá na creche?”

Mãe: “Ah, ele chega às 8h e toma lanche.”

Médica: “Toma mamadeira?”

Mãe: Na creche não, mas em casa eu dou, pois tenho medo de tirar direto e ele parar de tomar leite!” (preocupação da mãe com a retirada da mamadeira)

Médica: “mas a senhora não acha que se ele aceita o leite vai aceitar também no copinho? Pode tentar, né?” A mãe sorri e balança a cabeça afirmativamente: “Tá...”

A residente orienta precocemente, após breve conversa com a mãe, mas esta explica o motivo da manutenção da mamadeira em casa, no entanto a residente não explora essa explicação. Não se observou busca pelo entendimento dos medos em relação à retirada da mamadeira.

Em relação às relações familiares:

Médica: “Como é o relacionamento com os irmãos?”

Mãe: “Acho que é normal! Brigam o temo todo! Aí eu dou uns gritos, brigo....Acho que eu é que sou muito agitada!” (preocupação da mãe com seu comportamento em relação aos filhos!)

Observou-se exploração da queixa da mãe em relação ao seu modo de cuidar dos filhos no final da consulta e aborda os sentimentos envolvidos com a queixa.

Médica: “Eu percebi durante a consulta que você tem dificuldade em colocar limites no “J”, ele é meio agitado, é assim?”

Mãe: “É sim!”

Médica: “E isso não te incomoda?”

Mãe: “Me incomoda sim, pois me estressa”

Médica: “Entendi..., mas te incomoda por você ou por ele?”

Mãe: “Por mim! Acho que ele é saudável!”

Médica: “Você tem alguma ideia por que ele é agitado?”

Mãe: “Acho que é de tanto eu ficar brava, querendo que tudo fique em ordem!” A médica mantém contato visual com a mãe e não interrompe.

Médica: “Tenta perceber o que ocorre quando ele fica agitado...”

Mãe: “Não sei se o erro foi meu, mas eu não tenho nenhuma autoridade sobre ele! Não sei se eu errei!”

Outros exemplos ilustram que a residente pareceu identificar outras preocupações da mãe e considera relevante abordar os sentimentos envolvidos com algumas dessas questões que surgem durante o roteiro de anamnese como, por exemplo, no caso do desmame precoce.

Médica: “J” mamou no peito?

Mãe: “Apenas 15 dias, pois um dia fiquei brava com ele porque ele não queria pegar o peito e desde então ele não quis mais!”

Médica: “Como a senhora se sentiu?”

Mãe: “Péssima”

A observação da conversa permitiu inferir que a residente busca entendimento dos sentimentos da mãe envolvidos na questão, mas a exploração é pequena, a residente não continua a conversa e escreve no prontuário enquanto a mãe fala.

Importante ressaltar a falta de exploração por parte da residente das repercussões na vida da mãe e da criança devido à presença do problema de otite.

Consulta realizada no final do estágio

Observou-se que em poucos momentos da consulta a residente facilita o relato espontâneo da mãe. Isso ocorreu quando a residente faz perguntas abertas, mantém contato visual e permite o livre discurso da mãe. As perguntas fechadas nesse momento são utilizadas para o entendimento da história e não pareceram provocar desinteresse por parte da mãe.

Médica: “Como está a alimentação dela?” (pergunta aberta)

Mãe: “Tô dando leite com engrossante, né! Por causa do refluxo!”

Médica: “Desde quando você tá dando esse leite?”

Mãe: “Desde a internação quando fizeram o diagnóstico de refluxo!”

Médica: “Ah, entendi.... e antes da internação como era alimentação dela?”

Mãe: “Preparava o leite em pó com água e só. Aí, toda hora ela mamava e gorfava, mas eu não sabia que era o refluxo! Por isso que eu tirei ela do peito! Ela mamava e punha tudo pra fora!”

A mãe nesse momento olha para a médica, mantém-se próxima à mesa, mas seu tom de voz não varia, dando pouca ênfase às explicações das regurgitações e do desmame da filha.

Outro diálogo a respeito do pai da criança que está preso ilustrou a busca da residente por mais informações relacionadas à vida da família.

Médica: “E ele vê a filha?”

Mãe: “Sim, a gente vai vê-lo de 15 em 15 dias

Médica: “Como está sendo para você cuidar da nenê com o marido longe?” (pergunta aberta)

Mãe: “Ah, normal! É desde o primeiro! A gente tá junto há 4 anos. No Natal ele veio de licença, já ia receber a condicional, mas quando soube que eu tava grávida não quis voltar, mas foi capturado em fevereiro. Agora só o ano que vem vai poder sair de condicional novamente!”

Esses diálogos ilustraram que a residente ativamente facilita a narrativa da mãe, no entanto a observação da consulta sugeriu que a mãe não formula queixas específicas, mas responde ao questionamento da residente. A mãe comenta a respeito do refluxo e do desmame precoce, além da sua situação familiar complexa. A residente escuta as histórias, questiona estimulando a narrativa, buscando compreendê-las.

Apesar de a residente se interessar pelos relatos da mãe, estes são apenas explorados superficialmente pela médica e não se notou a utilização dessas informações em qualquer momento da consulta.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram mudanças significativas em relação a essa categoria. A residente explora algumas questões que surgem durante a anamnese, inclusive em relação aos sentimentos envolvidos, mas a abordagem é superficial e não se notou a utilização dessas informações na condução da consulta.

Categoria geral (3): compartilhamento das orientações e decisões

Consulta realizada no início do estágio

A residente retorna da discussão com o supervisor para a finalização da consulta e orienta os exames a serem realizados e pede que a mãe suspenda a mamadeira sem envolver a opinião da mãe nessas orientações. A exploração da dificuldade em trocar a mamadeira pelo copo foi insuficientemente realizada pela residente e a mãe pareceu não associar o uso da mamadeira com as infecções de ouvido, desse modo é possível que a aderência à solicitação da médica seja comprometida.

Em relação ao comportamento do menino, pareceu que a demanda inicial foi da residente que então explorou a questão como visto na categoria geral (2). Essa exploração pareceu suscitar o aparecimento de outra preocupação por parte da família. A conduta da médica a respeito desse problema é sugerida pela própria residente que não verifica a concordância da mãe com a sugestão oferecida. Ela sugere uma observação do que acontece em casa e pede que a mãe pense em uma estratégia para mudar essa forma de relação com o filho para discutirem na próxima consulta.

Consulta realizada no final do estágio

Após o exame físico, a residente explica os valores de peso e altura aferidos, mostra para a mãe as curvas de crescimento e comenta que a criança está se desenvolvendo bem. A mãe pareceu ouvir os comentários da residente, pois mantém contato visual com a médica, apesar de permanecer calada nesse momento. Embora sejam orientações importantes, vale a pena pensar na repercussão real desse tipo de conduta quando está desvinculada de preocupação materna.

A finalização dessa consulta não foi filmada por motivos técnicos e, portanto além das explicações acima descritas, não foi possível a análise dessa parte da consulta na qual as respostas poderiam ter sido dadas.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

As modificações ocorridas em relação a essa categoria não puderam ser analisadas devido a não filmagem da finalização por motivos técnicos.

Além das categorias previamente estabelecidas, alguns pontos emergem da observação dessas consultas permitindo a elaboração de:

4.3.5.2 Categorias empíricas:

Categoria empírica (a): interação com a criança

Consulta realizada no início do estágio

A residente interage com a criança desde o início da consulta quando a cumprimenta especificamente e diz: “*Você tem uma revistinha aí na mão?*”, utiliza o mesmo tom de voz suave e acolhedor que com a mãe. O menino estende a revista para a médica, mas esta não nota, pois já está conversando com a mãe.

A criança inicialmente senta-se na própria cadeira, olha para a residente, mexe na revista que carrega nas mãos, movimenta seu carro de brinquedo sobre a mesa, mas a residente não se dirige a ela nesse momento.

Aos 5 minutos da consulta o menino levanta-se da cadeira, anda pelo consultório, abre a torneira e então a médica sem olhar para a criança: “*Juju*” *cadê sua revista?*” A criança volta-se para a médica, mas como esta continua olhando o prontuário, ela afasta-se novamente, explora todo o consultório e derruba a cadeira. A residente pareceu incomodar-se pouco com a situação.

Aos 8 minutos de consulta, como o menino continua andando pela sala e tentando conversas paralelas com a mãe, a residente oferece um papel para que ele desenhe e, por alguns instantes, participa da atividade fazendo desenho de uma estrada para o carro da criança andar. No entanto, esse contato é fugaz, logo a médica volta-se para a mãe e não se preocupa em conversar com a criança sobre seus problemas de saúde ou outras questões que facilitem sua participação. A observação da interação entre a criança e a residente pareceu mais uma tentativa de distraí-la do que incluí-la na entrevista.

A observação da consulta permitiu supor que a não inclusão efetiva da criança na consulta provocou dispersão da mãe durante a conversa com a residente o que pode prejudicar o resultado final da consulta.

Durante o exame físico, a médica conversa bastante com a criança e aceita as brincadeiras propostas por ela como, por exemplo, quando a criança mostra o celular que a mãe lhe ofereceu e coloca no ouvido da residente que diz: “*Quem está falando?*” e a criança completa: “*É o papai!*” e a médica: “*Ah, então fala com ele!*”. A residente não explica os procedimentos de exame físico, mas o tipo de conversa mantida durante o exame pareceu tornar o momento menos estressante para a criança, de modo que ela permitisse que o exame físico fosse realizado tranquilamente.

Nesta consulta observou-se que a residente não explora os problemas de saúde com a criança e não a inclui efetivamente na consulta, no entanto, notou-se relação afetiva entre a residente e a criança.

Consulta realizada no final do estágio

Durante a anamnese, não se observou nenhum tipo de interação da médica com a criança que dorme durante esse período.

Durante o exame físico, a residente conversa com a criança em um tom de voz um pouco mais baixo: “*Você acordou? E esse sorriso bonito?*”, sorri para a criança enquanto fala. Quando a menina urina na mesa de exame: “*Ah, ficou tudo molhado! Agora vai ficar gelado*”, o tom de voz da médica é melodioso. No final do exame a criança soluça: “*Ficou com soluço? Vamos examinar mais rápido? Ficou com frio?!*”, a residente pareceu explicar para a criança o que pode estar acontecendo.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A residente conversa de modo semelhante com as crianças levando em conta as diferenças de idade. Pôde-se inferir que a médica não pretendeu incluir as crianças na consulta. Vale ressaltar a conversa estabelecida entre a residente e o lactente durante o exame físico da segunda consulta. A fala da residente nesta consulta pareceu adequada, pois se relaciona a fatos que ocorrem no contexto do exame físico.

Categoria empírica (b): explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado

Consulta realizada no início do estágio

Não se caracterizou esta categoria empírica na primeira consulta

Consulta realizada no final do estágio

A residente inicia a consulta explicando que fará várias perguntas em relação à gestação e ao parto, por exemplo, para conhecer melhor a “J”, pois se trata da primeira consulta. Esse diálogo pretendeu justificar as perguntas do roteiro e pode sugerir que a residente não considera relevante a obtenção dessas informações nessa entrevista.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Este item não pode ser analisado, pois essa categoria empírica não foi caracterizada na consulta realizada no início do estágio.

4.3.6 Residente N^o 6:

A residente denominada de número 6 tem 26 anos e formou-se em 2005, na Universidade Federal de Goiás. Durante o ano seguinte à sua formatura trabalhou como médica do Programa de Saúde da Família (PSF). A residente relata que na graduação atendeu em Unidades Básicas de Saúde e em Ambulatórios Gerais por períodos curtos de um ou dois meses, mas não tinha retorno de seu próprio paciente e não teve a oportunidade de discutir o modelo centrado no paciente ou as habilidades de comunicação. A escolha por pediatria ocorreu após sua formatura, durante o período de trabalho no PSF.

Contexto da consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é um menino de 3 anos de idade aqui denominado de “K” e que vem acompanhado pela mãe. Esta é jovem, aparenta ter entre 20 e 30 anos de idade, comunica-se com clareza e fluência, tem ensino médio completo. A criança pareceu inicialmente interessada na consulta, senta-se na cadeira em frente a médica, olha-a atentamente e busca conversar com ela por várias vezes durante a consulta. “K” vem para acompanhamento por quadro de tosse persistente há aproximadamente 2 meses da consulta

Contexto da consulta realizada no final do estágio

A criança desta segunda consulta é uma menina, aqui denominada de “G”, tem um mês de idade e vem acompanhada pelo pai e pela mãe. Os pais são jovens, a mãe tem 20 e o pai 22 anos de idade. É o primeiro filho do casal. O pai, a mãe e a criança moram num cômodo grande com um banheiro. O pai é açougueiro e a mãe trabalha em casa. Não foi perguntado durante a consulta o nível de escolaridade dos pais. A menina foi encaminhada para o ambulatório após internação na enfermaria do Hospital Universitário por quadro de bronquiolite.

4.3.6.1 Categorias gerais

Categoria geral (1): compreensão da queixa principal referida pelos pais

Consulta realizada no início do estágio

A residente inicia a consulta, após se apresentar para a mãe e o pai, com a seguinte pergunta: “*Me conta, hoje o “K” está vindo aqui por quê?*”. Essa pergunta pareceu direcionar a queixa para o motivo do encaminhamento e suscitou o relato da mãe a respeito da tosse que se mantém há dois meses e está associada à febre recente. A forma como a mãe refere o problema do filho sugeriu que esse é uma das preocupações dela nesse momento, no entanto a médica não verificou essa hipótese. A residente não interrompe o discurso inicial da mãe e faz perguntas para o entendimento da história.

No entanto, apesar de a mãe contar uma história repleta de sentimentos, em tom de voz enfático, a observação do diálogo sugeriu que a médica prioriza a investigação dos dados técnico-científicos da narrativa. A mãe senta-se próxima à mesa da residente e, olhando para ela, conta que estava muito preocupada com a saúde do filho e resolveu trazê-lo ao pronto atendimento quando o menino apresentou 3 dias de febre alta.

Mãe: “Examinaram a garganta, o ouvido e colheram vários exames inclusive de urina. Achei até que ia vir alguma coisa como caxumba por causa da febre alta, mas não veio nada”

Médica: “Ahã. E aí o catarro permaneceu até hoje?”

A residente retoma o questionamento em relação à tosse e ao catarro. Não explora o relato da mãe a respeito da febre que sugeriu preocupação por não ter sua origem ainda elucidada.

A residente não explora as ideias da mãe a respeito da causa da tosse e da febre e as consequências destes sintomas para a saúde do filho.

Pela observação da consulta não se pôde notar exploração por parte da residente da repercussão do problema de saúde referido na rotina de vida da mãe e da própria criança. Não se notou exploração dos medos ou sofrimentos da mãe envolvidos com o adoecer do menino. A observação da consulta não evidenciou busca ativa dessas questões por parte da residente por meio de perguntas como, por exemplo: “*Como a*

senhora (ou você) se sentiu quando “K” ficou doente? “Como ficou a rotina da sua casa com os problemas de saúde de “K”? A mãe expressa, espontaneamente, sua vivência com o adoecer do filho, a residente não a interrompe, diz algumas vezes “ahã” e “hum”, no entanto, muda de assunto retornando à investigação técnico-científica.

Consulta realizada no final do estágio

A residente inicia a consulta por meio de uma pergunta fechada e direcionada a história para o motivo do encaminhamento. A médica não verifica se a primeira queixa relatada é a mais importante naquele momento, mas rapidamente inicia a exploração dessa questão.

Médica: “Por que a “G” foi encaminhada para o nosso ambulatório?”

Mãe: “Por que ela estava com falta de ar”

Médica: “O que aconteceu com ela?”

Pai: “Estava em casa dormindo e começou a por baba pela boca”

Médica: E o que preocupa vocês nisso?

Mãe: “A baba e a espuma, parecia cansada...a médica dela passou 3 inalações por dia!”

Médica: “Certo!” A médica escreve enquanto a mãe fala e não olha para os pais nesse momento. “E quando começou o cansaço?”

Em nenhum momento da observação da consulta notou-se que a médica busca identificar as explicações dos pais para o quadro de cansaço que a criança apresentou e determinou a internação na enfermaria.

Nessa segunda consulta, notou-se preocupação da residente em abordar os sentimentos da família em relação ao adoecimento da criança, porém o modo como a médica mantém o diálogo com os pais sugeriu que ela supõe o que a família sente e se antecipa nas explicações, sem realmente explorar a vivência da família a respeito do adoecimento da filha, assim como, o medo e as preocupações que podem estar envolvidas com o problema de saúde da criança. Os pais sentam-se próximos à mesa da médica, olham atentamente para ela enquanto relatam os acontecimentos sobre a bronquiolite. A menina permanece durante toda a consulta no colo do pai. Aos 17 minutos de consulta, observa-se o seguinte diálogo:

Médica: “Como vocês estão em relação à doença dela?”

Pai: “Nós estávamos assim, bem atentos.....” médica interrompe a fala da família! O tom de voz do pai é baixo e hesitante sugerindo preocupação.

Médica: “Explicaram o que é a bronquiolite?” (voz enfática!)

Pais: “Não, não!” então a residente inicia uma explicação técnico-científica a respeito da bronquiolite e aos 21 minutos de consulta termina dizendo: *“O medo da gente é que isso não volte a acontecer.....é angustiante, não é?”* Os pais balançam a cabeça afirmativamente, mas nada falam.

Este exemplo corroborou a ideia de que a residente se antecipa na tentativa de tranquilizar os pais, o que é um comportamento positivo, porém possivelmente insuficiente já que não houve explicitação das preocupações e medos por parte dos pais.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Notaram-se modificações na forma de conduzir a consulta realizada no final do estágio, sugeridas pela preocupação da médica em abordar os sentimentos envolvidos no adoecimento da criança. No entanto, a forma como isso ocorre pareceu insuficiente.

Categoria geral (2): compreensão de outras queixas

Consulta realizada no início do estágio

A residente não pergunta ativamente se a mãe tem alguma outra questão além daquela que motivou o encaminhamento, mas por meio da utilização do roteiro de anamnese semiestruturado a mãe refere outros problemas atuais e passados, como a infecção urinária prévia, a constipação intestinal de difícil controle e a preocupação recente com a diminuição do apetite do filho associada à perda de peso. A residente não interrompe a narrativa da mãe, que pareceu ter facilidade de expressão.

No entanto, a residente não explora os relatos da mãe e frequentemente muda de assunto, não retomando as queixas posteriormente. A observação da consulta sugeriu que a médica está mais preocupada em responder às suas questões que às da mãe.

Durante o relato sobre o quadro de tosse e febre que motivou a procura recente do pronto atendimento e o encaminhamento para o ambulatório, observou-se o seguinte discurso.

Mãe: “Examinaram a garganta, o ouvido e colheram vários exames inclusive de urina. Ele já teve infecção urinária antes. Inclusive os médicos me deixavam com guias para colher exame de urina se ele tivesse febre!”

Médica: “E eles chegaram a algum diagnóstico, ele tomou algum antibiótico?”

Mãe: “Sim, Bactrim, amoxicilina.....”

Médica: “Não, agora, no episódio de febre!”

Mãe: “Ah, não.... ficamos sem saber o que era a febre...”

Esse diálogo sugeriu que a médica não ouve realmente a mãe e segue seu raciocínio clínico, independente da sua fala.

A observação da consulta sugeriu que a médica tem a demanda dos pais pré-concebida e apenas explora a queixa deles quando esta coincide com a sua própria preocupação. A mãe relata que a criança parou de comer desde o início da tosse e conta que o filho emagreceu muito e que percebe isso pela palpação do gradeado costal. Além disso, pesa o filho frequentemente na farmácia. Após esse relato, observou-se o seguinte diálogo entre a mãe e a médica:

Médica: “então o que te preocupa no momento é a tosse!”

Mãe: “sim e essa falta de apetite.... ele parou de comer e emagreceu 1,5 kg”

Médica: “sim.....e fora isso ele não tem mais nada!”

A residente inicia o interrogatório sobre os diferentes aparelhos e não retoma o assunto do peso em nenhum outro momento da consulta, nem mesmo durante a exploração do diário alimentar.

A médica não explora as explicações da mãe para a presença desses outros problemas de saúde, particularmente da falta de apetite e perda de peso.

Consulta realizada no final do estágio

Durante a maior parte da consulta, observou-se que a residente preocupa-se mais em seguir e preencher o roteiro de anamnese semiestruturado do que explorar e compreender as preocupações dos pais. Não se notou facilitação por parte da residente para a participação dos pais na priorização dos problemas a serem discutidos na consulta. No entanto, aos 20 minutos de consulta a médica diz:

Médica: “Vocês têm alguma angústia, alguma dúvida que vocês gostariam de perguntar?”

Pai: “Não, não!” O pai utiliza tom enfático nessa resposta.

Médica: “Vocês estão felizes em relação a ela? Estão tranquilos?”

Pai: “Sim, você esclareceu tudo!”

A pergunta elaborada pela residente permitiu a exposição por parte dos pais de outras preocupações e a resposta destes sugeriu satisfação com as informações dadas pela médica sobre o problema de saúde que motivou o encaminhamento. No entanto, a pergunta pareceu induzir a resposta e deixou dúvidas se a forma como a médica formula as questões facilita verdadeiramente o relato de outros problemas de saúde. O empenho da médica em dar informações técnico-científicas sobre a doença e adiantar-se na tranquilização dos pais pode ter inibido os pais para a exposição de outras questões, assim como de medos e sofrimentos. A técnica de “prescrever” tanta tranquilização pode ter sido insuficiente. O observado na consulta não permitiu saber ao certo se existem ou não outras preocupações, além daquela que motivou a consulta e as supostas pela médica.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

No final do ano, a residente aborda os sentimentos envolvidos na queixa dos pais, mas a abordagem não parte de uma exploração prévia desses sentimentos, mas sim de suposições da residente sobre como os pais se sentem. Apesar de alguns diálogos mostrarem que a residente pergunta aos pais sobre outras preocupações, observou-se que é a médica quem escolhe os problemas a serem discutidos.

Categoria geral (3): compartilhamento das orientações e decisões

Consulta realizada no início do estágio

No final da consulta, a residente elabora um diagnóstico para a tosse e prescreve um antibiótico. Não há nenhuma discussão dessa questão com a mãe e não se pôde observar se a mãe concorda com a conduta e nem tampouco se irá seguir a prescrição. A questão alimentar é retomada por meio de orientações alimentares vindas da médica, sem nenhum envolvimento da opinião da mãe.

Médica: “Sobre a alimentação, ele deve comer mais frutas...”

Mãe: “Doutora, não adianta, ele não come!”

Médica: “Vamos insistir!” A mãe balança a cabeça afirmativamente e assim termina a consulta.

Consulta realizada no final do estágio

A residente formula precocemente respostas às questões de saúde da criança durante a realização da anamnese. Essas orientações são feitas comumente a partir da perspectiva da médica ao invés de serem feitas depois de adequada exploração dos problemas de saúde a partir da história dos pais.

Médica: “Explicaram o que é a bronquiolite?” (voz enfática!)

Pais: “Não, não!”

A residente inicia uma explicação técnico-científica a respeito da bronquiolite. Os pais balançam a cabeça afirmativamente, mas nada falam.

No final da consulta a residente orienta: tratamento para a monilíase oral encontrada no exame físico; a posição para dormir, mas não explica o porquê dessa orientação; banho de sol e retorno em um mês. Todas essas orientações são baseadas na demanda da médica que termina a consulta dizendo:

Médica: “Tem alguma dúvida “C” (mãe)? Tem alguma dúvida “A” (pai)?

Pai: “Tem uma manchinha na cabeça dela!”

Médica: “Ah, isso aí é hemangioma. Some!” Término da consulta.

A residente oferece uma resposta para a pergunta, mas rapidamente encerra o assunto, diferente do que ocorre quando explica sobre a bronquiolite, por exemplo, o que sugeriu novamente que a médica decide os assuntos que serão discutidos durante a consulta.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Nas duas consultas não houve nenhuma discussão entre a médica e os pais sobre as propostas terapêuticas. Não houve mudança nessa categoria no final do estágio.

A observação das consultas proporcionou a percepção de alguns temas emergentes diferentes das categorias gerais previamente estabelecidas e que permitiram a elaboração de:

4.3.6.2 Categorias empíricas:

Categoria empírica (a): interação com a criança

Consulta realizada no início do estágio

Pôde-se observar que a médica dirige-se algumas vezes à criança, como no início da consulta: “Oi Fofo!”; ou então nos momentos em que a criança desinteressa-se pela consulta e mexe nos objetos do consultório, dificultando a continuação da anamnese pela médica: “Você quer desenhar?” ou ainda nas situações mais extremas, quando a criança pareceu cansada da consulta e tenta sair do consultório: “Só mais um pouquinho, fofinho, que a titia já vai te pegar”.

Essas intervenções com a criança devem ser consideradas, no entanto as falas e o comportamento da médica pareceram não ter por objetivo buscar o envolvimento da criança na consulta, mas sim permitir a continuação da entrevista com a mãe. Este fato foi sugerido quando se observa que a residente não sustenta uma pequena conversa com a criança após as intervenções e muda rapidamente o foco da conversa para mãe. As

falas dirigidas à criança pareceram inadequadas. A consequência dessa situação pode ser, por exemplo, a resistência imposta pela criança para a realização do exame físico como notado nessa consulta.

Durante o exame físico a criança chora, grita, agita-se e a residente busca a conversa com a criança com a intenção de realizar o exame físico. O que se observou foi que não se oferece um tempo para a criança expressar o que se passa com ela e assim tentar superar o estresse do exame físico. Notou-se que a médica barganha com a criança: *“Vamos examinar rapidinho e depois você vai embora”*; coloca regras para os procedimentos da consulta: *“Não adianta você ficar bravo porque eu tenho que examinar de qualquer jeito”*; tenta acalmar a criança: *“Não vai doer nada”*. Nenhuma dessas falas faz com que a criança autorize o exame físico.

Interessante notar que por várias vezes a criança diz: *“Eu não quero internar”*, *“Eu não quero levar pico”*. A médica diz que nada disso vai acontecer. Ela responde à fala da criança, mas talvez o que tenha faltado durante toda a consulta seja a conversa com a criança. Se a médica tivesse ouvido o que a criança poderia ter conversado com ela sobre isso, perguntando a ela, por exemplo, por que estava com medo dessas coisas, o que poderia permitir a criança expor os medos e assim, talvez, permitir o exame.

Consulta realizada no final do estágio

Durante toda a anamnese não se observou nenhuma tentativa de aproximação da residente com a criança. Toda a consulta ocorreu por intermédio total dos pais.

No momento do exame físico, no qual se esperaria maior interação, também não há comunicação adequada com o bebê, apenas alguns *“hum, ôoo”* durante o exame.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Nas duas consultas, considerando a diferença das faixas etárias, a residente não demonstra interação adequada com as crianças. Não houve modificações no final do estágio nessa categoria.

Categoria empírica (b): explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado*Consulta realizada no início do estágio*

A residente inicia a consulta dizendo: “*Como eu ainda não conheço o “K” vou ter que fazer uma consulta um pouco mais estendida*”. A necessidade de explicação a respeito da utilização da ficha de anamnese semiestruturada pode sugerir que a residente considera pouco relevante a sua utilização e o faz apenas para cumprir um protocolo. A partir da observação da consulta, pôde-se inferir que a médica segue de forma rígida o roteiro, o que pode dificultar a realização de uma boa anamnese, pois algumas vezes a residente interrompe a fala da mãe para seguir a sequência da ficha.

Mãe: “O cocô dele foi um problemão!” (a mãe explica a obstipação do filho)

Médica: “Então ele teve uma infecção urinária.....e agora o cocô está normal! E a sua gestação, como foi?”

A residente prossegue a consulta apoiada no esquema próprio de perguntas e pareceu não adaptá-lo, em decorrência das respostas que surgem durante a entrevista.

Consulta realizada no final do estágio

Não se observaram explicações a respeito do preenchimento do roteiro nessa segunda consulta.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Notou-se uma modificação em relação a essa categoria, pois não se observou explicações a respeito do roteiro de anamnese na última consulta.

Categoria empírica (c): explicações sobre os procedimentos de exame físico*Consulta realizada no início do estágio*

A observação das filmagens permitiu notar que a residente não explica para a mãe ou para a criança os procedimentos semiológicos e nem o significado deles. Foi comum a observação de falas como “Não vai doer nada”, “já vai acabar”.

Consulta realizada no final do estágio

A observação das filmagens permitiu notar que a residente não explicou para a mãe os procedimentos do exame físico e nem o significado deles. Interessante notar que durante todo o exame físico a criança chora incessantemente e não se observou consolo da criança ou explicação a respeito da situação por parte da médica. A criança pareceu incomodada e todo o exame é realizado, como se nada disso estivesse acontecendo

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observou modificações nessa categoria no final do estágio no ambulatório.

4.3.7 Residente N^o 7

A residente aqui denominada de número 7 tem 27 anos e formou-se na Faculdade de Medicina da UNICAMP. No ano seguinte à sua formatura trabalhou como clínico geral em pronto atendimento. A residente referiu que durante a graduação atendeu em Unidade Básica de Saúde no oitavo período e em vários ambulatórios de especialidades a partir do décimo período. Em geral os estágios práticos da graduação eram de curta duração e era possível ter retornos próprios. Na graduação a residente referiu não ter tido a oportunidade de discutir o modelo centrado no paciente ou as habilidades de comunicação.

Contexto da consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é um menino aqui denominada de “G” e tem 1 ano de idade. “G” vem à consulta acompanhado de sua mãe que tem 17 anos de idade, estudou até a 6ª série do ensino fundamental e não trabalha no momento. O pai de “G” tem 18 anos, não tem emprego fixo e tem o ensino médio completo. Os pais não moram juntos, mas ambos têm contato com a criança. “G” mora com a mãe, a avó materna e seus tios por parte de mãe. Notou-se pela observação da consulta que “G” foi encaminhado do Pronto Atendimento provavelmente após episódio de infecção de ouvido

Contexto da consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é uma menina com cinco meses de idade, aqui denominada de “C”, que vem à consulta acompanhada pela mãe. Esta tem 19 anos de idade, é auxiliar de limpeza em um *shopping* e estudou até a 6ª série do ensino fundamental. O pai de “C” tem 29 anos de idade estudou até a 2ª série do ensino médio e trabalha em uma madeireira onde faz atividades diversas. Os pais de “C” não moram juntos, mas dividem os cuidados e as despesas referentes à filha. A menina foi encaminhada para o ambulatório após internação no Hospital Universitário por quadro de pneumonia e crise de sibilância grave. “C” foi internada inicialmente na Unidade de Terapia Intensiva e necessitou de intubação orotraqueal por 2 dias. A duração total da internação foi de 17 dias. Na enfermaria suspeitaram de doença do refluxo gastro-esofágico e introduziram medidas posturais, dietéticas e tratamento medicamentoso. Segundo a mãe, a criança teve 4 pneumonias anteriores e foram realizados alguns exames complementares durante a internação para investigação diagnóstica.

4.3.7.1 Categorias gerais

Categoria geral (1): compreensão da queixa principal referida pelos pais

Consulta realizada no início do estágio

Essa consulta chama especialmente a atenção pela falta de identificação da queixa da mãe ou do motivo para a consulta por parte da médica. A residente pareceu

assumir como conhecido o problema da criança e a preocupação da mãe e não aborda esta questão durante a consulta, contentando-se apenas com as informações registradas no prontuário. Inicia a consulta dizendo:

Médica: “Eu li no prontuário que “G” já fez acompanhamento aqui, não é? E como ele está agora?”

Mãe: “Ele está muito bem, come bem, desenvolve bem.”

Médica: “Legal, né?”

A pergunta feita pela médica pareceu não permitir outra resposta uma vez que, no momento, a criança está bem, o que não garantiu que a mãe não tenha alguma preocupação sobre a saúde do filho.

Continuando a consulta, a médica afirma que “G” veio ao Pronto Atendimento do Hospital Universitário pela última vez porque apresentava vômitos e dor de ouvido. A mãe balança a cabeça afirmativamente e a residente então pergunta:

Médica: “Desde a última vez que veio ao Pronto Atendimento teve mais alguma coisa?”

Mãe: “Não.”

Médica: “Bom, agora vou te fazer algumas perguntas sobre o pré-natal e parto.”

A residente inicia as perguntas sobre outras questões da vida da criança, sem identificar e explorar adequadamente a queixa principal da consulta.

Não se observou em nenhum momento da consulta exploração por parte da médica das explicações da mãe para o problema apresentado pela criança.

A observação da consulta permitiu notar que a residente não explora adequadamente o adoecer da criança e nem a vivência da mãe em relação a essa questão. A médica conduz a consulta supondo conhecer a história e direciona as perguntas para conferir as informações registradas no prontuário. Esse modo de realizar a entrevista pareceu não facilitar o relato da mãe dos medos ou sofrimentos relacionado ao problema de saúde da criança.

Consulta realizada no final do estágio

A residente inicia a consulta resumindo e checando com a mãe as informações registradas no prontuário. A médica tem a fisionomia séria, apoia o rosto na mão enquanto resume o prontuário em voz alta.

Médica: “Então a “C” foi prematura, já teve várias pneumonias e agora ficou internada por outra pneumonia, é isso? A mãe balança a cabeça afirmativamente.

Não se notou que a médica busque identificar a queixa da mãe nessa consulta. A observação da entrevista sugeriu que a residente supõe conhecer a demanda da mãe por ter acesso aos registros objetivos a respeito da doença da criança contidos no prontuário. Não foram observadas perguntas abertas como, por exemplo: *“Como posso te ajudar?”*, que poderiam favorecer o relato pela mãe de sua queixa no momento.

Apesar de a médica não facilitar a narrativa da mãe, esta consegue expor preocupações durante a entrevista, mas a residente não olha para a mãe enquanto ela fala, pois continua transcrevendo para a ficha de anamnese do ambulatório, os registros que obtém do prontuário de internação. O exemplo a seguir ilustrou esta observação:

Médica: “Ela foi encaminhada para a imunologia do Instituto da Criança?”

Mãe: “Então, aí chegou a parte que eu queria falar!” (mãe dá uma risadinha e aproxima-se da mesa, com interesse).

A médica sem olhar para a mãe e escrevendo no prontuário diz: *“Fala.”* A mãe conta que foi ao Instituto da Criança para marcar a consulta como fora orientada. Nesse serviço a consulta foi agendada em uma data muito distante e disseram à mãe que necessitavam de um relatório do Hospital Universitário, no qual contasse o motivo do encaminhamento. A médica sem manter contato visual com a mãe, sugerindo pouco interesse pelo relato, diz: *“Ahã, ahã”* e retorna para o assunto da internação: *“Ela ficou em rampa na enfermaria?”*

Essa forma de conduzir a entrevista sugeriu que a residente não identifica adequadamente uma possível demanda inicial da mãe. No final da consulta a residente

faz o relatório solicitado pela imunologia, mas não se observou, em nenhum momento da consulta, exploração por parte da médica da preocupação da mãe que pode estar relacionada, por exemplo, à data do agendamento da consulta na imunologia.

A observação da consulta permitiu supor que a residente não busca identificar as explicações da mãe para o problema de saúde da criança. Não se notaram perguntas específicas como, por exemplo: *“Por que a senhora acha que sua filha apresentou ou está apresentando esse problema de saúde?”*.

Não se observou exploração por parte da residente de como o adoecimento da menina influenciou na rotina da mãe e da própria criança, assim como os medos e os sofrimentos associados ao problema de saúde da criança. Apesar da internação na UTI, a observação da consulta não evidenciou exploração dessas questões por meio de perguntas específicas como, por exemplo: *“Como a senhora de sentiu com a internação de sua filha?”, “Como ficou a rotina do dia a dia com a internação de ‘C’?”*, ou por meio de uma conversa na qual gestos ou sons, como *“hum”, “sim”, “prossiga”*, por parte da residente pudessem estimular o livre discurso da mãe e, conseqüentemente, favorecer o relato dessas questões. Ao contrário, notou-se que a residente frequentemente interrompe a fala da mãe e faz registros no prontuário enquanto ela expõe suas preocupações. Observou-se que quando a médica interrompe o discurso da mãe, esta para de falar e afasta-se da mesa da residente, sugerindo descontentamento com a entrevista.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não foram observadas modificações nessa categoria, a residente nas duas consultas prioriza as informações contidas no prontuário, não identifica a queixa da mãe, não explora o adoecimento e segue a anamnese apoiada basicamente nos registros do prontuário e nas suas próprias preocupações.

Categoria geral (2): compreensão de outras queixas

Consulta realizada no início do estágio

A médica faz perguntas fechadas, como o número de consultas que a mãe realizou no pré-natal, ou perguntas que induzem a resposta tais como: “*Você não teve nenhum problema no parto, não é?*”; o que não permite um discurso livre da mãe e, portanto, não facilita a exposição de queixas ou preocupações. O único momento no qual a mãe pode falar mais livremente é a respeito da alimentação e da rotina diária da criança:

Médica: “Me conta como foi o dia de ontem da alimentação!”

Mãe: “Ah, ele acordou ao meio dia e aí não quis tomar o leite, acho que ele está enjoando, mas comeu um papazinho!”

Médica: “O que ele comeu?”

Mãe: “Arroz, caldo de feijão e carne”

Médica: “E depois?”

Mãe: “Ele dormiu até a noite e então jantou.”

Médica: “Ele dorme tanto assim todos os dias?”

Mãe: “Se deixar sim!”

O modo natural, sem nenhuma ênfase, como a mãe de 17 anos conta a rotina da criança, sugeriu que esta não é uma preocupação dela, mas tornou-se uma demanda da médica pela maior exploração por parte desta da questão observada.

Não se notou, nesta consulta, o relato de nenhuma questão específica que sugerisse outra preocupação da mãe. Não é possível afirmar que ela realmente não existe ou se o modo como a residente conduz a conversa durante a entrevista, por meio de afirmações mais do que perguntas, não facilitaram a exposição da mãe de suas dúvidas sobre a saúde da criança.

Consulta realizada no final do estágio

A residente segue a entrevista, predominantemente, resumindo e checando as informações anotadas no prontuário da internação. Frequentemente apoia a cabeça na mão, com fisionomia séria e tom de voz baixo, o que sugeriu desinteresse pela

realização da entrevista. Depois de algum tempo de consulta, a mãe permanece em silêncio enquanto a residente resume o prontuário em voz alta. A mãe mantém a fisionomia séria, lábios apertados, sobrancelhas serradas, sugerindo desagrado, mas a médica pareceu não notar esse comportamento e continua com seu modo de conduzir a entrevista.

A residente não favorece o relato de outras queixas pela mãe, pois não se observaram perguntas como, por exemplo: *“Sua filha tem algum outro problema de saúde que gostaria de discutir hoje?”*, mas apesar do modo como a residente conduz o diálogo durante a entrevista, a mãe pareceu aproveitar os comentários da médica a respeito da doença da filha para inserir outras dúvidas e preocupações.

A residente, folheando o prontuário, diz:

Médica: “Ela fez tomografia? Fez porque estava com dificuldade para respirar ou por que teve pneumonia anterior, é isso?”

Mãe: “Fez endoscopia também! Acho que era para ver se tem refluxo e ia fazer EED também, mas ela pegou catapora e disseram que ia fazer no ambulatório, mas não deram nenhum papel” (tom de voz enfático)

Este diálogo sugeriu preocupação da mãe com exames que ainda não foram realizados e que talvez pudessem auxiliar o diagnóstico do problema da filha. A médica diz: *“Sei. A gente vai ver isto.”* Não estimula a mãe a falar mais sobre o assunto.

Aos 17 minutos de consulta, a médica, seguindo seu resumo do prontuário, diz: *“Ela foi embora para casa com Berotec, não é? Estava chiando?”* A mãe hesita um pouco e com tom de voz enfático e olhando para a residente diz: *“E ainda está! Desde que nasceu é assim! Agora ela tosse e fica roxa, vermelha, sei lá! Se a gente não vê, engasga!”*

Nesse exemplo também se observou que a residente não estimula a fala da mãe com frases como, por exemplo: *“Fale um pouco mais sobre isso!”* ou por meio de gestos encorajadores como, por exemplo, leve balançar afirmativo da cabeça e contato visual. A residente ignora a fala da mãe e continua as perguntas do roteiro de anamnese.

A observação da consulta permitiu inferir que a residente pouco explora os relatos da mãe e, quando o faz, é apenas do ponto de vista técnico-científico.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não foram observadas modificações referentes a essa categoria. A residente não favorece o discurso da mãe e nem o relato de outras queixas. Os pequenos momentos de exploração de relatos da mãe são baseados em aspectos unicamente técnico-científicos, mesmo quando a mãe expressa sentimentos e preocupações em relação a eles.

Categoria geral (3): compartilhamento das orientações e decisões

Consulta realizada no início do estágio

Após a discussão com o supervisor, a residente retorna ao consultório para orientar a mãe. Ela inicia um monólogo, dizendo que chamou a atenção o fato de a criança estar dormindo muito e que as crianças precisam ter uma rotina para poder crescer bem. A médica não explora a opinião da mãe a respeito dessa questão e não verifica a existência de uma preocupação dela nesse sentido. A residente orienta com um tom de voz calmo, com linguagem simples e clara, o horário ideal para acordar, número de refeições que a criança deve consumir e a qualidade delas.

A mãe durante esse momento está preocupada com o filho que quer sair do consultório, chora e resmunga. Ela mexe na bolsa, oferece uma mamadeira para a criança e olha às vezes para a médica balançando a cabeça afirmativamente. Não pareceu estar interessada em entender as explicações da residente. Ela pede para a médica anotar em um papel tudo o que a criança precisa comer, para que ela peça para a avó paterna comprar, pois senão ela não acreditará na sua palavra. A residente termina as orientações, indica a data do retorno e diz: “*Você não tem nenhuma dúvida, né?*” A mãe diz que não, despede-se da médica e sai do consultório enquanto essa ainda está sentada na sua cadeira, terminando as anotações no prontuário.

Consulta realizada no final do estágio

Após a discussão com o supervisor, a residente retorna ao consultório para finalizar a consulta. Inicia as orientações a respeito da alimentação de forma enfática, baseada nas informações que obteve durante o questionamento sobre o diário alimentar.

A médica diz: “C” *tem que comer mais verduras e legumes. Não se deve bater a sopa no liquidificador*”. A residente apenas prescreve as mudanças na alimentação, sem buscar o envolvimento da opinião da mãe nessa conduta. Enquanto a residente faz as orientações, a mãe olha esporadicamente para a médica e balança a cabeça afirmativamente sem nada dizer.

Notou-se que muitas das questões referidas pela mãe não são respondidas pela médica. Esse fato pôde ser ilustrado pela referência da tosse que provoca alteração da coloração da pele e engasgos. Não se observou retomada desse relato da mãe em nenhum momento da consulta.

Em relação ao encaminhamento para a imunologia, a residente elabora um relatório para que a mãe leve à consulta, mas não se observou esclarecimento a respeito da demora na marcação dessa consulta que é claramente umas das preocupações maternas.

A respeito do exame solicitado na internação e que não foi realizado, o EED, radiografia contrastada de esôfago- estômago- duodeno, a resposta da médica é técnico-científica e a entonação de voz da residente sugeriu que ela não considera relevante a preocupação da mãe.

Médica: “Endoscopia é melhor que EED para ver o refluxo. Então, EED depois da endoscopia não faz tanta diferença assim! A mãe escuta a explicação da médica, sua expressão facial sugeriu seriedade, ela cerra os lábios e balança as pernas.

*Mãe: “A médica lá de cima disse que EED é melhor que endoscopia!”
(fala enfática)*

Médica: “EED é para ver mal-formação e endoscopia vê por dentro. Refluxo toda criança tem. É preciso ver se dá problema ou não” (tom de voz incisivo)

Mãe: “Então, é que ela já teve 4 pneumonias!” Silêncio.

A residente pareceu desistir da argumentação. A mãe olha para a residente que folheia o prontuário. A médica não continua a conversa e muda de assunto explicando que a consulta é um pouco chata porque tem que perguntar e anotar um monte de coisas.

Durante essas orientações a mãe mantém-se séria, afastada da mesa da médica, sem nada pronunciar. Essa observação pôde sugerir descontentamento por parte da mãe com a forma como a médica faz as orientações .

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não foram observadas modificações no final do estágio em relação a essa categoria. A residente não envolve a mãe no momento das orientações e decisões e não pareceu que a médica note o possível descontentamento ou desacordo da mãe com o modo como foram tomadas as condutas e provavelmente com o conteúdo delas também.

Além das categorias previamente estabelecidas alguns pontos emergem da observação dessas consultas permitindo a elaboração de:

4.3.7.2 Categorias empíricas:

Categoria empírica (a): interação com a criança

Consulta realizada no início do estágio

A residente interage pouco com a criança durante a consulta, inclusive no momento do exame físico, e a comunicação restringe-se a pequenas frases desprovidas de objetivos como: “Ei “G” não chora não!” ou nomeação da criança inespecificamente: “Gabriel, oh Gabriel”.

Consulta realizada no final do estágio

A criança dorme durante toda a realização da anamnese, não permitindo observar a interação da residente com a criança nesse momento. Durante o exame físico, a médica realiza os procedimentos semiológicos de forma sistemática e não conversa com a criança, apenas utiliza duas pequenas frases no início da consulta: “Ei tá com sono, né?” “Vamos sentar?”

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A residente não modifica seu modo de interagir com a criança no final do estágio. Nas duas consultas, considerando a diferença das faixas etárias, a residente não estabelece uma conversa com a criança.

Categoria empírica (b): prontuário como principal fonte de informação*Consulta realizada no início do estágio*

A residente conversa muito pouco com a mãe e, quando isto ocorre, é apenas para checar as informações contidas no prontuário. Não se notou interesse da médica em explorar a história da mãe, ela contenta-se com as informações registradas no prontuário.

Consulta realizada no final do estágio

No final do estágio, a residente mantém seu modo de conduzir a consulta baseado nas informações contidas no prontuário. A postura da médica sugeriu desinteresse pela fala da mãe. Frequentemente apoia a cabeça na mão e não olha para a mãe durante vários momentos da consulta. Enquanto a médica verifica as informações registradas no prontuário a mãe mostra-se bastante descontente. Mantém uma fisionomia séria, responde as perguntas da médica de forma ríspida e objetiva.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não foram observadas modificações em relação a essa categoria no final do estágio.

4.3.8 Residente nº 8

A residente denominada de número 8 tem 26 anos e formou-se no ano de 2006 na Faculdade de Medicina de Marília. Durante a graduação atendeu em unidades básicas de saúde e ambulatório de clínica médica, cirurgia, ginecologia obstetrícia e

pediatria por períodos curtos de tempo, mas sem agenda própria de retornos. Referiu que nunca teve oportunidade de discutir o modelo centrado no paciente ou as habilidades de comunicação durante a graduação.

Contexto da consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é um menino de 5 anos de idade, aqui denominado de “T” e que vem à consulta acompanhado pela mãe. Trata-se de uma mãe jovem de aproximadamente 30 anos de idade, aposentada e que tem uma doença psiquiátrica denominada por ela de distúrbio bipolar. A mãe conta que até um ano atrás sua irmã tinha a guarda provisória de “T”, pois ela permaneceu internada por algum tempo em decorrência do problema psiquiátrico. No momento “T” voltou a morar com a mãe e a bisavó. Os pais do menino são separados há 1 ano e meio, mas “T” vê o pai uma vez por semana por algumas horas. A criança frequenta uma escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) e a mãe conta que ele está bem adaptado. O menino foi encaminhado após internação na enfermaria do Hospital Universitário por crise asmática. Durante a consulta, a criança chora muito, tenta interromper a conversa entre a mãe e a médica várias vezes. Observou-se dificuldade da mãe e da residente em contornar a situação. Este cenário parece bastante tenso, principalmente no início da consulta.

Contexto da consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é um menino de 8 anos de idade, aqui denominado de “F”, que vem acompanhado por sua mãe. “F” nasceu na Bahia e veio para São Paulo aos 8 meses de idade junto com o pai, a mãe e a irmã de 9 anos. A família mora na favela, a casa é de alvenaria e tem a água encanada, mas o esgoto situa-se próximo à residência. A mãe de “F” tem 31 anos de idade, estudou até a 5ª série do ensino fundamental e trabalha em uma mercearia própria que fica junto à casa. O pai de “F” tem 33 anos de idade, estudou até a 5ª série. “F” foi encaminhada para o ambulatório por quadro de dores abdominais frequentes e episódios de diarreia. A mãe conta que “F” nasceu na época certa, sem ajuda médica ou de parteira, na cama do hospital, no interior da Bahia e que aos 4 dias de vida iniciou um quadro de diarreia e foi “desenganado” pelos

médicos, mas sobreviveu. Desde então, tem episódios frequentes de dor abdominal acompanhados ou não por diarreia.

4.3.8.1 Categorias gerais

Categoria geral (1): compreensão da queixa principal referida pelos pais

Consulta realizada no início do estágio:

A residente inicia a consulta por meio de uma pergunta aberta o que pode facilitar o relato das queixas:

Médica: “O que aconteceu com o “T”?”

Mãe: “Ele tem asma. Ele não tá bom, não! Não está se alimentando! Ele se internou do dia 7 ao dia 13 e então eu marquei a consulta! Ele tem problema grave de asma. Já tá cansado de novo, não consegue comer!”

A mãe narra esses fatos com ênfase, sugerindo preocupação com o problema de saúde do filho, no entanto a residente não verifica ativamente se a primeira queixa referida é a principal preocupação da mãe na consulta. A médica mantém contato visual com a mãe, não interrompe o seu discurso e utiliza perguntas fechadas para o entendimento da história: “*Você falou que ele tem asma. Quando começou?*” Observou-se, porém que a tranquilidade inicial da médica é abalada por sua dificuldade em contornar as interrupções provocadas pela criança no início da consulta. A residente pareceu tensa durante os primeiros 30 minutos da entrevista, mas depois a criança adormece e ela recobra a tranquilidade.

A observação da consulta não permitiu identificar que a médica busque as explicações da mãe para o quadro de sibilância e internações de “T”, mas a mãe refere sua hipótese enquanto a residente investiga os dados técnico-científicos do problema de saúde da criança. No entanto, a residente explora de forma insuficiente o relato da mãe.

Médica: “Como é a crise dele?”

Mãe: “O problema é que ele começa a não querer se alimentar e vai ficando fraco! E aí começa a vir esses problemas, entendeu?”

A residente pareceu não identificar a explicação da mãe para as crises de asma, não explora a questão e continua com as perguntas para entendimento da doença.

Não foi observada exploração por parte da médica da repercussão do adoecimento da criança na rotina diária da mãe ou do menino. Não se notou exploração dos medos ou sofrimentos envolvidos com o problema de saúde apresentado pela criança. A observação da consulta não evidenciou busca ativa dessas questões por parte da residente por meio de perguntas como, por exemplo: *“Como a senhora (ou você) se sentiu quando “T” foi internado? “Como ficou a rotina da sua casa com a internação de “T”?”*. Também não foi notada iniciativa por parte da mãe em expor essas questões para a residente.

Consulta realizada no final do estágio

A residente inicia a consulta por meio de uma pergunta aberta o que pode facilitar o relato por parte da mãe do problema de saúde da criança que a preocupa naquele momento.

Médica: “O que está acontecendo com o “F”?”

Mãe: “É para contar a história dele, né?”

Médica: “Ahã!”

A médica está ereta na cadeira, próxima à mesa de entrevista, mantém contato visual com a mãe e com o menino, sorri e balança levemente a cabeça afirmativamente, enquanto a mãe conta a história sobre o adoecimento do filho, sugerindo interesse pelo relato e incentivo para que a mãe conte a história. Enquanto a mãe narra os acontecimentos desde o nascimento da criança, a residente não a interrompe e utiliza algumas perguntas fechadas para entendimento da história. A mãe coloca-se próxima à mesa da médica, fala com calma e clareza em um tom de voz suave. O menino também pareceu atento à conversa, pois olha ora para a residente ora para a mãe durante o diálogo estabelecido entre elas e participa quando é solicitado.

O interesse pela compreensão da história pode ser observado nos momentos em que a residente resume o conteúdo da narrativa da mãe, permitindo que ela confirme a

história e faça correções quando necessárias. Somente após esse resumo a médica registra a história da criança no prontuário.

A fala da mãe permitiu inferir que uma das possíveis explicações dela para os frequentes episódios de diarreia do filho seja a verminose, pois segundo a mãe, ele toma água de torneira quando está aos cuidados de outras pessoas.

Mãe: “Eu pensei que tinha que ver se ele tinha verme como aconteceu antes!”

Médica: “Mas ele tratou verme atualmente?”

Mãe: “Eu comprei remédio pra verme na farmácia e dei para ele!”

Médica: “É melhor só dar remédio com orientação médica”

A residente pareceu não identificar a verminose como uma explicação dada pela mãe para o atual problema de saúde do filho, comenta o uso de medicações sem orientação médica, mas não explora a questão.

Pela observação do relato da história abaixo descrito é possível que a mãe também associe o problema das dores abdominais e os episódios frequentes de diarreia à intercorrência do período neonatal (parto na cama sem assistência, diarreia desde os quatro dias de vida com “desengano” por parte da médica), mas a residente pareceu não reconhecer como relevante essa informação para o entendimento da história, pois não a explora.

Mãe: Acho que muita coisa que acontece com ele foi por causa disso!”

Após a fala da mãe, a residente não continua a história e reinicia as perguntas da ficha semiestruturada.

A residente não explora ativamente a vivência com o adoecer da criança, como repercussões na rotina de vida da mãe ou do menino. Não se observou busca ativa dos sofrimentos e medos envolvidos com o problema de saúde referido inicialmente. No entanto, o modo como a médica conduz a consulta, por meio de perguntas abertas e fechadas, permitindo o livre discurso da mãe a respeito do problema de saúde do filho, sem interrupção, pode ter facilitado o relato dessas questões: *“Quando ele tinha 8 meses de idade eu vim para São Paulo para tentar descobrir o que ele tinha!”* (mudança de cidade para cuidar do problema de saúde da criança). No entanto, a residente pareceu não reconhecer como significativo esse relato da mãe para o entendimento adequado do

problema de saúde da criança. Isso pôde ser inferido pela observação do conteúdo apenas técnico-científico encontrado nas perguntas fechadas que foram elaboradas para o entendimento da doença de “F”. A mãe não expõe espontaneamente os sentimentos envolvidos com o adoecimento do filho.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram modificações em relação a essa categoria. A residente conduz a consulta de modo a facilitar os relatos da mãe inclusive em relação aos aspectos emocionais envolvidos, mas não os explora. A médica mantém o enfoque da conversa nos sinais e sintomas referentes ao problema de saúde da criança.

Categoria geral (2): compreensão de outras queixas

Consulta realizada no início do estágio:

Observou-se que as demais queixas da mãe são referidas espontaneamente durante a entrevista, enquanto a residente obtém informações sobre o adoecimento da criança, no caso a asma, ou quando a médica preenche a ficha de anamnese semiestruturada.

Esses relatos por parte da mãe possivelmente foram facilitados pelo modo como a residente mantém a conversa. Notaram-se curtos períodos de silêncios após as perguntas que pareceram permitir a elaboração de respostas por parte da mãe. Além disso, a residente não interrompe a fala da mãe e comumente mantém contato visual com ela.

Uma questão que aparece frequentemente é relacionada com a alimentação de “T” que surge quando a residente faz perguntas objetivas sobre a asma: “*Como é a crise dele?*” Mãe: “*O problema é que ele começa a não querer se alimentar e vai ficando fraco! E aí começa a vir esses problemas, entendeu?*”, a médica questiona sobre o diário alimentar nesse momento: “*O que ele janta?* Mãe: “*Ah, só pão e leite, não adianta, ele não come nada*”, e no final da consulta, enquanto a residente faz anotações no prontuário: “*O que eu vou fazer para esse menino comer?*”

A preocupação com o comportamento da criança também surge várias vezes na consulta: *“Ah, meu deus! Esse nervoso dele também não sei do que é!”* O tom de voz da mãe nesse momento sugeriu tensão e preocupação. Pôde-se inferir que a médica explora essa questão quando permite que a mãe conte livremente sobre a terapia do filho, a guarda provisória da tia até um ano atrás e sua dificuldade em colocar limites no menino. A residente pareceu favorecer a fala da mãe por meio do contato visual, gestos encorajadores como o leve balançar de cabeça e perguntas como: *“Desde quando ele é assim?”*

Outras questões surgem quando a residente interroga sobre os diversos aparelhos: *“Acho que o olho dele é meio pra dentro!”*, *“Queria que você olhasse um buraquinho aqui nas costas!”*

Notou-se busca ativa da residente apenas no final da consulta: *“A senhora quer perguntar mais alguma coisa?”*. Nos outros momentos é a mãe quem toma a iniciativa de relatar as questões.

Apesar de sugirem diversas preocupações da mãe durante a consulta, possivelmente pela facilitação por parte da residente, observou-se que ela as explora de forma insuficiente.

Por exemplo, quando a mãe diz que “T” não pode mexer no sabão da pia, o menino fica muito bravo, chora, a mãe puxa sua orelha e diz: *“Acho que ele está nervoso, sei lá, devido ao estado que ele está!”* A médica explora: *“Ele não é assim em casa?”* Mãe: *“Não, ele tá fazendo terapia! Os médicos disseram que ele tinha irritabilidade!”* A mãe conta isso e muda de assunto dizendo que o nariz do filho está escorrendo e a médica não retoma o assunto.

Não se observou exploração dos sofrimentos e dos medos associados aos problemas referidos e nem a repercussão na vida da mãe e da criança das questões mencionadas.

Consulta realizada no final do estágio

A observação da consulta permitiu notar que a residente busca ativamente outras queixas da mãe sobre a saúde do filho: *“Alguma outra queixa?”*. Observou-se silêncio por algum tempo após a pergunta, contato visual entre a mãe e a médica o que sugeriu que a residente aguarda o relato da mãe. Quando esta balança a cabeça negativamente

significando que não existe outra queixa, então, a residente segue as perguntas do roteiro de anamnese semiestruturado. Os relatos da mãe durante o preenchimento da ficha semiestruturada pareceram mais respostas às perguntas objetivas da médica do que problemas relevantes. Este fato foi sugerido pelo modo como a mãe refere a questão, com pouca ênfase na fala e tom de voz tranquilo.

Médica: “Tem problema de dor de cabeça?”

Mãe: “Às vezes, ele tem que usar óculos, mas não usa! Diz que incomoda!”

Médica: “Teve que internar alguma outra vez, além daquela de quando ele nasceu?”

Mãe: “Quando ele tinha 6 anos uma mesa de mármore caiu no pé dele e esmigalhou tudo! Teve que internar!”

No entanto, a residente não explora ativamente se as respostas obtidas por meio do roteiro de anamnese são ou não preocupações da mãe. Não se observou busca pelos sentimentos envolvidos com os relatos da mãe ou a repercussão na rotina da família e da criança das questões mencionadas.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A modificação observada relacionou-se a busca ativa por outras queixas. Apesar disso, a exploração desses aspectos continua sendo insuficiente e basicamente apoiado nos aspectos técnico-científicos dos problemas.

Categoria geral (3): compartilhamento das orientações e decisões

Consulta realizada no início do estágio

Comumente notaram-se orientações precoces ainda durante a realização da anamnese. Observou-se que, enquanto a residente registra as informações da história da criança no prontuário, a mãe retoma a questão da alimentação: “O que vou fazer para esse menino comer?” A médica responde a questão comentando que naquele momento “T” está doente e não terá mesmo fome, mas que poderia melhorar a aceitação alimentar se a mãe fracionasse a dieta e oferecesse alimentos da sua preferência. A residente

pareceu esquecer que a dificuldade de se alimentar é anterior ao problema agudo e assim pode ter dado uma resposta insuficiente para o esclarecimento e tranquilização da mãe. Esta olha para a médica e balança a cabeça afirmativamente sem nada dizer.

Nem todas as perguntas da mãe são respondidas pela médica e quando isso ocorre, as respostas pareceram insuficientes, principalmente porque se restringem aos conteúdos técnico-científicos.

As questões como o “furinho nas costas”, “olhar desviado”, o comportamento difícil do filho e a dificuldade da mãe em colocar limites ficam sem resposta mesmo durante a finalização da consulta. A resposta poderia ser baseada, por exemplo, na programação de seguimento, no qual essas questões poderiam ser analisadas.

Na finalização da consulta, observou-se que a residente, com uma postura ereta e próxima à mesa, expõe o diagnóstico e orienta a proposta terapêutica com clareza, utilizando vocabulário simples e sem jargões. Notou-se que a residente prioriza a resposta para o problema respiratório por meio da solicitação de exames complementares e de observação rigorosa da sintomatologia de “T” em casa.

Quando a médica pergunta se a mãe tem alguma dúvida ela coloca: *“Por que esse menino está tendo essas coisas?”* A residente supõe que a dúvida se refere à asma e oferece explicações técnico-científicas a respeito da doença. Essa resposta não abrange os sentimentos, medos ou preocupações que podem estar associados à pergunta da mãe. Esta pareceu ouvir as decisões da residente, pois está olhando para ela, mas balança a cabeça afirmativamente sem nada comentar e a médica não verifica a concordância ou não da mãe com as orientações oferecidas.

Consulta realizada no final do estágio

Observou-se que algumas orientações são feitas durante a realização da anamnese. É o caso da orientação a respeito do uso de óculos pela criança que pareceu não preocupar a mãe nesse momento, assim como a constatação da baixa ingestão de leite por “F” obtida após a análise de o dia alimentar da criança. Notou-se que os comentários e orientações feitos pela residente nesses momentos, além de conterem apenas aspectos técnico-científicos, podem ter sido pouco efetivos. A médica orienta

que deve tomar mais leite e a mãe diz que ele é como ela, não gosta de leite e assim termina a conversa sobre a questão.

Na finalização da consulta, quando a residente volta da discussão com o supervisor, a mãe refere: “*E agora, o que vamos fazer?*” sugerindo preocupação com a resolução do problema. A residente explica que precisará de mais informações para formular um diagnóstico correto e solicita à mãe que faça anotações a respeito dos horários e características das fezes da criança e dos alimentos consumidos. Pede que a mãe não fique preocupada, pois eles descobrirão a causa do problema de saúde de seu filho.

A médica solicita também exame de fezes para “F”. A residente não envolve a opinião da mãe nas decisões e nem verifica a concordância dela com as orientações fornecidas. A mãe afasta-se da mesa da residente, postura bastante diferente daquela que manteve durante toda a entrevista, olha para a médica enquanto esta fala e balança a cabeça afirmativamente sem fazer nenhum comentário, o que pode sugerir insatisfação com a forma ou conteúdo das orientações.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram modificações no final do estágio em relação a essa categoria. Apesar de no final do estágio a médica parecer estimular mais a narrativa da mãe, as informações obtidas desse modo são insuficientemente utilizadas pela residente. Esta mantém o modo de orientar as propostas terapêuticas, sem participação da mãe.

Além das categorias gerais previamente estabelecidas alguns pontos emergem da observação dessas consultas permitindo a elaboração de categorias empíricas.

4.3.8.2 Categorias empíricas:

Categoria empírica (a): interação com a criança

Consulta realizada no início do estágio

A interação com a criança nesta consulta pareceu particularmente difícil em decorrência do provável problema de saúde mental apresentado pela mãe, com possível repercussão no comportamental da criança.

A residente apresenta-se e cumprimenta a criança especificamente no início da consulta o que deveria favorecer o estabelecimento da relação entre ela. No entanto, quando a residente inicia a conversa com a mãe, nos primeiros momentos da entrevista, a criança começa a chorar de forma aparentemente inexplicável, tenta interromper a fala da mãe e da médica e então: “*O que foi “T”?*” pergunta a residente. O choro passa, mas o menino bate com a mão na mesa, mexe nos papéis da residente, olha para a mãe, puxa a bolsa do colo dela, levanta da cadeira e vai mexer no sabão da pia: “*T*”, *isso não pode mexer!*” diz a médica com tom de voz ríspido e aparentando incômodo com o comportamento do menino. “*A torneira fecha sozinha?*” pergunta a criança, “*A torneira fecha sozinha!*” responde a médica em tom de voz mais suave e meigo nesse momento.

A criança continua andando pelo consultório, mexe novamente na pia, arrasta e bate com a mão na cadeira. A mãe irrita-se, levanta da cadeira e briga com o menino. A residente oferece uma espátula para a criança, mas esta começa a chorar e diz que quer uma espada de verdade. No meio dessa agitação dentro do consultório, a residente insiste na conversa com a mãe para obter informações a respeito do adoecimento da criança. Porém, “*T*” continua andando agitadamente pelo consultório, ora mexendo no mobiliário, ora tentando conversar com a mãe em tom de voz alto e às vezes choramingando. A residente pergunta para a criança se gostaria de desenhar e oferece-lhe um papel. A criança não aceita e chora novamente.

Aos 18 minutos de consulta a residente pareceu desistir de interagir com a criança e tenta concentrar-se na anamnese, mas a conversa é sempre entrecortada pela intervenção da criança e a residente, apesar de não alterar o tom de voz ou o comportamento, tem uma expressão, agora, séria.

Aos 30 minutos de consulta, o menino senta no colo da mãe e adormece. A partir daí a médica relaxa e a consulta segue apenas com a mãe.

A descrição anterior pretendeu apontar que o modo como a residente interage com a criança sugeriu busca apenas pelo controle da agitação e não pela inclusão da criança na consulta por meio do entendimento do seu comportamento. Não se notou também que a residente buscasse conversar com a criança a respeito de seu problema de saúde.

Consulta realizada no final do estágio

Nessa consulta pôde-se observar boa interação da residente com a criança. Esta interação começa na recepção da família, quando a médica cumprimenta a criança e apresenta-se para ela especificamente.

Durante a anamnese a residente dirige-se ao menino, indagando sobre seu problema da saúde. A médica utiliza o mesmo tom de voz para conversar com a mãe e com a criança. Após a mãe relatar a história do adoecimento do filho, a residente olha para “F” e diz: “*E aí “F”, o que você acha disso tudo?*” O menino olha para a residente, senta-se na ponta da cadeira, mas não responde nada e depois de alguns segundos a médica continua:

Médica: “Te incomoda tudo isso?”

Criança: “Incomoda!” A criança fala muito baixo na consulta, mas utiliza um tom de voz esperado para sua idade.

Médica: “Por que? Dói a barriga?”

Criança: “Ahã.” E balança a cabeça afirmativamente.

Médica: “e como são as fezes? Têm sangue?” O menino balança a cabeça negativamente

Interessante ressaltar que a residente não checa as informações dadas pela criança, apenas complementa os dados com a mãe por meio de perguntas fechadas, o que sugeriu consideração pelas respostas da criança.

Notou-se que a criança permanece atenta durante toda a consulta, aproxima-se da mesa da residente e, às vezes apoia os braços sobre ela quando a médica lhe faz

perguntas, sugerindo interesse em participar da entrevista. No momento das orientações, a residente conversa apenas com a mãe.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Esta categoria apresentou modificações no final do estágio. Apesar de a criança da primeira consulta parecer difícil de conversar, o modo como a residente se dirige a ela não sugeriu tentativa de incluí-la na consulta. Ao contrário, a entrevista no final do estágio, sugeriu busca por parte da residente pela participação efetiva da criança em todos os momentos da consulta. A médica conversa com o menino a respeito dos problemas de saúde e não confere suas respostas com a mãe. No entanto, a residente não considera a opinião da criança na elaboração das orientações e decisões a respeito de seu problema de saúde, além disso, dirige-se apenas à mãe nesse momento.

Categoria empírica (b): explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado

Consulta realizada no início do estágio

Após a coleta de informações referentes à demanda da mãe e do motivo do encaminhamento, a residente explica que fará uma série de perguntas para conhecer os dados da gestação e do parto e, então, começa com as perguntas fechadas: “*Ele nasceu bem, né?*”

Neste momento da entrevista a médica apoia a mão no rosto e abaixa o tom de voz, parecendo menos interessado na conversa. A mãe responde às perguntas objetivas, mas aproveita para expor suas questões.

Consulta realizada no final do estágio

Nessa consulta, observou-se utilização menos sistemática do roteiro de anamnese semiestruturado, o que pode ter contribuído para o bom fluxo da conversa e para o clima acolhedor observado durante toda a entrevista. Não se observou explicações a respeito da necessidade de preenchimento do roteiro de anamnese, o que

pode sugerir maior compreensão da sua relevância no entendimento da história da criança.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Essa categoria apresentou modificações, pois na segunda consulta, a residente utiliza o roteiro de anamnese de forma menos sistemática e não houve explicações para a mãe, em nenhum momento da entrevista, a respeito de sua utilização.

Categoria empírica (c): explicação a respeito dos procedimentos do exame físico

Consulta realizada no início do estágio.

Durante o exame físico, não se observaram explicações da médica para a mãe ou para a criança em relação aos procedimentos semiológicos. Mesmo nos momentos em que o menino não quer ser examinado, a residente não explica o motivo para a realização dos procedimentos e nem oferece um tempo para a criança tentar superar esse período de estresse. Notaram-se apenas frases como: “*Você não quer ir embora? Então vamos acabar logo!*”

Consulta realizada no final do estágio

A residente conversa com a criança durante o exame físico e comenta o que fará: “*Vou escutar o coração*” “*Vou ver a garganta*”, mas não explica para a criança e nem para a mãe o motivo pelo qual ela está realizando os procedimentos.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Observaram-se modificações nessa categoria. A residente, no final do estágio, apesar do modo ainda insuficiente, conversa com a criança a respeito do exame físico, o que não ocorreu na primeira consulta.

4.3.9 Residente nº 9

A residente dessa consulta tem 24 anos e formou-se na Universidade Federal da Bahia em 2006. Durante a graduação atendeu em ambulatório de várias especialidades, períodos curtos de tempo, sem clientela própria, ou seja, sempre atendia um paciente diferente. Nunca teve a oportunidade de discutir o modelo centrado no paciente ou as habilidades de comunicação.

Contexto da consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é uma menina de 1 mês de idade, aqui denominada de “I”, e vem à consulta acompanhada pelos pais após internação na enfermaria do Hospital Universitário por icterícia neonatal. A mãe tem 30 anos, é professora com ensino superior completo e o pai tem 34 anos, completou o ensino médio e é encarregado em uma construtora. “I” é a primeira filha do casal e é evidente a insegurança de ambos no cuidado da filha. Várias vezes durante a consulta a mãe demonstra preocupação com a alimentação da criança e com o peso. “I” regurgita bastante, segundo os pais, e parece que isso aumenta as preocupações da família.

Contexto da consulta realizada no final do estágio:

A criança atendida é uma menina de 3 meses de idade, aqui denominada de “S”, que vem à consulta acompanhada pela mãe. Esta tem 28 anos de idade, terminou o ensino médio e é supervisora financeira. O pai tem 36 anos, também tem ensino médio completo e trabalha como vigilante. Na casa de 3 cômodos moram os pais, a menina, sua irmã de 13 anos, a avó materna e um tio da criança. “S” foi encaminhada para o ambulatório após internação por tosse coqueluchoide acompanhada de episódios de cianose.

4.3.8.1 Categorias gerais

Categoria geral (1): compreensão da queixa principal referida pelos pais

Consulta realizada no início do estágio

Os pais entram na consulta e parecem tensos. Eles sentam-se eretos, “T” permanece no colo do pai durante toda a consulta e a mãe, logo no início da entrevista, mostra para a residente o resumo de alta, a carteira de saúde da criança e fala em tom de voz baixo e tenso, o que sugeriu preocupação. A residente inicia a consulta normalmente. Esse clima de preocupação permaneceu durante toda consulta.

A observação da entrevista sugeriu que a residente tem dificuldade em identificar a principal demanda da mãe na consulta.

A médica inicia a entrevista afirmando que “T” foi internada por icterícia e que por isso foi encaminhada para o ambulatório e direciona a história para o motivo da internação. A médica supõe conhecer o motivo do encaminhamento. Esse modo de conduzir a consulta pode dificultar o relato pelos pais das principais queixas nesse momento. Mesmo assim, a família busca expor sua preocupação, mas a residente pareceu não identificá-la:

Médica: “Por que a “T” foi internada?”

Mãe: “Ah, ela não dormiu bem a noite inteira, chorava de hora em hora. É a primeira filha, sabe? Então fiquei preocupada! Resolvi vir aqui e os médicos notaram que ela estava amarelinha e o exame de sangue deu alto e teve que internar!”

Médica: “Você não tinha percebido que estava mais amarelinha?”

Mãe: “Não. Achei que estava igual do hospital!”

Médica: “Ela estava mamando bem?”

Mãe: “Não! E quase não deram alta para ela porque não estava ganhando peso! Ela mama toda hora, mas pouquinho, acho que não é suficiente! E aqui na internação ela vomitava todo o leite pela boca!”

Médica: “Ahã, ahã.”

O diálogo acima descrito sugeriu que o motivo da internação não se relaciona com a preocupação inicial dos pais. A mãe fala de sua preocupação num tom de voz tenso, mas enquanto ela narra os acontecimentos, a residente registra informações no prontuário, não mantém contato visual com os pais e balança a cabeça afirmativamente, várias vezes, o que sugeriu pouco interesse pela queixa da mãe e pressa para terminar o assunto.

A médica frequentemente interrompe o relato dos pais e fala ao mesmo tempo em que eles, não para mudar de assunto, mas para dar explicações técnico-científicas a respeito das colocações da mãe.

Observou-se que a residente supõe conhecer o que ocorreu na internação e resume para a mãe:

Médica: “Então, ela estava amarelinha e internou para fototerapia, foi isso?”

Pai: “Sim e um dia colocaram dois refletores em cima dela e aí ela vomitou muito mesmo!”

Mãe: “Eu fiquei assustada! E aí colocaram na.....O médico não deixa a mãe terminar a frase, interrompe e completa:

Médica: “Rampa (faz movimento com a mão exemplificando uma rampa)”

Mãe: “É. E deram Digesan e disseram para eu ficar uns 30 minutos com ela em pé após as mamadas!”

Apesar de a médica não utilizar durante a consulta o prontuário como fonte de informação, notou-se que considera conhecida a história e interessa-se pouco pela narrativa da mãe nesse momento.

A conversa estabelecida entre os pais e a residente dificulta o livre discurso da mãe, e conseqüentemente, do relato de suas preocupações de forma clara e plena. Esse modo de conversar pode impedir que a residente compreenda corretamente a demanda desses pais. A médica interrompe a mãe frequentemente com a fala ou com um balançar vigoroso da cabeça ou com expressão do tipo; “*Ahã, ahã*” que pareceu, nesse caso, desestimular a narrativa da família.

Não se notou busca, por parte da residente, da exploração das ideias dos pais mesmo em relação à internação e ao encaminhamento, que são o foco da residente no início da consulta.

A observação da consulta sugeriu que a residente não explora a repercussão da internação na rotina de vida dos pais. Os sentimentos envolvidos com essas questões não são pesquisados.

Vale ressaltar que o pai da criança busca participação muitas vezes durante o início da consulta, respondendo a algumas perguntas, mantendo-se atento e olhando para a residente durante a entrevista. No entanto, a médica dirige preferencialmente as perguntas para a mãe, deixando o pai excluído da consulta, o que pôde ser sugerido por sua postura cada vez mais afastada da mesa da médica no decorrer da entrevista.

Consulta realizada no final do estágio:

A residente inicia a consulta dizendo que olhou o prontuário e que sabe que “S” foi internada.

Médica: “Por que ela ficou internada aqui?”

Mãe: “Porque ela teve crises de tosse e ficava roxinha! Aí, ela teve uma crise muito forte na 4ª feira! Ficou roxa, virou os olhos, quase não voltava! Mas com muito custo eu fiz ela voltar! Aí levei no convênio e trataram como início de pneumonia e deram amoxicilina e inalação e mandaram para a casa. Só que “S” teve outra crise no carro e outra crise em casa e então eu resolvi trazer para o HU. Ela teve uma crise na frente do médico e resolveram internar”

Apesar de a residente iniciar a entrevista com uma pergunta que direciona para o motivo do encaminhamento, como permite o livre discurso da mãe e estimula seu relato por meio de contato visual e gestos encorajadores como o balançar da cabeça, é possível que tenha facilitado o relato da principal queixa da mãe nessa consulta. No entanto, a médica não verifica ativamente se essa primeira questão referida é a principal preocupação da mãe no momento da entrevista.

A médica não utiliza o prontuário em nenhum momento da consulta, apesar de conhecer seu conteúdo, e permite que a própria mãe relate os acontecimentos.

A residente faz perguntas fechadas para entendimento dos aspectos técnico-científicos da história. A mãe relata longamente os fatos relacionados com o adoecimento da criança e também expõe uma possível explicação para o quadro respiratório apresentado pela filha.

Mãe: “Eu também estava com tosse e fui ao médico e disse que tinha uma filhinha de 2 meses e que não podia passar pra ela de jeito nenhum! Ele deu apenas um remédio natural para tosse e amoxicilina!”

A médica anota no prontuário nesse momento, não olha para a mãe durante sua fala e não explora o relato. Essa observação sugeriu que a residente não ouve completamente o relato ou, então, que se desinteressa por esta parte da história. Durante esse momento da entrevista, a médica pareceu ter coletado as informações que necessita a respeito da história da doença, pois vira a página da ficha de anamnese, cruza os braços, encosta-se na cadeira e aguarda o término da narrativa da mãe.

No entanto, no final do relato da mãe, quando ela comenta que a tosse voltou há alguns dias, a médica diz: “E você acha que é o que?” buscando compreender a explicação da mãe que relata ser gripe, pois a tosse não era tão intensa e a criança não ficava mais roxa.

Aos 37 minutos de consulta, a médica explora os sentimentos envolvidos com a internação de “S” .

Médica: “Como foi para você esta questão da internação?”

Mãe: “Eu preferi que ela ficasse internada, pois aqui vocês têm recursos! Eu fico muito aflita em casa! Mesmo que a doutora dissesse para eu ir embora para casa eu não iria!” (tom enfático)

Outro exemplo:

Médica: “E como foi para a família?”

Mãe: “Ah, ficou todo mundo nervoso, na expectativa porque ela é muito pequena!”

Médica: “E você? Como está agora? Como você está se sentindo?”

Mãe: “Eu fiquei muito preocupada, mas procuro ficar tranquila, pois sei que se eu amamentar eu passo tudo para ela! No segundo dia de internação ela já estava bem”

A observação da consulta não permitiu notar exploração da repercussão da internação na rotina da criança.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

A residente apresentou modificações nessa categoria no final do estágio. Apesar da ausência de busca ativa pela principal queixa da mãe, o modo como a residente conduz a consulta pode ter permitido a exposição pela mãe de sua preocupação. A médica explora sentimentos relacionados ao adoecimento. Em alguns momentos aborda as explicações dos pais para o problema referido.

• Categoria geral (2): compreensão de outras queixas

Consulta realizada no início do estágio

Aos 10 minutos de consulta, a residente inicia o questionamento a respeito da gestação, parto, alimentação, desenvolvimento neuropsicomotor e outros problemas de saúde, por meio do roteiro de anamnese semiestruturado.

Como se não tivesse realmente ouvido todos os relatos iniciais da mãe, a residente faz a seguinte pergunta: “*Como acha que ela está? Tem alguma queixa dela?*”. Antes que a mãe possa responder, a médica faz outra pergunta: “*Está mamando bem?*”. Então a mãe começa novamente a relatar que a criança chora muito e que acha que ela mama pouco, e que vomita após todas as mamadas e que introduziu fórmula industrial. Outra pergunta do residente: “*Por que a senhora introduziu a fórmula?*”. e a

mãe diz: *“Por que fiquei com medo dela não ganhar peso!”*. A residente utiliza o roteiro de anamnese de forma rígida e sistemática.

A cada pergunta fechada do roteiro semiestruturado a mãe expõe suas dúvidas como: cólicas, assaduras, espirros, soluços, engasgos e outros. A observação da consulta permitiu inferir que a mãe é muito insegura com o cuidado da filha e repleta de dúvidas medos e preocupações.

Não se notou exploração por parte da residente dos medos e sofrimentos envolvidos com outros problemas de saúde relatados pela mãe.

Consulta realizada no final do estágio

Observou-se que a residente busca ativamente identificar e explorar outras queixas da mãe e também pareceu que a utilização do roteiro de anamnese semiestruturado é feito de forma flexível, o que pôde facilitar o relato de preocupações por parte da mãe.

Médica: “E no geral, como ela está? Algum problema?”

Mãe: “Ah, uma coisa que ela tem é muito suor na cabeça, não sei se é normal! Mesmo quando não parece que está muito quente...”

A médica ouve o relato da mãe e discute com ela as suas opiniões: *“É que às vezes, não sei se a senhora concorda, mas a gente acha que a criança tem mais frio e coloca muita roupa!”* A mãe olha para a médica e pareceu prestar atenção na sua explicação. A residente continua:

Médica: “E a senhora fica preocupada com isso?”

Mãe: “Ah, eu acho que ela fica incomodada!”

Médica: “Por que você fica preocupada?”

Mãe: “Não sei se é normal”

Médica: “Então, fica tranquila! É normal!”

A residente continua seguindo o roteiro de anamnese e identifica alterações alimentares.

Médica: “O que ela está comendo?”

Mãe: Peito mais leite de vaca!”

Médica: “Mas é porque você acha que não está sustentando?”

Mãe: “E que ela fica procurando!”

*Médica: “E o que você pretende fazer em relação a isso?
Complementar, não complementar.....”*

A mãe explica que começará a trabalhar em breve e acha importante a filha acostumar-se com o leite de vaca. A residente inicia, durante a realização da anamnese, as explicações a respeito dos benefícios do aleitamento materno e propõe a manutenção do aleitamento exclusivo.

A residente explora os sentimentos envolvidos não apenas com as queixas clínicas, mas também aqueles que se referem aos aspectos gerais da vida da criança.

Médica: “Como está para você o nenê novo?”

Mãe: “Ah, é uma novidade, né? Não queria, mas engravidei na troca de remédio.”

Médica: “Como foi a sua reação?”

Mãe: “Fiquei assustada, mas ao mesmo tempo contente e meu marido também!”

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Observaram-se modificações nessa categoria. No final do estágio a residente busca ativamente outras preocupações da mãe e explora os sentimentos envolvidos com as outras queixas referidas na consulta. Utiliza o roteiro de anamnese de modo flexível. No entanto, não se notou exploração das explicações para as questões referidas pela mãe ou identificadas pela médica e nem a repercussão dessas questões na rotina da mãe.

Categoria geral (3): compartilhamento das orientações e decisões

Consulta realizada no início do estágio

Nem todos os problemas referidos pela mãe são orientados pela residente. Notou-se comumente, que a médica explica e orienta as questões expostas pela mãe precocemente, ainda durante a realização anamnese. Em geral as respostas são baseadas

em explicações técnico-científicas e, muitas vezes, o modo como a residente as formula sugeriu que ela considera pouco importante a queixa da mãe.

A questão da dificuldade na amamentação referida pela mãe em vários momentos da entrevista é abordada pela residente por meio de explicações de como o aleitamento é bom para o crescimento da criança e para a prevenção de doenças. Outras perguntas como as cólicas, os soluços e os engasgos ficam sem nenhuma resposta.

Após a discussão com o supervisor, a residente orienta novamente os benefícios da amamentação e sugere que a mãe suspenda o complemento com fórmula industrial. A ênfase na orientação pareceu ter sido dada em função da demanda da médica e não baseada na preocupação da mãe. Novamente não se observou busca por parte da residente do entendimento da dificuldade da mãe e nem os sentimentos envolvidos com a questão. A residente fala clara e pausadamente e a mãe balança a cabeça afirmativamente, enquanto ela orienta. Assim, a orientação torna-se predominantemente prescritiva e não envolve as ideias da mãe na elaboração das condutas terapêuticas.

Consulta realizada no final do estágio

Nessa consulta novamente notou-se que várias orientações são feitas durante a realização da anamnese, mas pareceu que a médica considera a opinião da mãe, mesmo que de modo insuficiente, nas orientações feitas principalmente em relação à alimentação.

Após o questionamento direto da médica, a mãe explica que começará a trabalhar em breve e acha importante a filha acostumar-se com o leite de vaca. A residente inicia as explicações a respeito dos benefícios do aleitamento materno e propõe a manutenção do aleitamento exclusivo. A mãe comenta: “*Não sei doutora, pode ser!*” (sorriso da mãe). Médica: “*Por que você não tenta?*”. A mãe balança a cabeça afirmativamente e diz: “*ahã, ahã*”. A médica discute com a mãe sobre o aleitamento materno e busca sua concordância para as orientações fornecidas.

Após a discussão com o supervisor, a médica finaliza a consulta, agora sem dividir as ideias com a mãe, e verifica se existe ainda alguma dúvida.

Médica: “Tem alguma outra coisa que quer perguntar?”

Mãe: “Não, tudo tranquilo!”

Médica: “Mais algumas coisa que a gente ficou de conversar?”

Mãe: “Não!”

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Nessa categoria observaram-se modificações no final do estágio relacionadas com a inclusão da opinião da mãe na formulação de algumas respostas, porém ainda predominam os aspectos técnico-científicos nas orientações, como as explicações a respeito dos benefícios do aleitamento materno. No entanto, observou-se que, em relação às demandas da mãe, a orientação é prescritiva e não é considerada sua opinião na sua elaboração.

Além das categorias gerais previamente estabelecidas alguns pontos emergem da observação dessas consultas e permitem a elaboração de:

4.3.9.1 Categorias empíricas:

Categoria empírica (a): interação com a criança

Consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é um recém-nascido e não se observou nenhuma comunicação verbal com a criança e a não verbal é insuficiente mesmo durante o exame físico. A médica apenas sorri para a menina enquanto a está examinando.

Consulta realizada no final do estágio

A médica não conversa com a criança em nenhum momento da consulta, inclusive durante o exame físico, no qual a residente permanece muda.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não foram observadas modificações nessa categoria no final do estágio no ambulatório.

Categoria empírica (b): momentos de silêncio durante a consulta*Consulta realizada no início do estágio*

Observaram-se muitos momentos de silêncio, alguns com duração de 4 minutos, enquanto a residente registra as informações no prontuário. A família olha para a médica nesse momento, olha para o prontuário de forma curiosa e algumas vezes o pai chega bocejar demonstrando inadequação desse silêncio prolongado durante a consulta.

Consulta realizada no final do estágio

Essa categoria não é caracterizada nessa consulta.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Os silêncios que causam incômodos não foram observados no final do estágio no ambulatório, o que pode indicar modificação na condução da consulta.

Categoria empírica (c): explicações sobre os procedimentos de exame físico*Consulta realizada no início do estágio*

A residente examina a menina dizendo apenas: “*Vamos pesar?*”, “*Vamos medir?*”. Não se observou nenhuma antecipação da residente na explicação do significado dos procedimentos de exame físico para a família. No entanto, provavelmente por se tratar de uma mãe bastante preocupada notou-se: “*Você viu a moleira para ver se ela está desidratada? “Esse movimento de perna que ela fez agora é igual ao que ela faz quando está com cólica.”*” A residente apenas sorri.

Consulta realizada no final do estágio

Durante todo o exame físico não se observaram explicações para mãe ou para a criança a respeito dos procedimentos semiológicos.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não foram observadas modificações nessa categoria.

4.3.10 Residente nº 10

O residente denominado de número 10, é do sexo masculino, tem 26 anos e formou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2005. Durante a graduação atendeu em ambulatórios de clínica geral, cirurgia, ginecologia e pediatria com poucas oportunidades de retornos. No ano seguinte à sua formatura trabalhou como médico da aeronáutica. Durante a sua formação, prévia à residência, ele não teve a oportunidade de discutir o modelo centrado no paciente ou as habilidades de comunicação.

Contexto da consulta realizada no início do estágio

A criança atendida é uma menina, tem 9 anos de idade, aqui denominada de “M” e vem à consulta acompanhada pela mãe. Os pais são da Paraíba e vieram para São Paulo antes de “M” nascer. A menina foi encaminhada para o ambulatório após internação na enfermaria para apendicectomia, pois durante a internação a ultrassonografia de abdome evidenciou alterações na vesícula biliar.

Contexto da consulta realizada no final do estágio

A criança atendida é um menino, aqui denominado de “M”, 6 anos de idade e que vem à consulta acompanhado da mãe, cuja idade não foi possível identificar pela filmagem, mas aparentava ter por volta de 30 anos. “M” foi encaminhado para o ambulatório por um sopro cardíaco.

4.3.10.1 Categorias gerais

Categoria geral (1): compreensão da queixa principal referida pelos pais

Consulta realizada no início do estágio

O residente inicia a consulta de forma acolhedora, sorrindo, olhar direcionado para a mãe e para “M” e sentado próximo à mesa. A mãe e a criança mantêm uma postura de atenção em relação ao médico, sugerida pelo contato visual estabelecido com ele. O início da consulta pareceu um pouco confuso, pois o médico preocupa-se muito em entender as informações registradas no prontuário. O residente inicia a entrevista por meio de uma pergunta que direciona a resposta da mãe para o motivo do encaminhamento.

Médico: “O que trouxe a Jennifer aqui?”

Mãe: “Ela fez cirurgia da apendicite!”

Médico: “Certo. E antes disso?”

Apesar de o médico ter feito uma pergunta mais aberta após a resposta da mãe, não explora o relato desta e retorna para o motivo do encaminhamento.

Mãe: “Antes ela vinha muito por causa das amígdalas!”

Médico: “tá, e como ela está agora?”.

Mãe: “Ah, ela tá melhor. Tirou os 3 pontos...”

Médico: “Não está sentindo mais dor?”

Mãe: “Não. Não está sentindo mais dor...”

Nesse momento o médico está olhando o prontuário, folheando-o e não mantém contato visual com a mãe. O residente confere com ela as informações registradas durante a internação.

Médico: “E durante a internação fizeram um ultrassom e viram uma pedra na vesícula, foi isso?”

Mãe: “Não. Não falaram de pedra, parece que tinha uma lama...”

Médico: “Ah, um barro biliar...”

O médico pareceu mais preocupado em entender o que está anotado no prontuário do que escutar a narrativa da mãe. Enquanto folheia-o de forma aleatória, não se detendo a uma parte em especial, comenta que está montando o quebra-cabeça. A mãe e a criança olham para o médico pacientemente e a mãe até esboça um leve sorriso após a fala do médico.

Após alguns segundos nesse processo de folhear o prontuário, o médico põe a mão na cabeça e finalmente diz: *“Bem, agora eu já montei meu quebra-cabeça, agora a senhora me conta o que aconteceu desde o começo”*.

A mãe relata o processo de adoecimento da filha, todos os serviços médicos que procurou e todos os diagnósticos e procedimentos que foram indicados. O médico não a interrompe, mantém o olhar direcionado para a mãe, mão apoiada no rosto e faz alguns: *“ahã, ahã”* durante a fala da mãe, o que sugeriu interesse pela história. Depois que a mãe termina, o médico diz: *“Quer dizer que tudo começou há mais ou menos uma semana e só, neste último final de semana é que viram que era apendicite e resolveram operar?”*.

O residente confere as informações da história do adoecimento da criança com a mãe, demonstra interesse e a mãe, por meio de movimentos de leves balançar da cabeça afirmativamente, sugeriu concordar com as informações resumidas pelo médico. Após isso, o residente anota-as no prontuário e diz que agora entendeu.

É possível que a queixa da mãe nessa consulta seja a mesma do encaminhamento, pois relata a história que culminou com a apendicectomia de forma enfática. No entanto, o residente explora a primeira queixa referida pela mãe sem verificar se essa é, realmente, a mais preocupante para ela no momento.

O médico não questiona a respeito de medos e sofrimentos da mãe ou da criança em relação ao problema referido. Não se observou também busca das explicações da mãe para a filha ter apresentado apendicite ou a repercussão do problema na rotina da mãe e da criança.

Consulta realizada no final do estágio

O médico inicia a consulta por meio de uma pergunta aberta e permite o livre discurso da mãe, interrompendo-o com perguntas fechadas apenas para o entendimento da história.

Médico: “Conta pra mim, o que tá acontecendo?”

Após essa pergunta, a mãe refere que “M” foi encaminhado à consulta pelo sopro cardíaco identificado no pronto atendimento. Conta que 3 anos antes outro médico solicitou exame do coração devido ao sopro, mas nunca conseguiu realizar. “M” foi ao pronto atendimento por episódio de febre, dor de cabeça e cansaço. A mãe conta que lhe disseram que o sopro não deveria ser nada grave, mas que era importante uma avaliação.

Durante a fala da mãe, o médico olha para ela e mantém o corpo próximo à mesa, o que sugeriu interesse pelo relato da história. Observou-se que o residente não escreve enquanto conversa com a mãe, o que pareceu favorecer o seu discurso.

Após o relato, o médico resume brevemente o conteúdo das informações antes de anotá-las no prontuário, o que evidencia interesse em compreender o problema referido pela mãe.

Médico: “Então, você foi ao pronto socorro por causa da febre e do cansaço, ouviram o sopro e disseram para você vir aqui?”
(mãe balança a cabeça afirmativamente).

Médico: “Me conta desse cansaço?”

Novamente o médico permite que a mãe fale livremente sobre o problema, utilizando questões fechadas para compreender a história. Mantém contato visual com a mãe, tem gestos encorajadores como: leve balançar da cabeça afirmativamente e “ãhã”.

Médico: “Quando começou o cansaço”

Mãe: “Ah, faz uns 15 dias!”

Médico: “E agora passou.”

Mãe: “Ah, ele tem sempre esse cansaço. Quer dizer, sempre... Assim umas 4 vezes por ano. Eu faço inalação e pronto acabou e depois tem de novo! Às vezes trago no pronto socorro e dizem que tá tudo normal, que é uma virose!”

Médico: “Dessas que teve que vir no pronto socorro, alguma teve que usar berotec?”

Mãe: “Não, só soro!”

O residente não verifica qual a principal queixa ou preocupação da mãe e a observação da consulta sugeriu que é o médico quem escolhe o assunto a ser discutido. Não se observou exploração por parte do residente das explicações da mãe para o sopro ou cansaço apresentado pelo filho ou a repercussão na vida da mãe ou da criança desses problemas. O residente não explora os sentimentos como medos e temores associados à presença das queixas.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

O residente não apresentou modificações em relação a essa categoria. O residente tem uma forma acolhedora de conduzir a consulta e permite o livre discurso da mãe, mas não prioriza a identificação da sua principal queixa na consulta. Não explora os sentimentos envolvidos com o problema de saúde referido ou a repercussão deste na rotina de vida da mãe ou da criança. Não se observou busca por parte do residente das explicações para o problema apresentado pela criança ou as expectativas na condução da consulta.

Categoria geral (2): compreensão de outras queixas

Consulta realizada no início do estágio

Após explorar a queixa inicial, o residente pergunta à mãe se após a apendicectomia, no período em que ficou em casa, a filha sentiu alguma coisa. A mãe relata que continua a ter dor para urinar que já existia antes da cirurgia, mas como a filha tomou diversos antibióticos, os médicos disseram-lhe que não necessitava mais remédios. A dor reapareceu e, então, a mãe retornou ao hospital. Colheram exame de urina e prescreveram antibiótico.

O médico não interrompe a narrativa da mãe, o que facilita a narrativa do problema mencionado. No entanto, observou-se que o médico, nesse momento, pareceu entediado com a consulta, pois esfrega o rosto com as mãos e boceja.

O residente não explora as explicações da mãe ou da criança para a dor referida e nem os medos ou preocupações associados.

Seguindo o roteiro de anamnese semiestruturado, o médico pergunta se, além da dor para urinar, há algum outro problema. A mãe conta que o único problema eram as amígdalas, mas que agora a filha não sente mais nada, talvez em decorrência dos antibióticos utilizados. O médico pergunta se a criança tinha amigdalite de repetição, mas a mãe diz que faz um bom tempo que ela não tem mais. Durante o exame físico, o residente observa a orofaringe e comenta que realmente a criança tem as amígdalas grandes e a mãe diz: *“E é porque não estão inflamadas! Às vezes a comida nem desce!”*. Essa fala da mãe sugeriu preocupação, no entanto não se observou maior exploração por parte do residente em nenhum momento da consulta.

Por meio das perguntas do roteiro de anamnese a mãe expõe questões que talvez sejam preocupações a respeito da saúde do filho, porém o médico não as explora, ao contrário, ele direciona as perguntas para as questões que pretende entender, baseando a entrevista na sua lógica de anamnese.

Consulta realizada no final do estágio

Após a exploração dos relatos iniciais da mãe, o residente inicia o roteiro de anamnese semiestruturado por meio de perguntas objetivas. Algumas repostas da mãe não sugeriram preocupação, mas quando o médico pergunta a respeito de doenças na família observou-se o seguinte diálogo:

Médico: “Me conta, tem alguma doença na família?”

Mãe: “Tem sim, o irmão dele de 7 anos, tem lúpus e hipertensão arterial altíssima!”

Após alguns segundos, enquanto o médico anota as informações da mãe no prontuário, espontaneamente ela diz: *“É justamente por causa do irmão que eu evito algumas coisas para ele também. Por que se eu do pra um, tenho que dar para o outro e então eu evito!”*

O residente responde precocemente ao relato da mãe, sem exploração do comentário, dizendo: *“é, tem que tomar cuidado”* e continua seu questionário. Ele não explora o assunto e mantém o olhar para suas anotações no prontuário. O tom enfático com que a mãe refere espontaneamente esta questão sugeriu preocupação.

O comentário da mãe, após o médico confirmar que o peso do filho está adequado, pôde corroborar essa ideia.

Médico: “Ele não come muita verdura, mas pelo que você me contou ele não come muita bobagem, guloseimas...”

Mãe: “Não, não mesmo, até por causa do outro!”

Médico: “Então, ele acaba se beneficiando disso!”

Mãe: “Eu até achei que ele ia estar abaixo do peso...”

Médico: “Não, não!”

Mãe: “A gente fica sem saber, pois um precisa de mais e outro de menos!”

Médico: “Na verdade a dieta do irmão é balanceada e, então, adequada para ele também, pode ficar tranquila.”

O médico responde ao comentário da mãe novamente precocemente durante a anamnese e não explora a questão. As respostas são objetivas com conteúdo apenas técnico-científico.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram modificações nessa categoria. O modo de o residente conduzir a entrevista permite o relato de outras questões pela mãe, mas nem todas são abordadas pelo residente. Ele não explora os aspectos emocionais associados às preocupações ou a repercussão delas na rotina diária da criança ou da mãe. O médico não busca a identificação da explicação da mãe para os problemas referidos.

Categoria (3): compartilhamento das orientações e decisões

Consulta realizada no início do estágio

Após a discussão com o supervisor, o residente retorna para finalizar a consulta e comenta que analisou o prontuário, os exames e que acha que entendeu o caso. O médico resume a história da criança, mas baseado nas informações registradas no prontuário. Explica que a dor abdominal que a criança apresentou durante a internação

suscitou a realização de uma ultrassonografia que mostrou alteração na vesícula, mas que não foi possível a diferenciação entre pedra e barro biliar.

O médico relata que o antibiótico que a criança recebeu durante a internação pode explicar essa alteração na vesícula e que agora será necessário repetir a ultrassonografia. Se a alteração persistir será necessário investigar a causa desse achado raro em criança. Durante toda a explicação do médico, a mãe olha para ele e balança a cabeça afirmativamente sem nada dizer, mantém-se encostada na cadeira, distante da mesa de entrevista, situação que ocorre pela primeira vez durante a consulta.

O residente, continua o monólogo dizendo que irá solicitar o retorno para um mês e meio, mas se a criança apresentar alguma alteração como febre ou dor para urinar a mãe pode procurá-lo antes. Antes de entregar os pedidos de exame o médico diz:

Médico: “Você tem alguma dúvida?” Agora eu entendi tudo! Você entendeu também?”

A mãe balança a cabeça, sugerindo concordar com o residente e sorri para ele, mas a forma como o médico faz a pergunta pareceu não facilitar o questionamento da mãe.

Consulta realizada no final do estágio

Observou-se que comumente o residente responde as questões da mãe, que surgem na consulta, durante a anamnese. As respostas são em geral fugazes, com conteúdo técnico-científico e não contemplam uma preocupação da mãe que inclusive pareceu não ser reconhecida pelo residente como tal. O diálogo abaixo ocorre após o médico comentar que o peso do menino está adequado e pode exemplificar esse fato:

Mãe: “Eu até achei que ele ia estar abaixo do peso...”

Médico: “Não, não!”

Mãe: “A gente fica sem saber, pois um precisa de mais e outro de menos!”

Médico: “Na verdade a dieta do irmão e balanceada e então adequada para ele também, pode ficar tranquila.”

Quando retorna da discussão, o residente inicia as orientações a respeito das questões que pareceu considerar relevantes. Refere que pedirá um ecocardiograma, pois apesar de as características do sopro serem benignas e o filho não ter nenhuma repercussão clínica é preciso fazer o exame. Comenta que já devia ter feito antes.

A mãe diz que o filho gosta de andar de bicicleta e que ela nunca percebeu nenhum esforço e acha que teria percebido, pois ela é muito atenta. O médico concorda, mas acaba insistindo que mesmo assim deve fazer o exame e a mãe diz: “É... é...”. A observação dessa cena sugeriu que a mãe pode não estar totalmente convencida em relação ao exame, mas não há nenhuma exploração por parte do médico desta questão.

O residente termina a consulta pedindo para a mãe marcar a consulta de retorno após a realização do exame. A observação da consulta não permitiu notar se o médico facilita a exposição de dúvidas por parte da mãe e nem discussão com ela a respeito dos exames solicitados.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram modificações em relação a essa categoria. O médico não envolve as ideias e opiniões da mãe ou da criança nas decisões ou orientações formuladas.

Além das categorias gerais previamente estabelecidas alguns pontos emergem da observação dessa consulta permitindo a elaboração de:

4.3.10.2 Categorias empíricas:

Categoria empírica (a): interação com a criança

Consulta realizada no início do estágio

O residente conversa pouco com a criança durante a consulta e, quando o faz, é de forma fugaz. No início da entrevista o médico pergunta qual a idade de nascimento da criança, a mãe não se lembra o ano e então o residente pergunta para a criança. Antes que ela possa responder à pergunta, o médico olha para a mãe e aguarda a informação por parte desta.

Depois desse primeiro contato, o residente se dirige à criança aos 16 minutos e 30 segundos da consulta: “*E agora o xixi não dói mais?*” e a Criança: “*Um pouco!*”

O residente não continua a conversa e volta-se novamente para a mãe. A partir daí, as perguntas são absolutamente fechadas, permitindo apenas respostas objetivas formuladas sempre pela mãe. A criança não fala durante a consulta, olha várias vezes para a câmera de vídeo, o que sugeriu distanciamento da entrevista

Mesmo durante o relato da alimentação e da rotina de vida, o médico não se dirige à menina em nenhum momento.

Consulta realizada no final do estágio

Até os cinco primeiros minutos da consulta, o médico não se dirige à criança. Durante esse tempo, “M” olha para a câmera, aparentando mais interesse por ela do que pelo médico ou pela consulta.

Quando o residente inicia a pesquisa do diário alimentar, observa-se a seguinte fala da mãe: “*Olha lá, agora é você que responde!*”

O menino aproxima-se da mesa do médico e pareceu disposto a conversar e participar da consulta. O residente sorri empaticamente nesse momento e diz para a mãe:

Médico: “Sim, mas algumas coisas ainda são com você mesmo!”

Mãe: “Tudo bem, é que ele tá mais interessado na câmera!”

Esse diálogo sugeriu que a mãe busca incluir a criança na conversa, mas o médico pareceu insistir em falar apenas com a mãe.

Aproximadamente aos 8 minutos de consulta, o médico dirige-se à criança para perguntas sobre a rotina na escola.

Médico: “Gosta da escola?” (criança balança a cabeça afirmativamente).

Médico: “O que você mais gosta da escola?”

Criança: “Do parque!”

Médico: “Do parque!” (sorri) “*Tá bom!*”

Médico: “Qual o nome do melhor amigo?” O menino diz o nome de uma menina e o médico espanta-se: “o seu melhor amigo é uma menina?”

Durante essa conversa, o médico mantém contato visual e sorri para a criança. Espera calmamente pela resposta do menino às perguntas formuladas por ele. O residente usa o mesmo tom de voz para conversar com a mãe e com a criança.

Esse é o momento de maior interação com a criança, no qual o médico continua as perguntas a respeito da escola: “o que gosta de fazer na escola?” e o menino responde: “brincar” e o médico: “e as aulas?”, o menino: “Também”

Logo depois, o médico dirige-se à mãe e pergunta sobre as atividades na escola. A mãe, nesse momento da conversa, responde de modo tranquilo às perguntas do médico, sugerindo tranquilidade em relação ao desenvolvimento do filho. O médico pergunta para o menino:

Médico: “Você sabe escrever seu nome?”

Menino: “Sei”

Médico: “Então escreve aqui!” (oferece um papel para a criança)

Enquanto a criança escreve o nome no papel, o médico olha para ele de modo afetivo e espera tranquilamente que termine a atividade proposta. A mãe também fita o filho com um meio sorriso. Após terminar de escrever seu nome, “M” entrega o papel para o médico que o olha, parabeniza a criança pelo nome bem escrito e diz que agora o prontuário já está assinado com o nome dele.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Notaram-se modificações em relação a essa categoria. No final do estágio o residente mostra-se interessado em conversar com a criança. No entanto, a conversa se estabelece apenas durante a pesquisa da rotina da criança. Não se notou interação entre o residente e a criança durante a exploração do problema de saúde.

Categoria empírica (b): explicações a respeito do roteiro de anamnese semiestruturado*Consulta realizada no início do estágio*

O residente inicia a consulta por meio da seguinte frase:

“Estou conhecendo o caso dela agora. Veio uma ficha fresquinha. Temos que fazer uma consulta bem longa para saber tudo o que está acontecendo! Eu sei que vocês estão esperando bastante, mas vão precisar ter paciência comigo!”

O residente desculpa-se pela utilização da ficha de anamnese semiestruturada, o que sugeriu que ele não considera relevante o seu preenchimento.

Após a coleta de informações a respeito do motivo do encaminhamento, o residente prossegue o restante da anamnese, permitindo pouco o discurso livre da mãe. O tom de voz do médico pareceu mais ríspido e mais baixo. A observação da entrevista sugeriu que o residente está apenas preocupado em cumprir a obrigação de preencher o extenso roteiro da anamnese. A expressão facial do residente indica certo tédio nesse momento da consulta. O médico boceja enquanto analisa a carteira de vacinação.

Nesse momento, a mãe está com os ombros mais caídos e discretamente encurvados para frente, o que sugeriu também aborrecimento com a situação. O médico passa a mão na cabeça e diz para a mãe: *“Só para a gente ter uma ideia da rotina dela. Que horas ela acorda?”*

Consulta realizada no final do estágio

O residente inicia o preenchimento dos dados do roteiro de anamnese semiestruturado. Esse é o momento da consulta que pareceu mais aborrecedor, principalmente para o médico, que segue o roteiro de forma sistemática. A observação de como o residente conduz a consulta a partir de então, sugeriu que ele não considera relevante essas informações para o cuidado da criança. O médico suspira antes de iniciar o roteiro, e diz: *“Vamos aos detalhes da vida dele!”*

Quando o médico faz perguntas sobre o pré-natal e sobre o parto comenta:

Médico: “São perguntas sobre a vida remota dele!” (sorri)

Mãe: “Ah, tudo bem!”

Médico: “É só para a gente saber!”

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram modificações nessa categoria. A utilização do roteiro de anamnese causa desagrado ao médico nos dois momentos do estágio.

Categoria empírica (c): explicações sobre os procedimentos de exame físico

Consulta realizada no início do estágio

Durante o exame físico, com exceção de um comentário sobre o tamanho das amígdalas, o médico não conversa com a mãe e nem com a criança, não explica os procedimentos semiológicos e nem fala sobre qualquer outro assunto. Terminado o exame ele anota as informações no prontuário.

Consulta realizada no final do estágio

O médico realiza o exame físico sem conversar com a criança ou com a mãe. Não se notou explicação para a mãe ou para a criança a respeito dos procedimentos de exame físico, apenas o residente diz: “Agora vamos pesar?” Para a aferição de pressão arterial, o médico comenta que irá apertar um pouco o braço. A mãe sentada na cadeira e próxima à mesa do médico olha atentamente. No final do procedimento, o médico diz que precisa conferir na tabela, mas que aparentemente a pressão está normal. *Mãe: “Ótima notícia!”*

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não se observaram modificações referentes a essa categoria. O médico não conversa ou explica os procedimentos de exame físico em nenhum momento das duas consultas observadas.

Categoria empírica (d): momentos de silêncio durante a consulta*Consulta realizada no início do estágio*

Nesse momento, a criança, com a mão apoiando o rosto, olha para o médico e escuta seu relato. A mãe acompanha o resumo, confirmando e complementando as informações. Após resumir a história, o residente anota no prontuário. Existem alguns segundos de silêncio, mas o médico pareceu notar e explica que ele está somente anotando e pede um “minutinho”.

Consulta realizada no final do estágio

Existem vários minutos de silêncio, 3 minutos, enquanto o residente registra os dados do exame físico no prontuário e coloca as medidas de peso e altura nos gráficos. A observação da consulta não sugeriu desconforto por parte da mãe ou do médico.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Na segunda consulta, o residente pareceu menos preocupado com o silêncio estabelecido na consulta durante os registros no prontuário.

Categoria empírica (e): prontuário como principal fonte de informação*Consulta realizada no início do estágio*

O residente busca informações registradas no prontuário no início da consulta e a observação dessa cena sugeriu desconforto por parte da mãe. Ele conversa pouco com a mãe e não facilita seu discurso nesse momento. Após conseguir analisar as informações do prontuário, o médico dirige-se à mãe para entender a história.

Consulta realizada no final do estágio

Não existe prontuário anterior nessa consulta e, portanto, não é possível analisar o modo como o residente comporta-se em relação a essa categoria na final do estágio.

Modificações na condução da consulta no final do estágio

Não foi possível analisar mudanças nessa categoria empírica, pois ela não aparece na segunda consulta.

5 DISCUSSÃO

“O paciente deve esperar que o médico seja um ouvinte atento, um observador cuidadoso, um comunicador sensível e um clínico efetivo.....”

Edinburgh Declaration, 1988

5.1 Considerações Gerais

Nas últimas décadas, nota-se uma grande preocupação com a qualidade do atendimento médico, principalmente no que se refere à satisfação da clientela.

Vários estudos têm demonstrado que resultados satisfatórios de consulta ambulatorial estão associados à realização de entrevistas médicas com base nos pressupostos do modelo centrado no paciente, dentre os quais se destaca a inclusão da perspectiva do paciente, que é representada pela experiência de adoecimento, expectativas a respeito da abordagem do problema de saúde e das repercussões na vida do indivíduo decorrentes do adoecimento e da abordagem terapêutica (Hall et al., 1988; Stewart et al., 1995a; Williams et al., 1995; Kinnersly et al., 1996; Elwyn et al., 1999a; Elwyn et al., 1999b; Pendleton et al., 2006).

Dessa forma, a análise da incorporação de pressupostos do modelo centrado no paciente por alunos ou médicos em especialização e dos fatores envolvidos nesse processo é fundamental para o aprimoramento da consulta médica e consequente melhoria do atendimento do indivíduo.

Para a análise e discussão dos resultados, a pesquisadora introduz a expressão “agenda dos pais” como corolário da expressão agenda do paciente encontrada na literatura, que incorpora as queixas clínicas, assim como as preocupações, medos, sentimentos e expectativas associadas. Nesta pesquisa, a *agenda dos pais* inclui a caracterização de duas categorias gerais: (1): Compreensão da queixa principal referida pelos pais e (2): Compreensão de outras queixas.

5.2 Considerações sobre o método

Na revisão da literatura encontram-se vários trabalhos em que os autores estudam a forma como o aluno de medicina ou o médico em especialização realizam a consulta médica. Na maioria desses trabalhos, são realizadas análises quantitativas das

entrevistas por meio de roteiros acoplados a escalas graduadas, o que pode dificultar a análise de aspectos subjetivos da comunicação (Maguire et al., 1976, Marita et al., 1999, Irwin et al., 1984, Vaughan et al., 1976, Gask et al., 1987, Gask et al., 1988 ; Knowles et al., 2001). Em um número menor de estudos, encontra-se análise da qualidade do conteúdo dessas entrevistas (Aronsson et al., 1989; Rich et al., 2000, Nova et al., 2005; Wahlqvits et al., 2005; Cahill e Papageorgiou., 2007a).

Na presente pesquisa, optou-se pela análise qualitativa com o intuito de explorar e entender o modo de conduzir entrevistas médicas e os diferentes aspectos da comunicação estabelecida na consulta realizada pelos médicos residentes.

Decorrente da complexidade da comunicação humana, a pesquisadora assume que as inferências foram feitas a partir da observação da comunicação estabelecida pelo residente com os pais. O comportamento, a linguagem verbal, a paralinguagem e a linguagem não verbal do médico residente foram analisadas no estudo. A participação dos pais e da criança no processo de comunicação com o médico não foi o foco da pesquisa.

A utilização da filmagem como forma de analisar consultas médicas costuma provocar dúvidas em relação à repercussão da presença da câmera no modo de conduzir a consulta pelo aluno ou médico em especialização.

No presente estudo, antes do início das filmagens, os residentes relatavam nervosismo e preocupação com a atividade e receavam que a presença da câmera de áudio e vídeo e seu operador dentro do consultório prejudicassem o desempenho deles durante a consulta.

Após a realização da filmagem, a maioria dos residentes referiu esquecimento da presença tanto do operador de câmera como da câmera de áudio e vídeo dentro da sala após alguns minutos de entrevista e que a consulta transcorreu de modo habitual. Apenas um residente referiu que permaneceu tenso por um longo período da consulta, mas relatou que isso não prejudicou a forma de conduzi-la. No entanto, ele ressaltou que a situação possibilitou evidenciar dificuldades na realização da anamnese e do exame físico que não havia notado anteriormente.

A observação das filmagens realizada pela pesquisadora não identificou nervosismo, por parte dos residentes ou dos pais durante a entrevista, que sugerisse relação com a presença da câmera de áudio e vídeo ou do seu operador.

Assim, o equipamento de filmagem parece não ter interferido no desempenho dos residentes na realização da consulta, fato relatado em outros trabalhos da literatura (Maguire et al., 1976, Marita et al., 1999). A presença do operador de câmera também parece não ter influenciado a condução da consulta pelo residente. Na literatura consultada, não foi encontrada a descrição de operadores de câmera dentro do consultório durante a filmagem de consultas médicas.

5.3 Considerações sobre os resultados

5.3.1 Impressões Gerais

A análise dos resultados permitiu inferir que o grupo de residentes necessita aprimorar a exploração dos sentimentos envolvidos com o problema de saúde, as repercussões do adoecimento na rotina de vida dos pais e da criança, as expectativas em relação à abordagem terapêutica e desenvolver a capacidade de compartilhar as decisões e as orientações terapêuticas com os pais. Além disso, os residentes devem considerar efetivamente essas questões durante a consulta para atingir melhores resultados diagnósticos e terapêuticos. Resultados semelhantes são encontrados na literatura (Maguire et al., 1976; Fossum et al., 2004).

Notou-se que alguns residentes, no final do estágio no ambulatório, pareceram buscar a compreensão de aspectos da perspectiva do paciente durante a consulta. Isso foi observado quando o residente, por exemplo, explora as relações familiares complicadas, pergunta como a mãe se sentiu quando não conseguiu amamentar ou quando explica exaustivamente uma orientação médica. No entanto, essa exploração pareceu associada mais à agenda do médico do que à agenda dos pais, o que pode tornar pequena a repercussão desse diálogo nos resultados da consulta.

No estudo, observou-se que poucos residentes buscam essa compreensão e, mesmo quando isso ocorre, não há mudança na forma de conduzir a finalização da consulta, pois as decisões a respeito do manejo terapêutico continuam centralizadas na agenda do médico e, portanto, não aparece a tentativa de compartilhamento das propostas terapêuticas.

5.3.2 Considerações por Categorias

Categorias Gerais

Na categoria geral (1) - compreensão da queixa principal referida pelos pais, nenhum residente pareceu buscar a identificação da principal preocupação dos pais na consulta. Alguns médicos residentes iniciam a entrevista por meio de questões abertas e permitem a livre narrativa da família a respeito de um primeiro problema referido. Esse modo de conduzir a consulta deveria facilitar a exposição pelos pais de suas principais queixas e preocupações. No entanto, notou-se que os residentes exploram rapidamente a primeira queixa da família, sem se certificarem se ela é a mais importante para os pais⁶. Além disso, foi comum observarmos a elaboração de perguntas fechadas antes que os pais terminassem de referir suas queixas ou preocupações. Pareceu que os médicos residentes desenvolvem a anamnese com base nas doenças conhecidas e, assim, supõem saber as perguntas necessárias para a elaboração da hipótese diagnóstica.

Segundo Beckman e Frankel (1984) é comum os médicos interromperem o discurso das pacientes 18 segundos após o início do relato dos problemas de saúde. Langewitz et al. (2002) analisou consultas nas quais os médicos ouviam sem interromper e notou que a média de tempo de exposição do problema de saúde foi de 92 segundos e que 78% dos pacientes paravam de falar aos 2 minutos de consulta.

Os comentários dos pais que direta e objetivamente não se encaixam em doenças conhecidas pareceram ora não serem ouvidos, ora não serem valorizados pelos médicos, talvez por serem considerados como supérfluos e desnecessários

Na literatura, modelos propostos para o ensino-aprendizagem de habilidades de comunicação enfatizam a importância da identificação precoce da principal preocupação do paciente e associam esse aspecto a resultados mais satisfatórios da consulta (Silverman et al., 2008; Kurtz et al., 2006; Pendleton et al., 2006; Roter et al., 2006).

Ainda em relação à categoria geral (1), a maioria dos residentes prioriza na anamnese os aspectos técnico-científicos⁷. Na última consulta, apenas três residentes incluem na elaboração da história clínica a exploração dos sentimentos ou medos

⁶ Texto ilustrativo, seção 4.3.10.1 (resultados, categoria geral (1), consulta realizada no início do estágio)

⁷ Termo definido na seção 3 (método)

envolvidos com o problema de saúde da criança, porém de forma insatisfatória. Uma dessas residentes comenta como é comum a presença de medos quando os filhos adoecem, pressupondo o que os pais sentem, mas não permite que eles falem realmente sobre seus sentimentos⁸. Não foi observada a exploração da vivência dos pais com o adoecimento da criança ou as explicações deles para o problema apresentado, em nenhuma das consultas.

Em estudos nos quais se analisa a forma de conduzir consultas médicas, descrevem-se deficiências semelhantes às aquelas encontradas na atual pesquisa, ou seja, os alunos são pouco capacitados para obtenção de dados sociais e psicológicos nas entrevistas médicas (Maguire et al., 1976; Fossum et al., 2004).

Vários autores relatam que programas específicos para o ensino dessas habilidades aperfeiçoam o aprendizado do aluno e devem ser incorporados ao ensino de atendimento em ambulatório (Rutter et al., 1976; Sanson e Poole., 1978; Sturgeon, 1979; Irwin et al., 1984; Gask et al., 1987; Gask et al., 1988; Smith et al., 1998; Cooper e Hassal, 2002; Fallowfield et al., 2002; Mukohara et al., 2004; Zick et al., 2007).

Retomando as características do serviço no qual a pesquisa foi realizada, vale lembrar que o AGEP é um serviço com características de atendimento secundário e, desse modo, o problema que motivou o encaminhamento para o ambulatório pode não coincidir com a preocupação da família naquela consulta.

No entanto, como o AGEP é um campo de formação de pediatras gerais, sempre foi prerrogativa do grupo de pediatras supervisores, inclusive durante a realização da pesquisa no ano de 2007, a identificação e a exploração do principal problema referido pelos pais no momento da consulta, independente do motivo do encaminhamento. No AGEP, considera-se como hipótese diagnóstica principal aquela correspondente à queixa trazida pelos pais e não aquela definida pelo médico.

A observação da pequena modificação na caracterização da categoria (1), pelo grupo de residentes no final do estágio, pode ser decorrente da fragilidade do processo de ensino-aprendizagem na abordagem da consulta com enfoque na inclusão da perspectiva do paciente. Apesar de o atendimento no AGEP preconizar a compreensão da principal preocupação dos pais, a ausência de discussão sistematizada a respeito de

⁸ Texto ilustrativo, seção 4.3.6.1 (resultados, categoria geral (1), consulta realizada no final do estágio)

habilidades de comunicação e do modelo centrado no paciente, pode ter contribuído para os resultados encontrados.

Em relação à *categoria geral (2)*, *compreensão de outras queixas*, a maioria dos residentes segue durante a consulta o roteiro semiestruturado, que contempla os aspectos da anamnese tradicional. O uso do roteiro pode levar ou não ao aparecimento de novas preocupações dos pais. Isso pode ser decorrente do modo como o residente conduz a conversa e também de características da família.

Alguns pais respondem objetivamente as perguntas feitas pelo médico a respeito de doenças anteriores, alimentação, hábitos de vida e outros. O modo como essas respostas são formuladas não sugeriu demanda ou preocupação por parte dos pais. Outras famílias aproveitam as perguntas do roteiro de anamnese para exporem suas preocupações. Nesses casos, a paralinguagem⁹ utilizada nas respostas sugeriu preocupação da família com a questão¹⁰.

No entanto, frequentemente os médicos residentes apenas preenchem de forma sistemática a ficha de anamnese, aparentemente sem notarem se os pais transmitem ou não preocupação na resposta à pergunta formulada.

Poucos residentes exploram os relatos dos pais e, quando isso ocorre, são abordados apenas aspectos técnico-científicos de forma rápida e superficial. Talvez isso ocorra pela crença do médico de que não é possível abordar vários problemas em uma mesma consulta, fato que o leva a escolher apenas a queixa inicial, considerando, talvez, os demais problemas dos pais menos importantes. Essa conduta pode estar associada à falha na capacitação do médico residente para realizar consulta, na qual a priorização dos problemas de saúde a serem investigados e abordados naquela consulta é feita em conjunto com a família

Silverman et al. (2008) discute a importância da identificação das principais preocupações do paciente na consulta logo no início da anamnese, pois isso levaria a uma melhor organização da entrevista com resultados mais satisfatórios. Vários autores demonstram que é comum os pacientes apresentarem mais de uma preocupação na consulta (Starfield et al., 1981; Wasserman et al., 1984; Greenfield et al., 1985).

⁹ Termo definido na seção 1 (Introdução)

¹⁰ Texto ilustrativo, na seção 4.3.7.1 (resultados, categoria geral (2), consulta realizada no final do estágio)

Os resultados encontrados neste estudo podem ser decorrentes do modo como a realização da anamnese e da consulta médica é ainda ensinada nos diversos cursos de graduação.

A entrevista é apoiada em roteiro semiestruturado nos seguintes tópicos: queixa e duração; história da doença atual; interrogatório sobre os diversos aparelhos; antecedentes pessoais e familiares; rotina de vida, diário alimentar, composição familiar; condições socioeconômicas e de moradia (anexo E).

No AGEP, em 2007, o ensino da consulta médica não incluía a discussão de atendimento baseado em priorização de investigação de problemas de forma compartilhada com os pais. Assim, apesar da discussão da importância do registro de todos os problemas identificados na consulta, é possível que essa discussão não tenha sido suficiente para capacitar o residente para o desempenho dessa tarefa. Esses resultados sugerem a necessidade de mudança tanto no conteúdo das entrevistas como na forma que são realizadas.

Apesar de a maior parte dos médicos residentes não apresentarem modificações significativas na condução da consulta em relação às categorias gerais (1) e (2), três residentes exploraram, mesmo que de forma insuficiente, os sentimentos envolvidos com as queixas dos pais.

Apenas pela observação da consulta não se pôde inferir, ao certo, os motivos que levaram esses residentes a modificarem o modo de conduzir a consulta no final do estágio. Provavelmente vários fatores influenciaram esse comportamento, inclusive a discussão não sistematizada a respeito da consulta que ocorria no AGEP durante a supervisão do atendimento e reuniões de preparo de casos, no momento do estudo.

Segundo Pendleton et al. (2006), além da educação médica, valores, crenças, sentimentos e contexto social influenciam o modo de agir do médico durante a consulta. Esses aspectos associam-se à predisposição do médico para mudanças no modo de conduzir a entrevista médica.

Esse mesmo autor cita exemplos que ilustram como valores e crenças podem influenciar o pensar médico durante a consulta: (1) se o médico acredita que é melhor para o paciente ser protegido de toda a verdade sobre uma doença grave, ele limitará as informações oferecidas; (2) se o médico acredita que o trabalho mais importante do médico é diagnosticar doenças graves, os medos e as preocupações do paciente serão

vistos como triviais; (3) se o médico acredita que as ideias e as preocupações do paciente são importantes, ele as explorará.

Alguns autores sugerem que a aquisição de habilidades de comunicação pode ser um dos fatores a influenciar a crença dos médicos ao longo do tempo (Jekins et al., 2002; Pendleton et. al., 2006).

A capacitação no modelo biomédico para a obtenção de histórias a respeito de doenças continua sendo mais enfatizada nos currículos médicos, quando comparada à capacitação no modelo centrado no paciente e em habilidades de comunicação. Dessa forma, é esperado que os alunos ou residentes sintam-se mais confortáveis atendendo sob o paradigma biomédico, pois escutar a demanda real dos pacientes talvez os coloque em uma situação menos conhecida e, portanto, desconfortável, se não estiverem capacitados para desempenhar essa tarefa.

Nas categorias (1) e (2), observou-se que os relatos dos pais foram pouco valorizados pelo grupo de residentes. Neste estudo, a valorização da *agenda dos pais* foi considerada presente quando as queixas e as preocupações foram exploradas pelos residentes em qualquer momento da consulta. Em contraposição, foi considerada ausência da valorização da agenda dos pais, situações nas quais o médico mudou de assunto após a colocação do problema pelos pais, direcionou a história para o motivo do encaminhamento apesar de não saber se este era o principal motivo da consulta e não retornou ao assunto de preocupação dos pais em nenhum momento da consulta¹¹.

A exploração da *agenda dos pais* foi insuficiente ou inadequada quando se limitou aos conteúdos técnico-científicos.

A pouca valorização da *agenda dos pais* pode ser decorrente da descrença a respeito da importância desses aspectos no processo diagnóstico e terapêutico. Isto é sugerido ao se observar que os fatos relatados pelos pais são explorados quando coincidem com a agenda do médico, isto é, com aqueles que o médico julga importantes para elucidação diagnóstica e proposta terapêutica, indicando, mais uma vez, um modo de consulta apoiado no modelo biomédico¹².

Essas diferenças na valorização da agenda dos pais também podem decorrer do despreparo para o manejo dos aspectos subjetivos associados ao adoecimento das

¹¹ Texto ilustrativo, seção 4.3.7.1 (resultados, categoria geral (2), consulta realizada no final do estágio)

¹² Texto ilustrativo, seção 4.3.6.1 (resultados, categoria geral (2), consulta realizada no início do estágio)

crianças, para os quais os médicos residentes, durante a realização do estudo, não foram especificamente capacitados.

Na Categoria Geral (3) - compartilhamento das orientações e decisões, o grupo de residentes não apresentou alteração no final do estágio. Todos os residentes propõem tratamentos e decidem condutas, sem considerar ou discutir com os pais suas opiniões e expectativas sobre o modo de conduzir o plano terapêutico do filho¹³.

Apesar de alguns residentes, na finalização da consulta e momentos antes de dispensar os pais e a criança, verificarem a compreensão da família a respeito da proposta terapêutica, por meio de perguntas fechadas como, por exemplo, “alguma dúvida?”, isso não foi considerado compartilhamento das decisões. Observou-se que a maioria dos pais, nesse momento, apenas balança a cabeça negativamente e nada comentam. Esse comportamento talvez se deva ao modo como a consulta tenha sido conduzida, não facilitando o compartilhamento das condutas. Notou-se no estudo que o tempo gasto na finalização da consulta é bem menor quando comparado àquele dedicado à entrevista e ao exame físico, o que sugeriu menor valorização dessa etapa consultiva.

Na atual pesquisa, nota-se que a maioria dos residentes responde as queixas e preocupações referidas pelos pais, mas além da qualidade da resposta ser muitas vezes insuficiente ou inadequada, não é compartilhada, como já mencionado.

Neste estudo, a qualidade da resposta oferecida aos pais foi considerada inadequada quando o seu conteúdo ficou restrito aos aspectos técnico-científicos¹⁴. A resposta foi considerada adequada quando, a partir da valorização da agenda dos pais, o residente ofereceu explicações específicas e individualizadas baseadas nas dúvidas e relatos da família.

Campion et al.(2002) obtiveram resultados semelhantes em relação à finalização da consulta. Os autores analisaram 2094 pontuações de candidatos, no módulo de habilidade de consulta, no exame para membro do Royal College of General Practitioners no Reino Unido. Apenas os residentes que tivessem completado os três anos de residência médica poderiam participar da prova. Os candidatos escolheram sete consultas para serem filmadas, mas apenas cinco foram analisadas. Foram observados

¹³ Texto ilustrativo, seção 4.3.10.1 (resultados, categoria geral (3), consulta realizada no final do estágio)

¹⁴ Texto ilustrativo, seção 4.3.3.2 (resultados, categoria geral (3), consulta realizada no final do estágio)

problemas em alguns itens, durante a condução da entrevista centrada no paciente, relacionados à finalização da consulta: (1) a exploração das ideias do paciente sobre o adoecimento não foi observada em 14% dos candidatos e somente 15% demonstraram essa habilidade em três ou mais das cinco consultas; (2) a utilização das ideias do paciente para as explicações a respeito do problema de saúde não foi observada em 31% dos médicos e somente 17% demonstraram essa habilidade em três ou mais das cinco consultas; (3) em 45% dos candidatos não se observou a verificação da compreensão do paciente a respeito das explicações; (4) 14% dos médicos avaliados não envolveram o paciente nas decisões terapêuticas e (5) somente em 36% pôde-se notar essa habilidade em três ou mais consultas das cinco filmadas.

Outros autores referem que muitos pacientes não cumprem as prescrições médicas apesar de demonstrarem que eles gostariam de participar das decisões terapêuticas (Fallowfield et al., 1990; Makoul et al., 1995; Haynes et al., 1996; Butler et al., 1996; McKinstry, 2000). Esses dados parecem sugerir associação entre compartilhamento e aderência às propostas terapêuticas, o que corrobora a ideia de incorporar a perspectiva do paciente na condução do atendimento ambulatorial e, inclusive, o compartilhamento de decisões, para melhorar os resultados da consulta.

Ford et al. (2006) demonstraram que os médicos são responsáveis por 77% das decisões tomadas nas consultas realizadas na atenção primária. O mesmo estudo sugere que os pacientes sentem-se satisfeitos com o atendimento quando os médicos ouvem seus relatos apesar de não compartilharem decisões.

Apresentam-se aqui questões éticas. Os pacientes podem parecer satisfeitos com o tipo de atendimento recebido, mas isso não deve afastar o médico da ideia do direito à autonomia do paciente sobre sua saúde, o que implica a participação na decisão do seu tratamento, uma vez que é reconhecida a repercussão positiva dessa participação nos resultados da consulta a médio e longo prazos.

Autores ressaltam a importância de os médicos aceitarem o princípio de respeito à autonomia do paciente e reconhecerem que essa autonomia pode ser desenvolvida com o acesso à informação, pois, dessa forma, passam a assumir como uma das suas atribuições centrais o favorecimento do entendimento do problema de saúde e das alternativas para o seu enfrentamento, de modo a possibilitar a escolha do paciente (Pendleton et al., 2006).

A dificuldade do compartilhamento de decisões observada no presente estudo é descrita em outros trabalhos. Elwyn et al. (1999b), em uma pesquisa qualitativa por meio de um grupo focal com médicos generalistas, notaram que a dificuldade da maioria dos profissionais em compartilhar decisões relaciona-se com as incertezas quanto aos benefícios dessa conduta e a falta de capacitação específica para desenvolver essa tarefa. Os autores referem que a finalização da consulta é pouco enfatizada nos currículos da graduação, ressaltando a pouca familiarização dos médicos com o compartilhamento (Elwyn et al., 1999b; Gillard et al., 2009).

Elwyn et al. (1999b) ressaltam que existem alguns aspectos que podem impedir ou influenciar o compartilhamento de decisões de forma plena, durante as consultas. Entre esses aspectos encontram-se o tempo limitado da consulta, a idade, o grau de escolaridade do paciente e o tipo problema de saúde apresentado.

Desse modo, a dificuldade do compartilhamento de decisões na prática clínica reconhecida pelos médicos, associada aos problemas de definição do termo de modo sistemático (Moumjid et al., 2007), torna vulnerável a aplicabilidade dessa tarefa na realização de consultas médicas, pois depende fortemente da interpretação individual do médico (Sandman e Munthe, 2009).

Outras características da comunicação do médico com os pais foram observadas neste estudo. Nota-se que a maioria dos residentes utiliza linguagem simples e não jargões médicos nas orientações e frequentemente perguntam, no final do atendimento, se os pais entenderam as orientações.

Diferente dos resultados deste estudo, outros autores identificam os seguintes problemas relacionados às respostas oferecidas às demandas dos pacientes: (1) quantidade e tipo de informação insuficientes; (2) tipo de linguagem utilizada inadequada, (3) ausência de verificação do entendimento sobre as orientações (Boreham e Gibson, 1978; Makoul et al., 1995)

Após a análise de todas as categorias gerais, pode-se inferir que o modelo de ensino vigente no AGEP em 2007 não capacitava a maior parte dos residentes para a incorporação da perspectiva do paciente na condução da consulta. Apesar disso, três residentes apresentaram alguma modificação em relação à exploração dos medos e preocupações associados ao problema de saúde¹⁵.

¹⁵ Texto ilustrativo, seção 4.3.9.1 (resultados, categoria geral (2), consulta realizada no final do estágio)

A pouca modificação observada no estudo pode ser entendida a partir de alguns aspectos: (1) características próprias do residente relacionadas a valores e crenças; (2) formação médica, que pode ser responsáveis por resistência a mudanças; (3) necessidade de estratégias de ensino-aprendizagem específicas para a capacitação no modelo centrado no paciente e em habilidades de comunicação.

Alguns aspectos em relação às crenças e aos valores do médico, que podem influenciar a forma de conduzir a consulta, foram comentados na discussão das categorias gerais (1) e (2).

Em relação à formação médica, o grupo de residentes do estudo foi constituído por médicos oriundos de diferentes faculdades do país que referiam pouca experiência em atendimento ambulatorial e nenhuma oportunidade durante a graduação de discutir habilidades de comunicação e pressupostos do modelo centrado no paciente.

No presente estudo, analisando-se as filmagens referentes às consultas realizadas no início do estágio, observou-se que nas categorias gerais (1) e (2), o grupo de residentes pareceu não favorecer a exposição da principal queixa ou preocupação dos pais, direcionando precocemente a consulta para o motivo do encaminhamento ou explorando a primeira queixa referida sem verificar se ela é a principal questão dos pais na consulta¹⁶. A maioria dos residentes não favorece o relato de outras queixas ou problemas pelos pais além daquela que motivou o encaminhamento, e quando isso ocorre, a abordagem é técnico-científica. Observou-se que o grupo segue o roteiro de anamnese semiestruturado de forma rígida e sistemática, por meio de perguntas fechadas¹⁷. Nenhum residente explora a repercussão do problema referido na rotina de vida dos pais ou da criança, o medo envolvido com a queixa ou as explicações dos pais para o aparecimento dos problemas.

Em relação à categoria geral (3): compartilhamento das orientações e decisões, na primeira consulta, ela não foi caracterizada no grupo de residentes estudado. Todos eles finalizam a consulta de forma prescritiva.

Desse modo, a análise das consultas realizadas no início do estágio corroborou as informações oriundas dos residentes, as quais sugeriram o predomínio do modelo biomédico nos currículos de diversas escolas médicas do país.

¹⁶ Texto ilustrativo, seção 4.3.4.1 (resultados, categoria geral (1), consulta realizada no início do estágio)

¹⁷ Texto ilustrativo, seção 4.3.6.1 (resultados, categoria geral (2), consulta realizada no início do estágio)

Na literatura encontram-se dados semelhantes aos da presente pesquisa. Como consequência da formação médica apoiada no modelo biomédico, nota-se que na comunicação estabelecida entre o médico e o paciente predominam perguntas fechadas e orientações prescritivas, em detrimento da confrontação, reflexão e compartilhamento de decisões (Irwin et al., 1984). A discussão da abordagem e da inclusão da perspectiva do paciente durante a realização da consulta médica é muitas vezes negligenciada nos cursos de graduação médica (Irwin et al., 1984).

Autores ressaltam que, durante a formação médica, o aluno modifica seu comportamento e sua atitude na condução das consultas. Nos primeiros anos da faculdade, o graduando aborda mais facilmente a perspectiva do paciente durante a realização de entrevistas médicas, mas essa forma de conduzir a consulta altera-se negativamente nos últimos anos da graduação (Pfeiffer et al., 1998; Wahlqvist et al., 2005). A capacitação para a identificação de doenças, a análise de exames laboratoriais e a programação terapêutica de doenças afasta o aluno do doente e de sua subjetividade. Ele constrói sua atuação baseado no paradigma biomédico, no qual a doença é colocada no centro da consulta (Pfeiffer et al., 1998; Wahlqvist et al., 2005).

Portanto, parece importante a introdução precoce na graduação de programas para a discussão dos conceitos de atendimento centrado no paciente e da habilidades de comunicação, com o objetivo de capacitar os alunos para a realização de consultas médicas a partir dessas premissas.

Nessa perspectiva, nota-se nos últimos anos uma crescente discussão da necessidade de mudanças curriculares que incluam, entre outros aspectos, programas específicos de capacitação dos graduandos para realizar consultas baseadas em pressupostos do atendimento centrado no paciente (Sanson e Poole, 1978; Irwin et al., 1984; Aguiar, 2001; CNE/CNS N^o4, 2001; Boudreau et al., 2007; Grosseman e Patrício, 2004; Fucks et al., 2009; Boudreau et al., 2009).

Parte importante dessa discussão curricular envolve a efetividade da capacitação. Existem estudos que mostram resultados favoráveis à capacitação intensiva durante determinado período de tempo (Paul et al., 1998; Cooper et al., 2002; Kurtz et al., 2006; Silverman et al., 2008; Hart et al., 2006). No entanto, os autores que propõem cursos longitudinais, inseridos no currículo da graduação, apresentam resultados superiores em

relação à incorporação e à qualidade das habilidades adquiridas (Dalen et al., 2002; Deveugele et al., 2005).

A efetividade dos programas de capacitação parece também associada fortemente à compreensão e à incorporação precoce pelos alunos de conceitos associados ao modelo centrado no paciente.

A discussão de Boudreau et al. (2007) parece seguir essa lógica. No texto, eles enfatizam a importância de uma pedagogia médica, na qual o conceito de síntese e não de integração entre ciência médica e conhecimento do paciente seja discutido profundamente. A ideia de integração impõe não só dois tipos de conhecimentos diferentes, mas dois objetivos de ensino separados e que são trabalhados paralelamente. O primeiro objetivo, prevalente no século XX, é focalizado no conhecimento científico da doença e sua fisiopatologia. O segundo objetivo engloba os problemas relacionados com as experiências do paciente em decorrência do problema de saúde. Essa dualidade que tem seu entendimento apoiado na evolução histórica do conhecimento médico é reconhecida como contraproducente. O aluno experimenta o estudo paralelo desses dois aspectos, o que promove a falsa ideia de duas perspectivas que devem ser trabalhadas separadamente.

Esses autores utilizam como imagem para definir o conceito de síntese entre os dois objetivos a estrutura do DNA, na qual não se pode reconhecer a parte mais importante, no caso, para a atenção à saúde do paciente. Exceto por uma taxonomia abstrata, não há doença ou adoecimento separado do paciente, existe somente o paciente adoecido. Assim, o início, a apresentação, o diagnóstico, o tratamento e o curso da doença são únicos em cada paciente e sofrem influência das variações genéticas, do desenvolvimento físico e das experiências do indivíduo com manifestações psicodinâmicas. Um dos pontos para se atingir essa proposta seria, simplificadamente, a discussão desses conceitos em todas as áreas do currículo médico, clínicas e básicas, de forma longitudinal (Boudreau et al., 2007).

Assim, pretende-se ressaltar que, para a formação de médicos capacitados para a realização de consultas apoiadas no modelo centrado no paciente, é essencial a construção com os alunos do conceito de indivíduo doente, numa perspectiva indissociável entre doença e adoecimento desde o início da graduação (Boudreau et al., 2007).

Apoiados na ideia da indissociabilidade, os pesquisadores discutem os conceitos de “*healer*” e “*cure*” (Boudreau et al., 2007). O primeiro termo associa-se à ideia de cuidado com a saúde e de recuperação do bem estar físico, psíquico e social do indivíduo. Esse autor considera o primeiro termo mais adequado para a função do médico, pois amplia o seu papel para além da cura de doenças. Dessa forma, para se formar médicos dentro dos pressupostos descritos é fundamental esculpir no jovem aluno a ideia do papel do médico como “*healer*”, ou seja, responsável pelo cuidado da saúde do paciente (Boudreau et al., 2007).

Nesse contexto, é possível supor que, na ausência de uma formação médica nessa perspectiva, no momento da pós-graduação, na residência médica, pode ser mais difícil capacitar o médico recém-formado para a realização da consulta apoiada no modelo centrado no paciente.

Essa é umas das possíveis explicações para a pouca modificação encontrada, no estudo, na condução da consulta no final do estágio no AGEp.

Categorias Empíricas

Em relação às categorias empíricas, a Interação com a criança foi considerada a mais significativa.

Há mais de 30 anos, os primeiros estudos a respeito da comunicação médico-paciente iniciaram-se em consultas pediátricas (Korsch et al., 1968; Freemon et al., 1971; Korsch e Negrete, 1972). Apesar disso, é interessante ressaltar que o papel específico da criança nessa comunicação tem sido pouco analisado. As pesquisas abordam principalmente a relação dual entre a mãe e o médico e a tríade pais, médico e criança tem sido frequentemente ignorada (Pantell et al., 1982; Tates e Meeuwesen, 2001; Aronson et al., 1988; Aronson et al., 1989; Nunes e Ayala, 2009).

A razão para a publicação escassa sobre a abordagem da comunicação entre o médico e a criança pode ser decorrente da crença de que a criança não é capaz de lidar com questões a respeito de sua saúde ou adoecimento, especialmente se de baixa idade (Meeuwesen e Kaptein, 1996). Outra explicação para a observação é o desconhecimento, por parte dos médicos, de como conversar com as crianças (Pantell et al., 1982).

Nesse contexto, torna-se importante o esclarecimento da capacidade de participação da criança na consulta médica e das particularidades que envolvem a comunicação entre médico, pais e criança.

No presente estudo são descritos alguns aspectos da comunicação entre o residente e a criança. Vale ressaltar que na análise dessa interação, a pesquisadora considerou as diferentes faixas etárias para a interpretação dos resultados.

Dessa forma, notou-se que, independente da faixa etária, a maioria dos residentes conversa pouco com as crianças e mantém esse padrão de comportamento nas duas consultas observadas. O grupo de residentes estabelece um diálogo preferencialmente com a mãe e, quando se dirige à criança, frequentemente não inclui na conversa a exploração do problema de saúde pela perspectiva da criança. Ocasionalmente, a interação do médico com a criança acontece no momento da entrevista em que se busca informações a respeito das atividades escolares¹⁸, brincadeiras, rotina de vida e, por vezes, ocorre apenas durante o exame físico.

Outros autores também demonstraram que, na maioria dos casos, a participação da criança na consulta é uma exceção. Cahill e Papageorgiou (2007b), em um trabalho de revisão da literatura, encontraram uma percentagem de participação das crianças nas entrevistas de 3 a 14,2%. Em geral, a participação restringe-se a algumas idades e a alguns momentos da consulta (Pantell et al., 1982; van Dulmen, 1998; Tates e Meeuwesen, 2000; Tates e Meeuwesen, 2001; Tates et al., 2002a; Tates et al., 2002c).

A convivência diária permite que os pais ofereçam informações importantes referentes à saúde de seus filhos, mas não se pode assumir, a priori, que a interpretação que eles têm da doença e as ideias a respeito do tratamento e prognóstico reflitam com precisão os sentimentos e as necessidades das crianças (Tates e Meeuwesen, 2001). Esses dados reforçam a importância de obterem-se informações com a criança, além de esclarecer as suas dúvidas diretamente com ela (Tates e Meeuwesen, 2001).

Embora tenha sido pouca a modificação na comunicação do residente com a criança após o estágio no AGEP, algumas considerações em relação à interação com a criança são relevantes. Apesar do predomínio no grupo de residentes da abordagem de questões relacionadas ao cotidiano da criança, um dos residentes conversa com um

¹⁸ Texto ilustrativo, seção 4.3.10.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no final do estágio)

menino em idade escolar sobre seus problemas de saúde¹⁹. A forma como o médico conduz o diálogo foi considerada adequada para a idade da criança, pois utiliza, por exemplo, a mesma paralinguagem com a criança e com a mãe, espera o tempo para a resposta da criança e não confere com a mãe a veracidade dos relatos da criança, mas dirige-se a ela apenas para complementar a informação²⁰. Nota-se nessa consulta que, pela iniciativa do residente, a criança pode e relata a sua versão do problema de saúde.

Autores referem que iniciar a entrevista com a criança de 4 anos ou mais de idade e fazer perguntas a ela durante a consulta promove aumento do número de informações oferecidas pela criança. É enfatizada a importância de dirigir-se nominalmente a ela para favorecer a comunicação. Identifica-se também que, quando se utiliza da mesma paralinguagem ao dirigir-se à mãe e à criança, ocorre maior participação desta na consulta. (Meeuwesen e Kaptein, 1996; Stivers, 2001; Tates et al., 2002b; Cahill e Papageorgiou, 2007a; Stivers, 2001).

Os comportamentos não verbais dos adultos, médico e pais, como, por exemplo, contato visual, gestos e postura corporal, quando direcionados à criança, podem facilitar a comunicação com ela (Stivers, 2001).

É importante ressaltar que alguns autores referem que a criança não apenas participa da entrevista quando é solicitada, mas que, por várias vezes, ela busca ativamente essa participação. No entanto, esse comportamento frequentemente é considerado irrelevante ou, até mesmo, desvalorizado e ignorado pelo médico (Meeuwesen e Kaptein, 1996; Nova et al., 2007).

Em relação à presente pesquisa, notou-se que a criança comumente busca contato com o residente, mas nem sempre este está atento para identificar essa tentativa de comunicação.

As crianças buscam interação com os residentes por diversos modos. Nota-se que as crianças pequenas batem com a mão na mesa e tentam pegar o papel no qual o médico faz registros da história²¹. Outras crianças exibem brinquedos pessoais, manipulam suas bolsas ou mochilas, tentam explorar a gaveta da mesa do residente e seus objetos pessoais. Algumas crianças pré-escolares e escolares respondem às perguntas formuladas para a mãe. Às vezes, elas aproximam-se fisicamente tanto do

¹⁹ Texto ilustrativo, seção 4.3.8.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no final do estágio)

²⁰ Texto ilustrativo, seção 4.3.8.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no final do estágio)

²¹ Texto ilustrativo, seção 4.3.4.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no final do estágio)

médico, que parecem querer subir no seu colo. Apesar disso, observa-se que poucas vezes o residente responde ao comportamento da criança, com condutas que busquem incluí-la na consulta.

É comum, após algumas tentativas frustradas, a criança desistir da busca ativa da comunicação e dispersar-se pelo consultório, afastando-se do médico residente. Nota-se que, nessa situação, é comum a criança buscar um diálogo paralelo com a mãe e, por fim, tentar sair do consultório. Muitas crianças retomam o contato quando solicitadas pelo médico, mas o rápido redirecionamento da conversa para a mãe afasta-as novamente da consulta²².

As tentativas frustradas de comunicação com o residente possivelmente têm repercussões no entendimento da criança a respeito da consulta médica.

É provável que a criança durante repetidas interações com o médico construa uma representação mental dos aspectos relacionais da consulta e, como consequência, uma imagem do seu papel como paciente. Dessa forma, a repetida exclusão da criança da comunicação, durante a entrevista médica, pode favorecer uma representação interna de consultas como um lugar onde ela deve ser passiva e não pode ser ouvida ou entendida (Tates et al., 2002a; Nova et al., 2007).

Não se observou neste estudo a interrupção da fala da criança pelos pais, ao contrário, em uma das consultas, com um menino de 6 anos de idade, nota-se que a mãe estimula a criança a responder ao questionamento do médico, mas este reitera a pergunta para mãe e ressalta que é necessário que ela mesma responda a questão formulada²³. Esse comportamento do residente reforça a ideia do desconhecimento da importância da participação da criança durante a realização de todas as etapas da anamnese, desde o início, na obtenção de dados da história da doença atual.

Diferente do que foi encontrado nessa pesquisa, alguns autores mencionam a interrupção da fala da criança pelos pais como algo bastante frequente (Cahill e Papageorgiou, 2007a; Nova et al., 2007). Cahill e Papageorgiou (2007a) notaram que, quando os pais relatam suas preocupações precocemente na consulta, a conversa com a criança ocorre mais facilmente sem a intervenção do adulto. Deve-se mencionar que comportamentos dos pais durante a consulta podem favorecer ou inibir a comunicação

²² Texto ilustrativo, seção 4.3.5.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no início do estágio)

²³ Texto ilustrativo, seção 4.3.10.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no final do estágio)

com a criança, como por exemplo, a aceitação e valorização ou não pelos adultos do que é dito por elas (Young et al., 2003; Nova et al., 2007).

Nesse sentido, para os pais que atuem dessa forma, interrompendo com frequência a fala da criança, alguns autores sugerem que eles sejam informados que também serão ouvidos e que pesquisas científicas demonstram que a comunicação direta entre o médico e a criança contribui para a satisfação com o cuidado e para o aumento da aderência ao tratamento com melhores resultados da consulta (Pantell et al., 1982; Holtzheimer et al., 1998; Tates e Meeuwesen, 2001; Tates et al., 2002b).

Observaram-se outros comportamentos dos residentes que sugeriram pouca valorização do relato da criança. Como mencionado anteriormente, poucas vezes os residentes reagem às intervenções da criança na consulta. Quando isso ocorre, notam-se algumas vezes sorrisos por parte do médico após a criança referir suas queixas ou preocupações, em uma atitude que sugeriu certa complacência e desqualificação da fala da criança, no sentido de achar “engraçadinho” ou “bonitinho” o comentário, mas sem utilidade prática para o desenvolvimento da entrevista²⁴.

Em outros momentos, chamam a atenção as respostas desconectadas com o relato da criança, como por exemplo, quando a residente diz “que lindo!” quando uma criança de 3 anos de idade refere que apresentou vômitos²⁵.

Em outras situações, observam-se comentários da médica que sugerem desqualificação do medo de uma criança de 1 ano de idade, como por exemplo, quando ela chora durante o exame físico e a residente comenta que seria bom o choro durante a avaliação da orofaringe, pois inclusive ajudaria a realização do procedimento²⁶.

Esses comportamentos podem dificultar a comunicação e a inclusão da criança na consulta, além de explicar, por exemplo, a dificuldade na realização do exame físico em decorrência da recusa da criança, assim como a insistência desta em deixar o consultório precocemente.

Esses fatos podem ser entendidos pelo desconhecimento por parte dos residentes da capacidade de expressão e compreensão das crianças a respeito da sua saúde e, em decorrência disso, não reconhecerem a importância de levar os relatos das crianças a

²⁴ Texto ilustrativo, seção 4.3.2.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no início do estágio)

²⁵ Texto ilustrativo, seção 4.3.6.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no início do estágio)

²⁶ Texto ilustrativo, seção 4.3.2.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no início do estágio)

sério. Bibace e Walsh (1980) enfatizam em seu trabalho a importância de não desqualificar os relatos ou os medos das crianças.

Por outro lado, é interessante ressaltar que, apesar de pouco comum, duas residentes que atenderam lactentes no final do estágio conversam com eles sobre fatos ocorridos durante a consulta.

Uma delas, por exemplo, quando a criança urina na mesa de exame, comenta, dirigindo-se para a criança, que ela ficará gelada e talvez sinta frio e, na sequência, a médica coloca a criança em um lugar seco da mesa²⁷.

A outra residente busca uma comunicação com a criança desde a anamnese. Ela mantém contato visual com a mãe e com a criança e, quando esta balbucia, a médica oferece uma resposta dando significado para a verbalização da criança²⁸. Durante o exame físico existe alguma explicação para as crianças a respeito dos procedimentos semiológicos.

A observação desse tipo de comportamentos no presente estudo pode ter explicações variáveis como, por exemplo, crenças, valores e experiências anteriores das residentes envolvidas.

Autores frequentemente analisam crianças a partir de 4 anos de idade e as características da participação daquelas de menor idade, nas quais a comunicação verbal é menos desenvolvida, é pouco estudada (Pantell et al., 1982; Meeuwesen e Kaptein, 1996; van Dulmen, 1998; Cahill e Papageorgiou, 2007a).

No entanto, sabe-se que a comunicação com os adultos, inicialmente com a mãe, é fundamental para o desenvolvimento físico e psíquico do lactente. É por meio da comunicação com os adultos, que traduzem o mundo exterior, que elas constroem o seu conhecimento a respeito desse mundo (Crespin, 2004). Como estabelecer esta comunicação durante a consulta médica é ainda um desafio.

Pelo exposto, pareceu interessante ressaltar o comportamento dessas duas residentes. Esse ilustra que o próprio médico pode e deve estabelecer uma conversa com o lactente, a qual pode conter assuntos provenientes do contexto da consulta.

A importância desse comportamento deve ser reconhecida, tendo-se como base alguns pressupostos: primeiro, por se considerar a criança, desde o seu nascimento, um

²⁷ Texto ilustrativo, seção 4.3.5.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no final do estágio)

²⁸ Texto ilustrativo, seção 4.3.3.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no final do estágio)

sujeito que necessita de interação com o outro e, em particular, verbalmente; segundo, para permitir que a criança, precocemente, se familiarize com o contexto da consulta médica; e, por fim, para ilustrar para os pais, por meio desse comportamento, aquilo que o médico deve ressaltar para eles como fundamental para um adequado desenvolvimento neuropsicomotor - conversar com as crianças sobre o seu cotidiano, desde fases precoces da vida (Crespin, 2004). Estudos devem ser elaborados com o objetivo de se analisar a possibilidade e as características da comunicação entre o médico e os lactentes.

Nova et al. (2005) estudaram a contribuição de crianças de 2 a 6 anos de idade na comunicação entre médico, criança e pais, por meio de pesquisa qualitativa, e concluíram que mesmo crianças tão novas como as de dois anos de idade podiam participar da conversa a respeito de sua saúde e necessidades de tratamento. Uma compreensão incompleta não justifica a falta de discussão com a criança que deseja participar do seu cuidado (Levetown et al., 2008).

No entanto, no caso das crianças de baixa idade, particularmente pré-escolares, é importante conhecer o tipo de perguntas que elas são capazes de responder e reconhecer que o ambiente da consulta pode ser estressante e dificultar a comunicação (Pantell et al., 1982). Assim, apesar da recomendação de incluir a criança na conversa durante a entrevista médica, quando ela se recusa a participar, sua escolha deve ser respeitada (Leventown et al., 2008). Mas, nesse caso, sempre é importante refletir se as tentativas de aproximação feitas com a criança foram adequadas para a idade.

Vários autores demonstraram que as crianças são mais capazes de compreender os conceitos de saúde e doença do que tem sido geralmente assumido (Lewis et al., 1984; Eiser et al., 1983; Holtzheimer et al., 1998). Essa compreensão possivelmente envolve diferentes variáveis como desenvolvimento neuropsíquico, experimentação anterior, escolaridade e contexto cultural.

Autores que adotam a linha estruturalista enfatizam que a capacidade de compreensão associa-se ao amadurecimento neuropsíquico das crianças, enquanto aqueles que adotam a linha histórico-cultural priorizam o papel da aprendizagem, experiência e cultura na aquisição da capacidade de compreender as questões de saúde e de doença (Bibace e Walh, 1980; Eiser et al., 1983; Boruchovitch e Mednick, 1997; Bouruchovitch e Mednick, 2000; Perosa e Gabarra, 2004; Perosa et al., 2006).

Alguns autores observaram que as crianças pré-escolares tendem a explicar a causa das doenças de forma indiferenciada e mágica, sem se preocupar com a relação de causa e efeito (Bibace e Walh, 1980; Perosa e Gabarra, 2004). Nessa faixa etária, quando questionada a respeito de como se adquire doenças como, por exemplo, as gripes, são comuns respostas como: “porque sim” ou “por que Deus quis”. Outras respostas observadas relacionam-se à sua experiência concreta imediata, como por exemplo, a simples proximidade com alguém doente fará com que ela também adoça. Notaram-se também, nesse período, explicações autculpabilizantes, como adoecer por ter desobedecido aos pais (Bibace e Walh, 1980; Perosa e Gabarra, 2004).

Nas crianças na faixa etária escolar, aparecem explicações de causa e efeito, como, por exemplo, a contaminação do seu corpo por germes externos. Nas crianças a partir de 10 anos, surgem explicações mais elaboradas, que levam em conta conceituações mais complexas. O adoecimento é explicado por meio da interação entre agressões externas e resposta de defesa do corpo (Bibace e Walh, 1980; Perosa e Gabarra, 2004).

Essas observações sugerem que o momento de obter e oferecer informações deve respeitar a idade, o desenvolvimento neuropsíquico e o conhecimento prévio a respeito de saúde e doença. Nessa perspectiva, a anamnese deve contemplar a exploração das ideias e explicações da criança a respeito de seu problema de saúde para que as respostas fornecidas pelo médico sejam individualizadas, adequadas e eficientes do ponto de vista de esclarecimento, tranquilização e colaboração da criança no processo preventivo ou terapêutico.

Retomando os resultados deste estudo, observou-se que um dos residentes, que apresenta modificação na forma de conversar com as crianças, atende uma menina de 9 e um menino de 6 anos de idade no início e no final do estágio, respectivamente.

Observou-se que no final do estágio ele dirige-se mais frequentemente à criança. No entanto, a conversa baseia-se principalmente na rotina escolar. No final da conversa, o residente pede para a criança escrever seu nome em um pedaço de papel, observa-o com um sorriso e depois elogia o trabalho do menino, o que sugere uma interação afetiva do médico com a criança²⁹.

²⁹ Texto ilustrativo, seção 4.3.10.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no final do estágio)

O predomínio de interações afetivas nas consultas com crianças é observado em outros trabalhos. Segundo *Tates et al. (2002c)*, a relação afetiva e amistosa favorece uma boa relação interpessoal, mas exclui dois aspectos importantes da relação médico-paciente: a troca de informações e a tomada de decisões, não sendo, portanto, suficiente.

Outras tentativas de interação com crianças pré-escolares e escolares são mediadas pela utilização de desenhos.

Uma das residentes desenha uma pista para carros em um pedaço de papel e brinca rapidamente com a criança de 3 anos de idade com uma espátula que imita um carro³⁰. Esse contato dura alguns segundos e rapidamente a residente retoma o diálogo com a mãe.

Apesar de uma interação afetiva, na maioria dos casos, o desenho pareceu ser utilizado apenas para distrair a criança, enquanto os residentes conversam com os pais, e não como forma de estabelecer um canal de comunicação.

Assim, observou-se que um instrumento como o desenho pode ser utilizado tanto para facilitar a inclusão da criança na consulta no sentido de favorecer a sua comunicação com o médico, como uma forma de exclusão da sua participação.

Descreve-se a utilização desse recurso para entender o ponto de vista da criança em relação ao processo saúde-doença.

O crescente interesse em comunicar-se com as crianças nas consultas médicas a respeito de sua saúde, inclusive em relação ao manejo terapêutico e preventivo, suscitou a necessidade de conhecer recursos para estabelecer essa comunicação nas diferentes faixas etárias.

Alguns autores utilizam desenhos a partir do qual a criança constrói uma história. Essa é uma técnica fácil, prazerosa e que pode superar as limitações da expressão verbal de crianças, principalmente pequenas, diante de conceitos complexos (*Favero et al., 1995; Hart e Chesson, 1998, Satrapa, 2002*).

Os poucos estudos, que analisam a função do desenho para explorar a perspectiva da criança a respeito de seu adoecimento, são realizados com crianças internadas, e muitas vezes, com doenças graves. O desenho tem sido utilizado com finalidades principalmente psicoterapêuticas (*Perosa et al., 2006*), portanto fora do contexto da consulta médica.

³⁰ Texto ilustrativo, seção 4.3.5.2 (resultados, categoria empírica (a), consulta realizada no início do estágio)

A utilização dessa ferramenta, em consultas ambulatoriais rotineiras, não é descrita e pode ter seu uso limitado por questões, como por exemplo, de tempo disponível para a consulta. Nesse contexto, pode-se cogitar a utilização do desenho em situações especiais. Portanto, mais estudos devem ser conduzidos para analisar a utilização do desenho como ferramenta de comunicação entre o médico e a criança em consultas médicas ambulatoriais.

Diversos autores comumente demonstram mais interesse pela obtenção de informações por meio de respostas verbais. No entanto, a dificuldade de a criança interagir desse modo não se restringe apenas à limitação verbal consequente ao estágio de desenvolvimento da linguagem, mas a obstáculos decorrentes do próprio contexto de interação com adultos (Perosa et al., 2006). Favero et al., 1995 verificaram que crianças menores de sete anos de idade davam informações que correspondiam ao discurso dos adultos e apenas as crianças mais velhas expunham suas crenças e justificavam suas ações.

Nota-se que o modo de obter e transmitir informações verbalmente nas diferentes faixas etárias é um desafio, como já comentado. O uso de jargões médicos é outro ponto destacado como problema na comunicação entre o médico e a criança (Korch e Negrete, 1972; Pantell et al., 1982).

Freemon (1998) demonstrou que, em mais de 50% dos casos, o médico utiliza jargões com os pais e, ao dirigir-se à criança, utiliza termos no diminutivo, termos mais afetivos e linguagem cotidiana mas que mesmo assim se mostram ineficazes para explicar as doenças.

A utilização de analogias para aproximar as explicações médicas do conhecimento concreto da criança tem sido sugerida por alguns autores (Whitt et al., 1979, Bibace et al., 1991). No entanto, outros questionam esse recurso, pois pouco se sabe a respeito da compreensão de analogias pelas crianças, principalmente as de pouca idade (Eiser et al., 1986).

Autores discutem a utilização do ato de contar histórias para crianças internadas, como proposta de elaboração de medos e preocupações relacionados com o momento do adoecimento. Outros pesquisadores propõem programas educacionais com jogos, inclusive videogames, como forma de transmitir informações e aumentar a aderência às

propostas terapêuticas em situações especiais como, por exemplo, crianças com diabetes mellitus tipo 1 (Lieberman, 2001; Satrapa, 2002).

Nota-se, então, que o campo da comunicação com as crianças na consulta médica envolve várias questões ainda não completamente conhecidas, nas quais estão implicados não apenas aspectos científicos, mas éticos, legais e culturais. Possivelmente uma postura de maior consenso seja escutar a criança e conhecer a sua versão do problema (Perosa et al., 2006; Leikin et al., 1983; Hilden et al., 2000).

Outro aspecto relevante envolvendo a comunicação entre o médico e a criança é o momento da finalização da consulta. No presente estudo, nota-se que apesar de uma residente explorar alguns aspectos do problema de saúde diretamente com a criança, não se observa em nenhum dos residentes explicações dirigidas à criança a respeito do problema de saúde ou compartilhamento das decisões tomadas.

O predomínio da comunicação entre o médico e a criança na obtenção de informações em relação a explicações e orientações também é observado em outros estudos (Pantell et al., 1982, Bates et al., 2002a; Cahill e Papageorgiou, 2007a).

Nota-se que, no momento do diagnóstico e das decisões terapêuticas, o discurso é dirigido para os pais. Esse modo de comunicação pode prejudicar o desenvolvimento da responsabilidade da criança pelo seu cuidado (Pantell et al., 1982, Bates et al., 2002a; Cahill e Papageorgiou, 2007a).

A participação da criança no momento de tomada de decisões envolve questões éticas e, como tais, bastante delicadas. Um princípio fundamental é o direito da criança à participação ativa no cuidado da sua saúde. Dessa forma, na perspectiva da “*Convenção sobre os direitos da Criança*”, esta, mesmo que tenha pouca idade, deve ser envolvida nas decisões a seu respeito. Não considerar a opinião da criança nas decisões pode marginalizá-la na consulta, agravar seus medos em relação ao adoecimento e representar um ato de violência contra ela. (Rylance, 1996; Runeson et al., 2001; Hilden et al., 2000; Young et al., 2003).

O grau de participação da criança deve considerar o seu estágio de desenvolvimento neuropsíquico, no entanto, comitês de bioética têm divulgado alguns princípios e estratégias que podem orientar o comportamento dos profissionais da saúde. Principalmente em situações de decisões a respeito, por exemplo, do manejo de

doenças graves, a melhor decisão é aquela na qual estão envolvidos os pais, a equipe de saúde e a criança (Canadian Paediatric Society, 2004).

Nesse contexto, vale ressaltar que o fato de crianças, principalmente as de pouca idade, apresentarem limitações para se responsabilizarem por determinadas decisões, outras são totalmente passíveis de participação (Rushforth, 1999; Hilden et al., 2000; Runeson et al., 2001; Young et al., 2003).

Alguns autores exemplificam que a criança, possivelmente, não pode optar por não coletar exames de sangue, mas pode escolher o braço que será puncionado ou se será utilizada ou não uma pomada anestésica antes do procedimento (Rushforth, 1999). Essa escolha, aparentemente pequena, pode significar algum controle sobre sua saúde e permitir à criança elaborar e enfrentar seu medo nesse momento.

Pelo exposto, nota-se que, na presente pesquisa, a maioria dos residentes não está apta para se comunicar adequadamente com as crianças. Assim, fica evidente a necessidade de estabelecer estratégias de ensino para capacitar os residentes de pediatria, que cursam o estágio no AGEP, em habilidades de comunicação específicas para a inclusão das crianças na consulta.

Outras categorias empíricas foram elaboradas após a análise das filmagens. A categoria, *Explicação do Roteiro de Anamnese*, foi caracterizada na consulta da maioria dos residentes nos dois momentos do estudo. Notou-se frequentemente que o residente preocupa-se em explicar para os pais que uma ficha de anamnese extensa será preenchida por se tratar da primeira consulta³¹. Um dos médicos inclusive desculpa-se com a família pela demora da consulta em decorrência desse procedimento. Foram observados comportamentos que transmitiam a insatisfação do residente com o preenchimento da ficha, tais como: perguntas fechadas que induziam a resposta, tom de voz baixo e monótono e cabeça apoiada nas mãos³².

A explicação a respeito da necessidade do preenchimento da ficha de anamnese semiestruturada ocorre no início da entrevista ou após a exploração do problema inicialmente referido pelos pais.

Não foi possível conhecer exatamente os motivos que levaram o grupo de residentes a elaborar esse tipo de explicação para os pais, mas a repetição do

³¹ Texto ilustrativo, seção 4.3.10.2 (resultados, categoria empírica (b), consulta realizada no início do estágio)

³² Texto ilustrativo, seção 4.3.10.2 (resultados, categoria empírica (b), consulta realizada no final do estágio)

comportamento observado pôde sugerir pouca valorização das informações contidas no roteiro. É possível que a explicação para os pais reflita a descrença do residente em relação à associação de todas as informações obtidas pelo roteiro e o problema de saúde referido. A forma rígida e sistemática como o roteiro de anamnese é utilizado pelo residente ilustra essa suposição, assim como o tipo de informação que é obtida por meio dele, como foi observado nas categorias gerais (1) e (2).

Outra categoria empírica foi a *Prontuário como principal fonte de informação*. Notou-se que quando existe um prontuário anterior, o residente busca o entendimento das informações objetivas contidas nele durante a entrevista e pareceu não escutar a história referida pelos pais naquele momento. Esse comportamento foi comum no grupo de residentes nas duas consultas observadas. A maioria deles alterna o manuseio do prontuário com a conversa com os pais. No entanto, chama a atenção o comportamento específico de uma das residentes³³. Esta, nas duas consultas observadas, não permite o relato da história pela mãe e conduz a consulta apenas por meio do resumo das informações registradas no prontuário. Observou-se nitidamente descontentamento da mãe com esse fluxo da consulta, no entanto, a residente pareceu não perceber e não modifica o comportamento.

A presença dessa categoria no presente estudo ilustra de forma enfática o predomínio do modelo biomédico no modo de conduzir a consulta pelos residentes do estudo.

Os *Momentos de Silêncio na Consulta* foi outra categoria empírica identificada no estudo nas duas consultas observadas. Notaram-se, comumente, longos períodos de silêncio durante a consulta, principalmente nos momentos em que o residente registra no prontuário as informações obtidas. Essa categoria chama a atenção, pois se observa incômodo por parte dos pais quando ela aparece. Momentos de silêncio na consulta podem ser importantes para que médicos e pais reflitam a respeito das informações que surgem durante a entrevista e assim possam aprimorar os dados obtidos. Talvez seja interessante o residente estar atento à repercussão do tempo de silêncio na consulta. Quando o silêncio se relaciona às anotações no prontuário das informações obtidas, pode ser adequado o médico alertar os pais a respeito do fato, além de utilizar outras técnicas de comunicação nesse momento como, por exemplo, *sumariar e parafrasear*.

³³ Texto ilustrativo, seção 4.3.7.2 (resultados, categoria empírica (b), consulta no final do estágio)

Outra categoria empírica identificada foi a *Explicações a respeito dos Procedimentos do Exame Físico* em várias consultas, principalmente no início do estágio. A maioria dos residentes não explica o significado do exame físico para os pais ou para as crianças. Alguns permanecem calados durante todo o exame físico³⁴ e, algumas vezes, a expressão facial dos pais e algumas perguntas feitas por eles sugeriram curiosidade pelo procedimento. Essa categoria é mais um exemplo, no grupo de médicos residentes estudado, do predomínio do modelo biomédico no modo de conduzir a consulta.

5.4 Considerações finais

Este trabalho reforçou a ideia do grupo de supervisores pediatras a respeito da insuficiência do modelo de ensino do AGEP, vigente em 2007, na capacitação dos residentes de pediatria para realização de uma consulta médica baseada em pressupostos do modelo centrado no paciente.

Com base nessa constatação, o grupo de supervisores do Ambulatório Geral de Pediatria fez uma série de reflexões e propôs, a partir de 2008, a incorporação de novas estratégias às técnicas de ensino já utilizadas no AGEP.

No início do estágio, os conteúdos gerais a serem discutidos com os residentes são organizados em um módulo denominado “A Consulta”. Esse módulo tem como objetivo desencadear o processo de ensino e aprendizagem dos residentes a respeito da realização de consultas médicas, tendo por referência o modelo centrado no paciente.

Dessa forma, além da discussão longitudinal ao longo do ano, durante um mês, as aulas teóricas com todo o grupo de 40 residentes, as atividades nas reuniões de preparo de casos e as discussões em campo enfatizam os pressupostos do modelo de atendimento centrado no paciente e sua aplicabilidade na prática clínica, segundo diversos autores (Elwyn et al., 1999a; Elwyn et al., 1999b; Mead & Bower, 2000; Bensing et al., 2000; Kurtz et al., 2006; Silverman et al., 2008; Pendleton et al., 2006, Molen e Lang, 2007).

Sabe-se, que para a realização de consultas com resultados satisfatórios dentro das premissas do modelo centrado no paciente, as habilidades de comunicação

³⁴ Texto ilustrativo, seção 4.3.9.2 (resultados, categoria empírica (c), consulta realizada no final do estágio)

específicas são consideradas ferramentas fundamentais (Maguire et al., 1976; Sanson-Fisher et al., 1978; Irwin et al., 1984; Wisson et al., 1994; Kurtz et al., 2006; Silverman et al., 2008; Rotter et al., 2006; van der Molen e Lang, 2007; Zandbelt et al., 2007; Anderson et al., 2008).

Dessa forma, o grupo de supervisores seleciona, previamente ao início do módulo, além de textos sobre o modelo centrado no paciente, artigos a respeito de habilidades de comunicação que são discutidos com os residentes principalmente nas reuniões de preparo de casos

Dentre as habilidades de comunicação discutidas com os residentes, ressaltam-se a *escuta atenta*, as *perguntas abertas* principalmente para iniciar a exploração de problemas referidos e as *perguntas fechadas* particularmente para o entendimento da história relatada, *atitudes facilitadoras e encorajadoras* do relato do paciente como contato visual, leve balançar afirmativo da cabeça, *sumariar e parafrasear* o conteúdo das narrações em intervalos de tempo o que pode demonstrar interesse pela história e aprimorar as informações obtidas, *ter empatia* com o paciente, *compartilhar* as propostas terapêuticas.

A *escuta atenta* é uma habilidade de comunicação fundamental para a proposta de atendimento centrado no paciente e adquire atenção especial nas pesquisas científicas e na discussão de programas de capacitação em habilidades de consulta (Jackson et al., 1992; Wisson et al., 1994; Silverman et al., 2008; Boudreau et al., 2007; Anderson et al., 2008; Fucks et al., 2009)

O termo *escuta atenta* tem sua origem na psicanálise, na qual a principal ferramenta de trabalho é o diálogo estabelecido entre o terapeuta e o paciente com a finalidade de compreender a subjetividade do indivíduo, suas representações e simbolizações do mundo.

No contexto da consulta médica, o termo começa a ser utilizado com a introdução por Balint et al., em 1970, da discussão a respeito da “medicina centrada no paciente” que contrasta com a “medicina centrada na doença” (Balint, 2007).

Boudreau et al. (2009) ressaltam que *escuta atenta* é um processo ativo que permite a identificação de aspectos específicos do discurso do narrador, como por exemplo, a escolha da palavra, a paralinguagem e os sinais não verbais. Esse processo ativo envolve a interpretação desses aspectos identificados por parte do ouvinte para

entender, no caso do contexto médico, a preocupação do paciente, as ideias sobre o adoecimento e, a partir disso, por exemplo, capacitar o paciente para colaborar com o tratamento. O comportamento não verbal, como contato visual, expressão facial e postura do corpo, pode também transmitir informações importantes a respeito da perspectiva do paciente;

Esse mesmo autor refere que para uma *escuta atenta* o médico deve estar disponível para iniciar a conversa e essa disponibilidade pode ser expressa, por exemplo, pela postura corporal e o contato visual. Além disso, o médico precisa reconhecer que a narrativa do paciente pode ter uma lógica própria e diferente da esperada pelo médico e que é papel dele compreendê-la.

Segundo Boudreau et al. (2009), para escutar atentamente é necessário que o médico desenvolva a capacidade de ouvir sem interrupções precoces ou orientações prematuras e pondere os momentos de silêncio ou pausas prolongadas que podem causar desconforto para o paciente.

Considerando a *escuta atenta* como ferramenta essencial para realização de consultas médicas, parece importante o desenvolvimento de técnicas de ensino que facilitem o aprendizado do aluno sobre essa questão.

Discussões recentes a respeito de mudanças curriculares em Universidades de Montreal e Quebec, no Canadá, têm enfatizado o ensino da *escuta atenta* e têm sido propostas estratégias de ensino específicas ao longo do curso (Boudreau et al., 2007).

À vista de todo esse conteúdo a ser discutido com os residentes, ressalta-se uma dificuldade já identificada, mesmo antes desta pesquisa, nas discussões de casos com os residentes durante o atendimento. Essa se relaciona à resistência dos residentes à discussão de novos conceitos, particularmente a respeito de modelos de atendimento.

Para superar essa dificuldade, pensou-se em estratégias de ensino que contemplem os conceitos da teoria de ensino-aprendizagem do adulto, na qual o ensino é mais eficiente quando as necessidades educacionais são identificadas pelos próprios formandos.

Pazin Filho (2007) discute em seu trabalho algumas características particulares do adulto no processo de aprendizagem: (1) repertório prévio de conhecimentos, que pode produzir resistência a mudanças e à aquisição de novos conhecimentos, se esse repertório não for adequadamente valorizado; (2) necessidade de motivação para o

aprendizado, com aplicabilidade imediata para o novo conhecimento; (3) medo de cometer erros e (4) necessidade de retorno sobre o aprendizado (*feedback*). Entre os princípios para a aprendizagem dos adultos, também se encontra a necessidade de se autodirigir.

Assim, um dos desafios dessa teoria é a identificação pelos alunos das necessidades educacionais importantes para o desempenho de suas atividades profissionais (Laidley et al., 2000). No caso dos residentes, observa-se que eles costumam não ter experiência e conhecimento suficientes para reconhecerem as suas necessidades de aprendizagem para a realização de uma consulta centrada no paciente. Assim, a capacitação desses residentes deve contemplar, além dos aspectos conceituais teóricos, atividades práticas de atendimento que permitam a identificação de pontos a serem aperfeiçoados.

Dessa forma foi introduzida, a partir de 2008, a gravação em áudio e vídeo da consulta seguida de *feedback* como procedimento para propiciar que o residente identifique as suas necessidades de aprendizagem, motivá-lo para a reflexão e, posteriormente, para a aquisição de novas habilidades que permitam a ele superar as necessidades iniciais (Sturgeon et al., 1979; Irwin et al., 1984; Maguire et al., 1986; Gask et al., 1987; Gask et al., 1988; Paul S., 1998; Knowles et al., 2001; Smith et al., 2002; Cooper et al., 2002; Mukohara et al., 2004; Smith et al., 2004; Nilsen et al., 2005; Henderson et al., 2005; Howells et al., 2006; Prins et al., 2006; Pendleton et al., 2006; Amaral et al., 2007; Amaral et al., 2007; Zick et al., 2007).

O *feedback* tem que ser eficaz e construtivo, permitindo ao aluno ou ao médico em aperfeiçoamento tornar-se seguro das habilidades já adquiridas e capaz de identificar aquelas que necessitam de aprimoramento, a partir da discussão dos pontos positivos e negativos do desempenho. Segundo Pendleton et al. (2006), o *feedback* construtivo deve apoiar-se em algumas regras básicas: (1) a comunicação deve ser clara, objetiva e direta; (2) encorajar o aluno a comentar a sua consulta primeiro; (3) considerar os pontos positivos em primeiro lugar; (4) fazer recomendações mais do que estabelecer regras rígidas. Esse mesmo autor reforça a importância de o aluno sentir-se no comando do seu aprendizado e de o professor assumir a função de facilitador da aprendizagem, ao invés de ser aquele que dita regras de atitudes e de comportamentos.

Para a realização de um *feedback* construtivo, os supervisores do AGEP são familiarizados e capacitados nos princípios desse procedimento, o que requer estudo continuado da técnica.

Em relação à comunicação com a criança, no módulo sobre a consulta são incluídos temas a esse respeito. A discussão tem como objetivo proporcionar ao residente: conhecimento a respeito: (1) das questões éticas envolvendo o atendimento da criança; (2) da importância da inclusão da criança no processo diagnóstico e terapêutico; (3) do desenvolvimento neuropsíquico da criança em relação à sua capacidade de expressão e compreensão verbal e (4) algumas estratégias para se comunicar com a criança baseadas na literatura e na experiência dos médicos pediatras, supervisores do AGEP

Pela análise dos estudos, alguns pontos identificados no diálogo entre médico, pais e criança parecem facilitar o estabelecimento de uma comunicação adequada (Cahill e Papageorgiou, 2007a):

1. Dirigir-se à criança nominalmente a respeito do motivo para a consulta médica no início da entrevista
2. Permitir que os pais expressem suas preocupações logo no início da consulta
3. Manter uma conversa triangulada (médico, pais e criança)
4. Explorar as ideias da criança sobre o problema de saúde apresentado
5. Valorizar os relatos da criança, seus medos e preocupações
6. Explicar também para a criança as hipóteses diagnósticas e propostas terapêuticas
7. Considerar a opinião da criança nos momentos de decisão
8. Considerar a faixa etária da criança para explicações e orientações adequadas e individualizadas
9. Utilizar o mesmo tom de voz com pais e com a criança.

Apesar do exposto, no presente momento as estratégias de ensino a respeito da relação médico e criança, particularmente ao que diz respeito à comunicação com a criança, ainda são incipientes no AGEP. A literatura a respeito do assunto no contexto médico é escassa e não foram encontrados textos que proponham uma sistematização metodológica para o ensino de habilidades de comunicação com crianças.

Nesse contexto, delineia-se um campo de ensino e pesquisa amplo e bastante importante para os profissionais da área da saúde que lidam com crianças, particularmente os pediatras.

Vale ressaltar que, desde 2007, a equipe de médicos supervisores do AGEF vem intensificando a sua capacitação, de modo contínuo e progressivo, nas questões aqui delineadas, por meio de leitura e discussão de textos selecionados, reflexão sistemática sobre os avanços e as dificuldades identificados ao longo da aplicação das novas estratégias de ensino-aprendizagem e de participação em cursos e em congressos sobre ensino médico.

À vista do exposto e como consideração final, a pesquisadora propõe a seguinte linha de pesquisa para o AGEF – Ensino da Relação Médico-Paciente em Pediatria, para a continuidade de estudos a respeito da relação médico-paciente, com ênfase na comunicação entre médico, pais e criança. A proposta tem como objetivo, também, a exploração do modo como ocorre a interação entre o médico e a criança durante a consulta, visando a elaboração de técnicas específicas para o ensino da comunicação entre médico, pais e criança e posterior análise da repercussão dessas técnicas no aprendizado dos residentes de pediatria.

6 Conclusão

6.1 Categorias Gerais

A análise dos resultados permitiu inferir que a maioria dos residentes de pediatria, no final do estágio do AGEF, não inclui a perspectiva dos pais no modo de conduzir a consulta. Pode-se dizer que alguns residentes buscam o entendimento das relações familiares e outros alguma compreensão de sentimentos envolvidos com as questões referidas, mas esses comportamentos parecem insuficientes para supor uma tentativa de inclusão da perspectiva dos pais na realização das entrevistas médicas.

A maioria dos residentes mantém um bom contato visual com os pais e favorece a livre narrativa da família no início e no final do estágio. No entanto, observou-se que o modelo de ensino do AGEF, vigente em 2007, não permitiu no final do estágio ambulatorial que a maioria dos residentes explorasse a experiência dos pais com o adoecer da criança. Não se observou busca dos medos e preocupações associados aos problemas de saúde referidos ou das explicações para a presença do problema ou das repercussões da questão referida na rotina de vida dos pais ou da criança. Quando poucos residentes exploram a experiência de adoecimento, isso ocorre de forma insatisfatória.

O grupo de residentes não demonstra tentativa de compartilhamento das decisões e propostas terapêuticas com os pais. As orientações sempre são prescritivas, prevalecendo a agenda do médico em relação à agenda dos pais, na maioria dos casos.

A maioria dos residentes questiona os pais a respeito do entendimento das propostas terapêuticas e predispõe-se a responder dúvidas, mas isso não foi considerado compartilhamento das orientações e decisões.

O modo de explicar aos pais as propostas de tratamento foi considerado adequado em relação à utilização de linguagem verbal clara, paralinguagem adequada e sem utilização de jargões médicos.

6.2 Categorias Empíricas

Dentre as categorias empíricas elaboradas, a *Interação com a Criança* foi a mais significativa. A análise dos resultados permitiu inferir que a maioria dos residentes mantém pouca comunicação com a criança durante a consulta médica, e quando isso

ocorre, na maioria dos casos é inadequada e restringe-se à conversa sobre a rotina de vida e as atividades escolares.

Pode-se supor que a utilização do roteiro de anamnese semiestruturado dificultou o estabelecimento de fluxo adequado da conversa durante a entrevista, possivelmente pelo uso rígido e sistemático do roteiro pelo residente. As *Explicações do Roteiro de Anamnese*, encontradas comumente no grupo de residentes, sugeriram discordância da necessidade da utilização desse instrumento para a realização de entrevistas médicas, a qual pode estar relacionada à sua estrutura ou ao seu conteúdo.

A presença de prontuários anteriores durante a consulta prejudicou o estabelecimento de uma comunicação adequada entre o residente e os pais por levar o residente a utilizar o *Prontuário como principal fonte de informação*, em detrimento da obtenção das informações a respeito do problema de saúde da criança diretamente com os pais.

Os *Momentos de Silêncio na Consulta* representaram, de um modo geral, um incômodo para os pais.

Em relação às *Explicações a respeito dos Procedimentos do Exame Físico*, pôde-se inferir que a maioria dos residentes pareceu não conhecer a importância de explicar os procedimentos semiológicos para os pais e para a criança.

7 Anexos

Anexo A – Aprovação da Comissão de Ética do Hospital Universitário da USP

São Paulo, 07 de outubro de 2006.

Il^{mo}(a). S^r(a).

Profa. Dra. Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi

Hospital das Clínicas

Faculdade de Medicina

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “*A formação do pediatra geral em um ambulatório de ensino para uma abordagem integral do paciente*” – **Co-autor(es):** Denise Ballester - **Registro CEP-HU/USP:** 675/06 – **SISNEP CAAE:** 0040.0.198.015-06

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 06 de outubro de 2006, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

O primeiro relatório está previsto para 06 de outubro de 2007.

Atenciosamente,

Dr. Maurício Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

Anexo B – Aprovação da CAPPesq

Ao
Departamento de Pediatria

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 30.08.07, tomou ciência da execução do Protocolo de Pesquisa nº **0760/07**, intitulado: **"A FORMAÇÃO DO PEDIATRA GERAL EM UM AMBULATÓRIO DE ENSINO VISANDO UMA ABORDAGEM INTEGRAL DO PACIENTE"**.

No que tange à sua parte empírica será desenvolvido no **Hospital Universitário da USP**, tendo seu Comitê de Ética aprovado o estudo em 06.10.06.

Pesquisador (a) Responsável: **Dra. Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi**

Pesquisador (a) Executante: **Dra. Denise Ballester**

CAPPesq, 30 de agosto de 2007.

PROF. DR. EDUARDO MASSAD
Presidente

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Anexo C - Termo de consentimento livre e esclarecido para os pais ou responsáveis**1. NOME DO PACIENTE** _____DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº _____ SEXO M ☐ F ☐

DATA DE NASCIMENTO _____/_____/_____

ENDEREÇO _____ Nº _____ APTO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____

CEP _____ TELEFONE _____

2. RESPONSÁVEL LEGAL _____

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº _____ SEXO: M ☐ F ☐

DATA DE NASCIMENTO _____/_____/_____

ENDEREÇO _____ Nº _____ APTO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____

CEP _____ TELEFONE _____

Solicito que o paciente acima identificado participe da pesquisa abaixo:

**A FORMAÇÃO DO PEDIATRA GERAL EM UM AMBULATÓRIO DE ENSINO PARA UMA
ABORDAGEM INTEGRAL DO PACIENTE**

No ensino médico em ambulatório é importante que os médicos em especialização (residentes), melhorem sua capacidade de identificar os componentes psicológicos, sociais e culturais associados à queixa clínica trazida pelo paciente.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar a evolução dos residentes de pediatria do primeiro ano, do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, quanto à capacidade de identificar esses aspectos psicológicos, sociais e culturais após o estágio no Ambulatorial Geral de Pediatria do Hospital Universitário.

As consultas serão gravadas em vídeo, no primeiro, no sexto e no último mês deste treinamento ambulatorial. Esta gravação em vídeo será utilizada para o estudo da consulta com especial atenção para as atitudes do médico, do paciente e de sua família. Essas imagens serão analisadas pelos pesquisadores e poderão também ser discutidas com os residentes pontuando eventos importantes da entrevista que possam contribuir para o aprimoramento da consulta médica dos residentes de pediatria. As imagens terão caráter sigiloso e anônimo e só serão vistas pelos participantes da pesquisa.

A presença da câmera filmadora poderia proporcionar algum constrangimento no início da consulta, tanto para o paciente como para o responsável assim como para o médico, da mesma forma que em outros trabalhos, mas a maneira do médico conduzir habitualmente a consulta, aos poucos vai superando esse desconforto inicial, o que não prejudica o atendimento do paciente.

Os pais ou responsáveis terão acesso às imagens e a gravação das entrevistas a qualquer momento que desejarem. Os pais ou responsáveis terão o direito de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso interfira na continuidade das consultas, tratamentos ou encaminhamentos oferecidos pelo serviço fora e dentro da instituição. O sigilo das informações será respeitado durante a pesquisa, e também após o término da mesma. Não está previsto nenhum outro procedimento para essa pesquisa.

As crianças e os pais ou responsáveis envolvidos no estudo terão direito de dispor de assistência médica no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo a qualquer momento, por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa, o que é pouco provável pela ausência de risco. O tempo de duração da pesquisa é de 3 anos.

Você e o paciente não terão qualquer benefício direto ao participar da pesquisa, mas a mesma contribuirá para o aperfeiçoamento dos métodos de ensino para os residentes.

PESQUISADORES

Nome: Prof. Dra. Sandra J.F.E.Grisi

Rua Paumari, 502 – São Paulo CEP 05054-020

Telefone para contato: 11 30210618

email: sandrajfeg@icr.hcnet.usp.br

Nome do pesquisador: Denise Ballester

Rua Luis Ferreira, 150 Tatuapé – São Paulo CEP: 03072-020

Telefone para contato: (11) 30399409

Email: deball@terra.com.br

CEP-HU: Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-900 – São Paulo – SP

Telefones: 3039-9457 ou 3039-9479

E-mail: cep@hu.usp.br.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do sujeito de pesquisa

assinatura do pesquisador

ou responsável legal

Hospital Universitário

Anexo D - Termo de consentimento livre e esclarecido para residentes

1. NOME DO RESIDENTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº _____ SEXO M ☐ F ☐

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

ENDEREÇO _____ Nº _____ APTO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____

CEP _____ TELEFONE _____

Solicito que o Residente acima identificado participe da pesquisa abaixo:

**A FORMAÇÃO DO PEDIATRA GERAL EM UM AMBULATÓRIO DE ENSINO PARA UMA
ABORDAGEM INTEGRAL DO PACIENTE**

No ensino médico em ambulatório é importante que os alunos no caso, os residentes de pediatria, melhorem sua capacidade de identificar os componentes psicológicos, sociais e culturais associados à queixa clínica trazida pelo paciente.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar a evolução dos residentes de pediatria do primeiro ano, do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, quanto à capacidade de identificar esses aspectos psicológicos, sociais e culturais após o estágio no Ambulatorial Geral de Pediatria do Hospital Universitário.

As consultas serão gravadas em vídeo, após consentimento dos responsáveis pela criança e dos médicos residentes, no primeiro, no sexto e no último mês do estágio ambulatorial. No caso desta pesquisa, a gravação em vídeo será utilizada para o estudo da consulta com especial atenção para as atitudes do médico, do paciente e de sua família. Essas imagens serão analisadas pelos pesquisadores e poderão também ser discutidas com os residentes, pontuando eventos importantes da entrevista que possam contribuir para o aprimoramento da consulta médica dos residentes de pediatria. As imagens terão caráter sigiloso e anônimo e só serão vistas pelos participantes da pesquisa.

Os residentes também responderão um questionário a partir de uma queixa clínica frequente na prática ambulatorial diária, com a finalidade de estudar como o residente conduz a consulta frente a esse queixa clínica.

O material obtido através da filmagem e do questionário poderá ser apresentado e discutido com o residente possibilitando um aprimoramento do seu atendimento. Não está previsto nenhum outro procedimento para essa pesquisa.

Os residentes terão acesso às imagens e a gravação das entrevistas a qualquer momento que desejarem. Só assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido se consentirem em participar da pesquisa após o sorteio; se declinarem do convite, será feito novo sorteio. Também terão o direito de retirar os seus consentimentos e deixarem de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso interfira na continuidade das consultas ou comprometa o estágio no ambulatório ou em qualquer outro estágio da residência médica. O acompanhamento dos outros 30 residentes terá o monitoramento habitual do programa de residência. O sigilo das informações será respeitado durante a pesquisa e também após sua conclusão, pois a discussão do material obtido será realizada apenas com os residentes e pesquisadores envolvidos no estudo. Os residentes envolvidos na pesquisa terão direito de dispor de assistência médica no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo a qualquer momento, por eventuais danos à saúde,

decorrentes da pesquisa. Os residentes envolvidos no estudo poderão ser indenizados por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa. O tempo de duração da pesquisa é de 3 anos.

PESQUISADORES

Nome: Prof. Dra. Sandra J.F.E.Grisi

Rua Paumari, 502 – São Paulo CEP 05054-020

Telefone para contato: 11 30210618 email: sandrajefeg@icr.hcnet.usp.br

Nome do pesquisador: Denise Ballester

Rua Luis Ferreira, 150 Tatuapé – São Paulo CEP: 03072-020

Telefone para contato: (11) 30399409

Email: deball@terra.com.br

CEP-HU: Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-900 – São Paulo – SP

Telefones: 3039-9457 ou 3039-9479 E-mail: cep@hu.usp.br.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do sujeito de pesquisa

assinatura do pesquisador - Hospital Universitário

Anexo E - Roteiro de anamnese semiestruturado

DIVISÃO DE PEDIATRIA

Prontuário de Ambulatório

Nome: _____
Nº Atendimento: _____
RH: _____
Data Nasc.: / / Data Admissão: / /

IDADE:

FILIAÇÃO E RESPONSABILIDADE

Pai: _____ Mãe: _____
Responsável (e grau de parentesco): _____

- PROCEDÊNCIA

PROCEDÊNCIA

Procedência atual:

Procedência remota e migrações:

Informante:

QUEIXA E DURAÇÃO

- HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

HISTORIA DA MOLESTIA ATUAL

Cód. HUSP 7006 0519-8 x 10/09

0.05

— INTERROGATORIO SOBRE OS DIFERENTES APARELHOS —

1. Geral ☐ 8. G. U. ☐
2. Pele e anexos ☐ 9. Neurológico ☐
3. Olhos ☐ 10. Ext. e Coluna ☐
4. Vias Aéreas Superiores ☐ 11. Outros ☐
5. Vias Aéreas Inferiores ☐ 12. Hábito Intestinal
6. Cardiovascular ☐ 13. Padrão miccional
7. G. I. ☐

— ANTECEDENTES MATERNOS

Antecedentes obstétricos da mãe:		Id. Materna:		Gesta:		Para:	
Pré-natal S ☐ N ☐ Nº consultas		Dur. Gestação:		sem.		Medicação:	
Intercor:							
Parto Hosp.: S ☐ N ☐ Tipo:		Normal ☐ Cesárea ☐		Fórcipe ☐ Apr. Cefal ☐		Apr. Pélvica ☐ Outros ☐	
Intercor:		Medicação:		Tempo da rotura da membrana:			

— ANTECEDENTES PESSOAIS

Neonatal	Peso nasc.:	Est.	PC	PT	Bol. Apgar	PKU	T4	TSH
Chorou logo:	S ☐ N ☐	Cianose: S ☐ N ☐	Intercor:					
Medicação:		Dias de perm. no bercário:		dias:		Queda coto umb.:		Dias

<i>DNPM</i>	Firmou a cabeça	Sentou	1 ^o passos	2 ^{as} palavras
<i>Atual</i>	Controle esf. Anal		Controle vesical	Início escolar

Imunização (nº de doses)	BCG ID:	Hepatite B:	Haemophilus b:	DPT:	Sabin:
Sarampo:	Febre Amarela	Triplíce viral:	Varicela:	Hepatite A:	
Imunoglobulinas:		Outras:			nenhum

Doenças Anteriores, acidentes, transfusões de sangue e derivados
Tipo/ Idade/ Tratamento:

Alimentação pregressa e atual	Idade do desmame
-------------------------------	------------------

Rotina de vida (descrever atividades da criança)

— ANTECEDENTES FAMILIARES

(assinalar quando alterado e descrever abaixo)

1. D. Hematológica ☐ 2. D. Infeciosas e Parasitárias ☐ 3. Convulsão ☐ 4. D. Auto-imune ☐ 5. D. Mental ☐
6. Diabetes ☐ 7. Alergia ☐ 8. Tuberculose ☐ 9. D. Nutricional ☐ 10. Consanguinidade ☐
11. Transfusão ☐ 12. Outros ☐ 13. Hipertensão arterial ☐

Mãe: (cond. saúde, idade, estatura e menarca)

Pai: (cond. saúde e idade, estatura e puberdade)

Irmãos vivos (cond. saúde e idade) e mortos

Anexo E - Roteiro de anamnese semiestruturado- continuação

(assinalar somente o item que apresentar dados de interesse; detalhar indicando o nº correspondente)

CONDIÇÕES SOCIAIS E AMBIENTAIS			
Ocupação:	Pai:	Mãe:	
Escolaridade:	Pai:	Mãe:	
Renda Familiar:		Saneamento básico:	Sim ☐ Não ☐ Animais: ☐
Fatores Alergênicos ☐	fumo ☐	Ventilação	boa ☐ má ☐ pó ☐

EXAME FÍSICO GERAL			
Peso:	g (p)	FC:	Circunf. Braço:
Estatura	cm (p)	FR:	Temperatura:
Impressão geral		PAMS:	PAMI:
Pele e anexos:		P. Cef:	Pto:
Mucosas:			
Gânglios:			
Tecido celular subcutâneo:			
Musculatura:			

EXAME FÍSICO ESPECIAL					
(assinalar quando alterado e descrever abaixo)					
1- Cabeça:	☐	2- Crânio:	☐	3- Face:	☐
4- Olhos:	☐	5- Orelhas:	☐	6- Otoscopia:	☐
7- Nariz:	☐	8- Lábios:	☐	9- Gengivas:	☐
10- Dentes:	☐	11- Língua:	☐	12- Palato:	☐
13- Orofaringe	☐	14- Pescoço	☐	15- Pele	☐

<u>Tórax</u>	aspecto	alterado ☐
Mamas:		alterado ☐
Pulmões:		alterado ☐
Coração:		alterado ☐
<u>Abdom:</u>		alterado ☐
Geral		Descrever
Fígado		
Baço		
Lojas renais:	alteradas ☐	
Umbigo:	alterado ☐	
Coluna	alterado ☐	
Osteomioarticular	alterado ☐	
<u>Pelve</u>	Genitália:	alterado ☐
	Ânus:	alterado ☐
<u>Sistema nervoso</u>		alterado ☐
(Equilíbrio, coordenação, motricidade, sensibilidade, reflexos, DNPM)

Desenvolvimento Pubertário

M P
G P

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DE ADMISSÃO, CONDUTAS, E EXAMES SOLICITADOS			
1. Crescimento: pE=	☐ Normal	☐ Baixa estatura	☐ Alta estatura
2. Estado nutricional: pP=	☐ Eutrofia	☐ Distrofia	
3. Desenvolvimento NPM:	☐ Adequado	☐ Inadequado	
4. Alimentação:	☐ Dieta adequada	☐ Dieta inadequada	
5. Vacinação:	☐ Correta	☐ Incor. compl.	☐ Incor. Incompl. ☐ Sem informação

NOTA DE INGRESSO	
(assistente)	

Interno:	Residente:	Sup. Médico:
----------	------------	--------------

8 Referências bibliográficas

- Aguiar AC. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? *Interface*. 2001; fev: 161-66
- Amaral E, Domingues RCL, Zeferini AMB. Feedback as a Teaching/Learning Strategy in Medical Education. *RBEM*. 2007; 31: 176-9
- Anderson M, Hartz A, Nordin T, Rosenbaum M, Noyes R, James P, Ely J, Agarwal N, anderson S. Community Physicians' Strategies for Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Fam Med*. 2008; 40(2): 111-118
- Aronsson K, Rundström B. Cats, dogs, and sweets in the clinical negotiation of reality: On politeness and coherence in pediatric discourse. *Language in Society*. 1989; 18: 483-504
- Aronsson K, Rundström B. Child Discourse and parental control in pediatric consultation. *Text*. 1988; 8: 159-184
- Balint M. O médico, seu paciente e a doença; tradução de Roberto de Oliveira Musachio, 2ª Ed. 2007; Atheneu
- Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. 2002; 11(1): 67-84
- Barsky AJ. Hidden reasons some patients visits doctors. *Ann Intern Med*. 1981; 94: 492-8
- Bass MJ, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G and Robinson HC . The physicians actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam. Pract.* 1986; 23(1): 43-7
- Becker MH and Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*. 1975; 13(1): 10-24
- Becker MH. The health belief model and sick role behavior. *Health Educ. Monogr.* 1974; (2): 409-19
-

- Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984; 101 (5): 692-6
- Bensing J. "Bridging the gaping. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine". *Patient Educ Couns.* 2000; 39: (1): 17-25
- Bibace R, Walsh M. Children conceptions of AIDS: A developmental analysis. *Journal of Pediatric Psychology.* 1991; 16 (3): 273-85
- Bibace R, Walsh M. Development of Children's concepts of illness. *Pediatrics.* 1980; 66 (6): 912-17
- Boreham P, Gibson D. The informative process in private medical consultation: a preliminary investigation. *Soc Sci Med.* 1978; 12: 409-16
- Boruchovitch E, Medenick BR. Cross-cultural differences in children's concepts of health and illness. *Rev Saúde Pública.* 1997; 31(5): 448-56
- Boudreau JD, Cassel E, Fucks A. A healing curriculum. *Med Educ.* 2007; 41: 1193-1202
- Boudreau JD, Cassel E, Fucks A. Preparing medical students to become attentive listeners. *Med Teach.* 2009; 31: 22-29
- Bouruchovitch E, Medenick BR. Causal attributions in Brazilian children's reasoning about heath and illness. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(5): 484-90
- Braddock CH III, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Lesinson W. Informed decision-making in outpatient practice: time to get back to basic. *JAMA.* 1999; 282: 2313-20
- Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, and Caputo GC. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med.* 1989; 4 (6): 506-11
-

- Butler C and Evans M. The heartsink patient revisited. The Welsh Philosophy and General Practice discussion Group. *Br J Gen. Pract.* 1999; 49(440): 230-3
- Butler C, Rollnick S, Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *Can Med Assoc J.* 1996; 154: 1357-62
- Byrne P, Long B. Doctor talking to patient, HMSO, London. 1976
- Cahill P, Papageorgiou A. Triadic communication in the primary care paediatric consultation: a review of the literature. *Br J Gen Pract.* 2007b; 57: 904-11
- Cahill P, Papageorgiou A. Video analysis of communication in paediatric consultation in primary care. *Br J Gen Pract.* 2007a; 57: 866-71
- Campion P, Foulkes J, Neighbour R, Tate P. Patient-centredness in the MRCGP video examination: analysis of large cohort. *BMJ.* 2002; 325: 691-2
- Canadian Paediatric Society, Bioethics Committee. Treatment decision regarding infants, children and adolescents. *Paediatr Child Health.* 2004; 9 (2): 99-103
- Charles G, Gafni A, Whelan T. Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* 1999; 49: 651-61
- Charles G, Gafni A, Whelan T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean (or it takes at least two tango). *Soc Sci Med.* 1997; 44: 681-92
- Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Disponível no site: www.portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf. Acessado em 02 de setembro de 2009
- Convention on the Rights of the Child. UN GA Res 44/25. Available at: <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>
-

- Cooper V, Hassel A. Teaching consultation skills in higher specialist training: experience of a workshop for specialist registrars in rheumatology. *Rheumatol.* 2002; 41: 1168-1178
- Coulter A. Partnerships with patients: The pros and cons of shared clinical decision-making. *J Health Services Res Policy.* 1997; 2: 112-21
- Crespin GC. A Clínica Precoce: O Nascimento do Humano. Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda. 2004; 1ª Ed.
- Dalen JV, Kerkhofs E, Van Knippenberg-Van Denberg BW, Van Den Hout HA, Scherpbier AAJA, Van Der Vleuten CPM. Longitudinal and Concentred Communication Skills Programmes: Two Dutch Medical Schools Compared. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2002; 7: 29-40
- Deslandes SL, Gomes R, Minayo MCS. *Pesquisa social: Teoria método e criatividade.* 27ª Ed. Petrópolis: Vozes; 2008
- Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns.* 2005; 58: 265-270
- Eiser C, Eiser R, Hunt J. Developmental changes in analogies used to described parts of the body: implication for communicating with sick children. *Child Care, Health and Development.* 1986; 12: 277-285
- Eiser C, Patterson D, Eiser R. Children's Knowledge of health and illness. *Implications for health education. Child: Care, Health and Development.* 1983; 9: 285-92
- Elwyn G, Edwards A and Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen. Pract.* 1999a; 49 (443): 477-82
-

- Elwyn G, Edwards A, Gwyn R and Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ*. 1999b; 319 (7212): 753-6
- Engel GL. The clinical Application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980. 137 (5): 535- 44
- Fallowfield L J, Hall A, Maguire GP and Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial see comments. *BMJ*. 1990; 301 (6752) : 575-80
- Fallowfield L, Jenkins J, Farewwel V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Reserch UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2002; 359: 650-656
- Favero MH, Salim CM. Relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: utilização do desenho na coleta de dados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 1995; 11(3): 181-91
- Ford S, Schofield T, Hope T. Observing decision-making in the general practice consultation: who makes which decision? *Health Expect*. 2006; 9: 130-7
- Fossum B, Arborelius E. Patient-centred communication: videotaped consultations. *Patient Educ Couns*. 2004; 54: 163-169
- Freemon B, Negrete VF, Davis M, Korsch BM. Gaps in doctor-patient communication: doctor-patient interaction analyses. *Pediatr Res*. 1971; 5: 298-311
- Fucks A, Boudreau JD, Cassel E. Teaching clinical thinking to first-year medical students. *Med Teach*. 2009; 31: 105-111
- Gask L, Goldeberg D, Lesser AL, Millar T. Improving the Psychiatric Skills of the General Practice Trainee: an evaluation of a group training course. *Med Educ*. 1988; 22: 132-138
-

- Gask L, McGrath G, Goderberg D, Millar T. Improving the Psychiatric Skills of Established General Practitioners: evaluation of group teaching. *Med Educ*. 1987; 21: 362-368
- Gillard S, Benson J, Silverman J. Teaching and assessment of explanation and planning in medical schools in the Unites Kingdom: Cross section questionnaire surey. *Med Teacher*. 2009; 31: 328-31
- Giovanni, G. A questão dos remédios no Brasil - produção e consumo, São Paulo, Polis,1980.
- Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE. Expanding patient involvement in care. *Ann Intern Med*. 1985; 102: 520-8
- Grosseman S, Patrício ZM. A Relação Médico - Paciente e o Cuidado Humano: Subsídios para a Promoção da Educação Médica. *RBEM*. 2004; 28(2): 99-105
- Hall JA, Roter DL and Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. 1988; 26(7), 657-75
- Hart C, Chesson R. Children as consumers. *Br Med J*. 1998; 316: 1600-3
- Hart CN, Drotar D, Gori A, Lewin J. Enhancing parent-provider communication in ambulatory pediatric practice. *Patient Educ Couns*.2006; 63: 38-46
- Haynes RB, McKibbon KA and Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patient to follow prescriptions for medications. *Lancet*. 1996; 348(9024): 383-6
- Henderson P, Ferguson-Smith AC, Johnson MH. Developing essential professional skills: a framework for teaching and learning about feedback. *BMC Med Educ*. 2005; 5: 11
-

- Hilden JM, Watterson J, Chrastek J. Tell the children. *Journal of Clinical Oncology*. 2000; 18 (17): 3193-95
- Holtzheimer L, Mohay H, Masters IB. Education young children about asthma: comparing the effectiveness of a development appropriate asthma education video tape and picture book. *Child Care Health and Dev.*1998; 24 (1): 85-99
- Howells RJ, Davies HA, Silverman JD. Teaching and learning consultation skills for paediatric practice. *Arch Dis Child*, 2006; 91: 367-370
- Irwin WG, Bamber JH. An evaluation of Medical Student behavior in communication. *Med Educ*. 1984; 18: 90-95
- Jackson SW. The Listening Healer in the History of Psychological Healing. *Am J Psychiatry*. 1992; 149: 1623-32
- Jekins V, Fallwfield L. Can Communication Skills Training Alter Physician' Belief and Behavior in Clinics? *J Clin Oncol*. 2002; 20: 765-9
- Kai J. Wath worries parents when their preschool children are acutely ill and why: a qualitative study. *BMJ*. 1996; 313(7063): 983-6
- Kinnersly P, Sttot N, Peters T, Harvey I and Hackett P. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Fam. Pract*. 1996; 13(1): 41-51
- Knowles C, Kinchington F, Erwin F, Erwin J, Peters B. A randomized Controlled Trial of the Effectiveness of Combining Video Role Play with Traditional Methods of Delivering Undergraduate Medical Education. *Sex Trasm Inf*. 2001; 77: 376-380
- Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*. 2001; 8(1): 48-70
-

- Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication: I. doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatr.* 1968; 42: 855-871
- Korsch BM, Negrete VF. Doctor-patient communication. *Sci Am.* 1972; 227: 66-74
- Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Publishing, Oxford. 2^a ed. 2006
- Laidley TL, Braddock III CH. Role of adult learning theory in evaluating and designing strategies for teaching residents in ambulatory settings. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2000; 5:43-54
- Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ.* 2002 Sep 28;325(7366):682-3
- Lassen LC. Connections Between the Quality of Consultation and Patient Compliance in General Practice. *Fam Pract.* 1991; 8(2): 154-60
- Leikin CE, Connell. Editorial correspondence: Therapeutic choice by children with cancer. 1983; *The Journal of Pediatrics.* 103 (1): 167
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. 1986; *Fam Pract.* 3(1):24-30
- Leventhal H and Cameron L. Behavioural theories and the problem of compliance. *Patient Educ. Couns.* 1987; 10: 117-38
- Levetown M. Communicating with children and families: From everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics.* 2008; 121 (5): e1441-60
- Lewis CE, Rachelefsky G, Lewis MA, Sota de la A, Kaplan M. A randomized trial of A.C. (asthma care training) for kids. *Pediatrics.* 1984; 74: 478-86
-

- Lieberman DA. Management of chronic pediatric diseases with interactive health games: theory and research findings. *Journal of Ambulatory Care Manage.* 2001; 24 (1): 26-38
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K and Payne S. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001b; 323 (7318): 908-11
- Luz, M. T. *Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna.* 1988. Rio de Janeiro, Campos.
- Maguire GP, Rutter DR. History-Talking Medical Students. I Deficiencies in Performance. *The Lancet.* 1976; 11:556-558
- Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I – Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J.* 1986; 292: 1573-76
- Maiman LA, Becker MH, Liptak GS, Nazarin LF, Rounds KA. Improving pediatricians' compliance-enhancing practices: A randomized trial. *Am J Dis Child.* 1988; 142: 773- 9
- Makoul G, Arnston P, Schofield T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision about prescription medication. *Soc Sci Med.* 1995; 41: 1241-54
- Marita P, Leena Liimatainen, Tarja K. Nurses' self reflection via videotaping to improve communication skills in the Health counseling. *Patient Educ Couns.* 1999; 36: 3-11
- McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ.* 2000; 321 (7265): 867-71
- Mead N and Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc. Sci Med.* 2000; 51(7): 1087-110
-

- Meeuwesen L, Kaptein M. Changing interaction in doctor-parents-child communication. *Psychol and Health*. 1996; 11: 787-95
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. Ed. Hucitec, 9^a edição, São Paulo, 2006
- Moumjid N, Gafni A, Brémond A, Odile Carrère M. Shared Decision Making in the Medical Encounter: Are We All Talking about the Same Thing? *Med Decis Making*. 2007; 27: 539-46.
- Mukohara K, Kitamura K, Wakabayashi H, Abe K, Sato J, Ban N. Evaluation of a communication skills seminar for students in a Japanese medical school: a non-randomized controlled study. *BMC Med Educ*. 2004; 4: 24
- Navarro, V. La industrialización del fetichismo o el fetichismo de la industrialización - propósito de nemesis médica. Barcelona, Anagrama, 1975.
- Nilsen S, Baerheim A. Feedback on video recorded consultation in medical teaching: why students loathe and love it – a focus-group based qualitative study. *BMC Med Educ*. 2005; 5: 28-33
- Nova C, Vegni E, Moja EA. The Physician-Patient-Parent communication: A Qualitative Perspective on the Child's contribution. *Patient Educ Couns*. 2005; 58: 328-333
- Nunes C, Ayala M. Communication techniques used by pediatrician during well-child program visits: A pilot Study. *Patient Educ Couns*. 2009; doi: 1016/j.pec.2009.06.015
- Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório de Flexner: para o bem e para o mal. *RBEM*. 2008; 32(4): 492-9
-

- Pantell Rh, Stewart TJ, Dias JK, Wells P, Ross A. Physician communication with children and parents. *Pediatr.* 1982; 70: 396-402
- Paul S, Dawson KP, Lanphear FK, Cheema MY. Video recording feedback: a feasible and effective approach to teaching history-taking and physical examination skills in undergraduate paediatric medicine. *Med Educ.* 1998; 32: 332-6
- Pazin Filho A. Características do aprendizado do adulto. *Medicina, Ribeirão Preto*, 2007; 40: 7-16
- Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The New Consultation – developing doctor-patient communication*, Oxford. 2006
- Perosa GB, Gabarra LM, Bossolan RP, Ranzani PM, Pereira VM. In Crepaldi MA, Linhares MB, Perosa GB. *Temas em Psicologia Pediátrica*. 1ª Ed. Casa Psi Livraria, Editora e Gráfica Ltda. 2006
- Perosa GB, Gabarra LM. Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. *Interface: comunicação, saúde e educação*. 2004; 8 (14): 135-48
- Pfeiffer C, Madray H, Ardolino A, Wilms J. The rise and fall of students' skills in obtaining a medical history. *Med Educ.* 1998; 32: 283-8
- Pope C, Ziebland Sue, Mays Nicholas in Pope C and Mays N. *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde*. Artmed, 3ª edição, 2009
- Prins FJ, Sluijsmans MA, Kirschner PA, Sluijsmans DMA, Kirschner PA. Feedback for General Practitioners in Training: Quality, Styles, and Preferences. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2006; 11: 289-303
- Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina Centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *RBEM*. 32(1): 90-97, 2008
-

- Rich M, Lamola S, Gordon J, Chalfen R. Video Intervention/Prevention Assesment: A Patient-Centered Methodology for Understanding the Adolescent Illness Experience. *Journal of Adolescent Health*, 2000; 27:155-165
- Roter DL, Hall JA. *Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors. Improving Communication in Medical Visit.*; Praeger, 2^a ed. 2006
- Runeson I, Enskär K, Elander G, Hermerén G. Professionals' perceptions of children's participation in decision making in healthcare. *J Clin Nurs*. 2001; 10: 70-8
- Rushforth H. Practioner review; Communicating with hospitalized children: review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999; 40 (5): 683-91
- Rutter DR, Maguire GP. History-Talking Medical Students. II Evaluation of Training Programme. *Lancet*. 1976; 11:556-558
- Rylance G. Making decisions with children. A child's right in heath decision can no longer be ignored. *BMJ*. 1996; 312: 794
- Sandman L, Munthe C. Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. *Health Care Anal*. DOI 10.1007/s10728-008-0108-6. Published online: 30 January 2009
- Sanson F, Poole AD. Training Medical Students to Empathize an experimental study. *Med J Aust*. 1978; 1: 473-476
- Satrapa A. A utilização de Histórias no Manejo Terapêutico de Pacientes Hospitalizados. *Ver Bras Desenv Hum*. 2002; 12 (2): 59-65
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 2^aed. Radcliffe Publishing.Ltda. 2008
-

- Smith D, Garko M, Bennett K, Irwin H and Schofield T. Patient preferences for delegation and participation: Cross-national support for mutuality. *Aus J Commun.* 1994; 21(2): 86-108
- Smith M, Francovich C, Hill W, Gieselman J. A Qualitative Study of Resident Learning in Ambulatory Clinic. The importance of exposure to 'Breakdown' in setting that support Effective Response. *Adv Health Sci Ed.* 2004; 9: 93-105
- Smith PEM, Fuller GN, Kinnersley P, Brigley S, Elwyn G. Using simulated consultation to develop communication skills for neurology trainees. *Eur J Neurol.* 2002; 9: 83-7
- Smith RC, Lyles JS, Mettler JMA, Stoffelmayr BE, Van Egeren LF, Marshall AA, Gardiner JC, Maduschke KM, Stanley JM, Osborn GG, Shebroe V; Greenbaum RB. The effectiveness of Intensive Training for Residents in Interviewing: A randomized, Controlled Study. *Ann Inter Med.* 1998; 128: 118-126
- Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birks PS, D'Logoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health.* 1981; 71: 127-31
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000; 49(9): 796-804
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney CL, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine – Transforming the Clinical Method.* Sage Publications, 1995a
- Stewart MA, Buck C. Physicians' knowledge of and response to patients' problems. *Med Care.* 1977; 15(7): 578-85
- Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. How illness presents: A study of patient behavior. *J Fam Pract.* 1975; 2(6):411-4
-

- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcome: a review. *CMAJ*. 152(9): 1423-33, 1995b
- Stivers T. Negotiating who Presents the Problem: next speaker Selection in Pediatric Encounters. *J Commun*. 2001; 51: 252–82
- Strapa A. A utilização de histórias no manejo terapêutico de pacientes hospitalizados. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 2002; 12 (2): 59-66
- Sturgeon DA. Videotapes in psychiatry: their use in the teaching observation techniques. *Med Educ*. 1979; 13: 204-208
- Sucupira AC, Zuccolotto SMC, Bresolin AMB. Organização didática de um ambulatório de ensino. *J Pediatr*, 1993
- Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child: a ‘*pas de trios*’. *Patient Educ Couns*. 2002a; 48: 5-14
- Tates K, Meeuwesen L, Bensing J, Elbers E. Joking or decision- making? Affective and Instrumental *Psychol and Health*. 2002c; 17 (3): 281- 95
- Tates K, Meeuwesen L, Elbers E, Bensing J. ‘I’ve come for his throat’: roles and identities in doctor-parents-child communication. *Child Care Health and Dev*. 2002b; 28 (1): 109-16
- Tates K, Meeuwesen L. ‘Let Mum have say’: turntalking in doctor-parents-child communication. . *Patient Educ Couns*. 2000; 40: 151-162
- Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literatute. *Soc Sci Med*. 2001; 52: 839-851
- Taylor K. Paternalism, participation and partnership—The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Educ Couns*. 2009; 74: 150-5
-

- Van der Molen H, Lang G. Habilidades de Escuta na Consulta Médica IN Leite AJM, Caprara A, Filho JMC. *Habilidades de Comunicação com pacientes e famílias*. 2007; 2ª Ed. Savier
- van Dulmen AM. Children's Contributions to Pediatric Outpatient Encounters. *Pediatrics*. 1998; 102 (3): 563-8
- Vaughan M, Marks JN. Teaching Interviewing Skills to Medical Students: a comparison of two methods. *Med Educ*. 1976; 10: 170-175
- Wahlqvits M, Mattsson B, Dahlgren G, Hartwig-Ericsson M, Henriques B, Hamark B, Hösterey-Ugander U. Instrumental Strategy: A stage in students' consultation skills training? *Scand J Primary Health Care*. 2005; 23: 164- 170
- Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB, Lippincott P. Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics*. 1984; 6: 1047-53
- Wensing M, Elwyn G, Edwards A, Vingerhoets E, Grol R. Deconstruction patient centred communication and uncovering shared decision-making: an observational study. *BMC Med Inform Decis Making*. 2002; 2:2
- Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient centered care. *CMJA*. 2001; 165: 438-9
- Whitt JK, Dykstra D, Taylor CA. Children's conceptions if illness and cognitive development. *Clinic Pediatr*. 1979; 18: 307-39
- Williams S, Weinman J, Dale J and Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam. Pract*. 1995; 12 (2): 193-201
-

Wissow LS, Roter DL, Wilson MEH. Pediatrician Interview Style and Mother' Disclosure of Psychosocial Issues. *Pediatrics*. 1994; 93: 289-95

Young B, Dixon-Woods M, Windridge KC, Heney D. Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *BMJ*. 2003; 326 (8): 1-5

Zandbelt LC, Smets EMA, Oort FG, Godfried MH; Haes HCJM. Patient participation in the medical specialist encounter: Does physicians' patient-centred communication matter? *Patient Educ Couns*. 2007; 65: 396-406

Zick A, Granieri M, Makoul G. First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach. *Patient Educ Couns*. 2007; 68: 161-16