



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA

**CUIDO, LOGO SINTO: ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DESPERTADAS PELA  
VISITA MÉDICA EM CUIDADORES/AS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS.**

CAMPINA GRANDE, PB

Outubro/2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA

**CUIDO, LOGO SINTO: ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DESPERTADAS PELA  
VISITA MÉDICA EM CUIDADORES/AS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS.**

Autores:  
Ana Cecília Barbosa Santiago  
Bianca Karenina Brito de Medeiros  
Isabelly Sanally do Nascimento Monteiro  
Paulo Henrique Félix Aureliano

Trabalho de conclusão de curso apresentado a  
Unidade Acadêmica de Medicina da Universidade  
Federal de Campina Grande com vistas à  
obtenção do título de bacharel em Medicina.

CAMPINA GRANDE, PB

Outubro/2014

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

S235c

Santiago, Ana Cecília Barbosa.

Cuido, logo sinto: Análise das percepções despertadas pela visita médica em cuidadores/as de pacientes pediátricos / Ana Cecília Barbosa Santiago, Bianca Karenina Brito de Medeiros, Isabelly Sanally do Nascimento Monteiro, Paulo Henrique Félix Aureliano. – Campina Grande, 2014.

65 f.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2014.

Orientador: Prof. Edmundo Gaudêncio, Dr.

1.Pediatria. 2.Relação médico-paciente. 3.Cuidador familiar. I.Medeiros, Bianca Karenina Brito de. II.Monteiro, Isabelly Sanally do Nascimento. III.Aureliano, Paulo Henrique Félix. IV.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616-053.2:614.253



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA

**CUIDO, LOGO SINTO: ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DESPERTADAS PELA  
VISITA MÉDICA EM CUIDADORES/AS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS.**

Banca:

Antonio Virgílio Brasileiro Silva  
(Avaliador)

Mônica Cavalcanti Trindade de Figueiredo  
(Avaliadora)

Pablo Lincoln Sherlock de Aquino  
(Avaliador)

Edmundo de Oliveira Gaudêncio  
(Presidente)

CAMPINA GRANDE, PB

Outubro/2014

## DEDICATÓRIA

À pureza de coração de todas as crianças, às lições de vida dos professores e à vocação e doação dos médicos, dedicamos este trabalho finalizado no mês comemorativo a eles.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por nos ter guiado fielmente com um imenso amor, confortando-nos em cada dificuldade e encorajando-nos a buscar sempre nosso melhor.

À Universidade Federal de Campina Grande, seu corpo docente e funcionários, que permitiram nossa construção profissional.

Aos pacientes pela paciência com nossas falhas e inseguranças e pela contribuição diária ao nosso aprendizado.

À nossa família, fonte inesgotável de carinho, amor e compreensão durante cada dia de nossa formação.

E ao nosso orientador, professor Edmundo Gaudêncio, grande mestre “Ed”, de quem nos orgulhamos profundamente por ter sido o brilho que nos guiou na humanização necessária à elaboração deste trabalho.

A todos esses, nossos mais sinceros agradecimentos.

## **SUMÁRIO**

## SUMÁRIO

RESUMO .....	8
AUTORES E ENDEREÇOS ELETRÔNICOS.....	8
1. INTRODUÇÃO .....	8
2. DISCUSSÃO .....	11
2.1. ANÁLISE DO MATERIAL COLIGIDO .....	17
METODOLOGIA .....	17
ANÁLISE DAS CATEGORIAS .....	20
Primeira categoria: TEMPO.....	20
Segunda categoria: ATENÇÃO.....	21
Terceira categoria: ESCLARECIMENTOS SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	23
Quarta categoria: CONSTRANGIMENTO PARA TIRAR DÚVIDAS COM O MÉDICO.....	25
Quinta categoria: QUALIDADES E DEFEITOS DAS VISITAS MÉDICAS.....	26
Sexta categoria: SUGESTÕES.....	29
2.2. Protocolo de visita médica à enfermaria pediátrica do HUAC.....	31
3. CONCLUSÃO.....	32
ABSTRACT.....	33
REFERÊNCIAS .....	33
ANEXO A – ARTIGO CIENTÍFICO.....	37
ANEXO B - COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DA REVISTA.....	66

# **CUIDO, LOGO SINTO: ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DESPERTADAS PELA VISITA MÉDICA EM CUIDADORES/AS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS.**

## **RESUMO**

O que orientou a confecção deste trabalho foi o desejo de compreender mais a fundo quais as percepções despertadas nos/as cuidadores/as de crianças hospitalizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro, na cidade de Campina Grande – PB, quando da visita médica à Enfermaria Pediátrica. A esses/as cuidadores/as foram aplicados um questionário e uma entrevista semiestruturada, a partir daí sendo obtido o material discursivo que foi submetido à análise. Quando da análise do dito material, destacaram-se cinco categorias em se tratando da visita médica: Percepções quanto a: 1-Tempo da visita; 2-Atenção dispensada pelo médico aos pacientes/cuidadoras/es; 3-Esclarecimentos ministrados acerca do diagnóstico e do tratamento do paciente; 4-Qualidade de tais visitas; 5-Sugestões quanto à melhora da qualidade da visita. O trabalho nos possibilitou demonstrar que, embora existam elogios no tocante à atuação do pediatra visitador da enfermaria, existem críticas que, uma vez sendo ouvidas, podem melhorar a qualidade da visita clínica à Enfermaria Pediátrica, com ganhos para o paciente, para o cuidador, para o professor-pediatra e para o estudante de Medicina.

**Palavras-chave:** Pediatria, relação médico-paciente, cuidador familiar.

## **AUTORES E ENDEREÇOS ELETRÔNICOS**

Edmundo de Oliveira Gaudêncio (edmundogaudencio@hotmail.com)

Ana Cecília Barbosa Santiago (ceciliabsantiago@hotmail.com)

Bianca Karenina Brito de Medeiros (biancakarenina@hotmail.com)

IsabellySanally do Nascimento Monteiro (isabellysnm@hotmail.com)

Paulo Henrique Félix Aureliano (paullo\_hq@hotmail.com)

## **1. INTRODUÇÃO**



O diálogo entre o pediatra e o/a cuidador/a, verificado quando da visita pediátrica à enfermaria, preenche todas as necessidades do/a cuidador/a quanto à prática Pediátrica? A discussão sobre isso tem em sua base a análise da relação médico-paciente, tantas vezes marcada pelo distanciamento causado pela diferença entre o conhecimento técnico do médico e o ponto de vista leigo quer do doente, quer do/a cuidador/a familiar acerca da condição clínica daquele. Centrando-se o médico no campo da técnica, finda ocorrendo o menosprezo deste para com as vivências socioculturais do paciente e/ou do/a seu cuidador/a, suas dúvidas e opiniões, com isso não se respeitando a autonomia do paciente/cuidador/a.

Nossa reflexão, ambientada na Pediatria, trata da relação que o médico institui no trinômio médico-paciente-cuidador/a. Tratamos, aqui, de um tipo especial de paciente, ainda em desenvolvimento, enormemente dependente e vinculado a um núcleo familiar, geralmente à mãe, que se torna o seu intermediário fundamental. Nessa situação, o/a cuidador/a é quem toma as principais decisões, enfrenta as dificuldades inerentes ao cuidar e compartilha o sofrimento do paciente, quando não vivência suas angústias em seu lugar. Problemas como a falta de carinho e cordialidade do médico, o uso de termos científicos de difícil compreensão por parte dos pais, a falta de uma explanação detalhada sobre a doença, sua causa e prognóstico, são fatores que trazem grande insatisfação e dificultam a relação médico-paciente-cuidador/a. Por outro lado, quando nos focamos no/a cuidador/a, encontramos fatores como a emoção, a ansiedade e até mesmo o sentimento de culpa e incapacidade diante da doença corporal do seu ente querido, fatores que podem gerar atitudes de repulsa ou raiva contra a equipe médica, às condutas e aos procedimentos que devem ser realizados.

A hospitalização pode ser elemento dificultante na relação médico-paciente, pois causa uma ruptura no ambiente doméstico do paciente e seu/sua cuidador/a, modificando os hábitos, a capacidade de autorrealização e a prestação dos cuidados habituais por parte do/a cuidador/a ao seu doente. No modelo de atendimento centrado na patologia, a equipe de saúde, abordando seus pacientes como doença e não como pessoas doentes, gera uma situação de desinformação e de pouco contato afetivo dos profissionais para com o paciente e seu/sua cuidadora. Entretanto, quando a proposta de assistência é integral, portanto humanizada, essa experiência estressante pode ser amenizada.

A visita do médico pediatra, constitutiva da rotina de um hospital-escola, aos pacientes das enfermarias, é o momento em que o médico estabelece o contato com o paciente e com o/a seu/sua cuidador/a, com foco geralmente direcionado à patologia do doente internado. Na presença de estudantes de Medicina, nela são apresentados casos clínicos e discutidas condutas médicas e é, então, instituído o tratamento do paciente. Visa atingir objetivos didáticos, constituindo um importante instrumento para o aprendizado dos estudantes e residentes de Medicina, bem como de interação entre estes com os preceptores. A prática da visita médica, entretanto, pode ter efeitos negativos sobre os pacientes e/ou sobre seus familiares e cuidadores/as.

Isso posto, propomo-nos, neste trabalho, analisar os discursos de nossos/as cuidadores/as, objetivando por às claras as percepções e sentimentos despertados pela visita médica nos/as cuidadores/as dos pacientes internados na Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Sob a óptica do/a cuidador/a, queremos investigar se o tempo de visita, a atenção e as explicações dispensadas sobre a doença e o seu tratamento são suficientes ou não e se as informações ministradas no diálogo entre o pediatra e o/a cuidador/a preenchem as necessidades do cuidador/a (ou não). Por que isso acontece? Quais as iniciativas que poderão ser tomadas para melhorar isso – uma vez constatado que há necessidades, da parte do/a cuidador/a, a serem supridas (pelo médico-professor)? É possível melhorar a relação médico-paciente-cuidador/a durante a visita médica, acaso ela seja falha, no que tange à prática de uma Medicina Humanitária?

Objetivando responder a tais questões, durante a revisão da literatura, percebemos a precariedade de referências bibliográficas sobre o assunto, fato que nos incentivou à realização de um trabalho que, graças aos seus resultados, pudesse sugerir melhoras junto ao Serviço Médico do qual participamos. Pudemos observar diariamente que, na internação, o paciente muito perde da sua individualidade, uma vez que passa a ser visto e tratado, na maioria das vezes, como um objeto posto ao ensino da prática médico-hospitalar. Diante disso, consideramos relevante abordar essa situação, imaginando podermos contribuir para uma maior humanização da visita médica, gerando um impacto positivo na Enfermaria Pediátrica do HUAC.

Tendo isso em mente, objetivamos analisar a relação médico-paciente-cuidador/a no campo da Pediatria e no âmbito de um hospital universitário, identificando aspectos positivos e negativos incidentes nessa relação, gerando, a partir daí, reflexões, individuais e coletivas, que estimulem a revisão de atitudes durante a formação e a prática médica, sugerindo medidas capazes de melhorar a relação médico-paciente e elaborando um protocolo sobre como deve ser a postura médica durante a visita – a qual, acreditamos, pode ser estendida a outras Clínicas.

## **2. DISCUSSÃO**

Durante a formação acadêmica, o aluno irá deparar-se com a doença, com o doente, com o seu ser médico, com a morte, com sua própria história e com outras inúmeras situações geradoras de ansiedade, como a própria visita médica, que contribui sobremaneira para ampliar seus conhecimentos clínicos, os quais tem como prioridade a assistência do paciente (SANCOVSKI, 2002). É também através das visitas médicas que o aluno irá aprender como se relacionar com o paciente, tendo como modelo o professor. Salvo raras exceções, um aluno habituado a ver o professor tratar a doença (e não o doente) terá dificuldades no trato das relações humanas praticadas em Medicina, quando de sua atuação pessoal, como médico, em relação aos seus pacientes e familiares (SANCOVSKI, 2002).

Segundo Lima Filho (1988), a partir do século XIX, o exame do doente diante de uma assembleia de vários estudantes tornou-se rotina em todo o mundo, constituindo a clássica visita médica, método privilegiado para o ensino aos estudantes de medicina. Esse autor critica a discussão do caso perante o paciente e seu companheiro de quarto, alegando que expõe sua intimidade. Acredita que essa prática de ensino deveria ser feita individualmente, com recato e respeito ao paciente (MARTINS *et al*, 2003).

Tais questões estão colocadas no âmbito da relação médico-paciente, definidas como o vínculo estabelecido entre aquele que possui o conhecimento mais aprofundado sobre a doença, o médico, e o portador da moléstia que atinge seu corpo, o paciente – e, no caso da Pediatria, o/a seu/sua cuidador/a familiar. Meira (1976) afirma que a relação entre o médico e o seu paciente se faz por um processo de interação social, em que, no êxito dessa situação interativa traduz-se a eficiência

da atenção médica, a qual, por sua vez, está diretamente relacionada com as atitudes, valores, conhecimentos e expectativas dos seus participantes. Por isso Meira (*ibidem*) propõe a interação de conhecimentos de ambas as partes, cuidador/a familiar e cuidador/a profissional, entrelaçados pela moléstia que acomete o corpo do paciente, aquele que por ambos/as é cuidado. Por outro lado, a relação médico-paciente traz à tona a discussão acerca do distanciamento (emocional e lógico) existente entre um ponto de vista leigo e um ponto de vista apenas técnico sobre o adoecimento e suas consequências psicológicas, sociais, econômicas, culturais na vida do paciente e seus familiares (CASTELLANOS, 2003).

Muito frequentemente, a relação médico-paciente passa a ser deturpada por uma visão centralizadora do médico, que se coloca como único detentor do conhecimento, desprezando toda a bagagem sociocultural do paciente, suas experiências, suas vivências, suas dúvidas e opiniões. Porém o paciente (e, para o caso, sobretudo seus/suas cuidadores/as) possui uma autonomia que deve ser levada em consideração. Meira (1976) diz ainda que o paciente (e seus/suas cuidadores/as, repetimos) não é passivo e completamente receptivo às determinações médicas, ele tem seus próprios valores e seus motivos que são reconhecidos como corretos e válidos por ele mesmo (quando adulto, o que não é o nosso caso).

Em Pediatria, lida-se com um tipo especial de paciente, um ser em desenvolvimento e enormemente dependente, como é o caso da criança sobretudo até à idade pré-escolar, por isso sendo necessário considerá-lo sempre e estritamente vinculado a um núcleo familiar. Chama-se a este intermediário de *cuidador/a informal* (ou *familiar*) que é o familiar ou amigo/a solicitado/a a fornecer cuidados ao paciente, tal como configurado na categoria de *cuidadores sociais*, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o que diz respeito aqueles/as que cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (CBO, 2002).

Quando da internação hospitalar da criança, geralmente ela se faz acompanhar por um dos membros de sua família. É no familiar que ela busca apoio e proteção, pois o seu cuidado contempla o componente afetivo tão necessário

nesse momento. Acredita-se que a presença do familiar junto à criança a auxilia a aceitar melhor a condição de internação, diminui a angústia do abandono que a criança possa vir a sentir, uma vez separada da família, enquanto favorece a formação do vínculo afetivo tão caro ao tratamento, da parte da criança quanto aos integrantes da equipe de saúde (GOMES *et al*, 2011).

Isso aponta para aspectos peculiares ao cuidar, o qual envolve sentimentos de afeto, apego, prazer, mas também reforça sentimentos de cobrança, vigilância para promoção e manutenção da saúde da criança (BOTÊLHO *et al*, 2012). Os/as cuidadores/as se posicionam de modo a não admitir a possibilidade de delegar a outra pessoa o cuidado à criança, tomando para si a obrigação e a responsabilidade de proporcionar bem-estar ao ente querido e, assim, consideram o cuidar uma necessidade intrínseca e subjetivamente determinada (MILBRATH *et al*, 2008). Esse posicionamento, frequentemente tomado pela mãe, está ancorado no senso de dever, sendo uma posição inscrita desde os tempos imemoriais no agir humano em que a mãe é vista como insubstituível na criação e proteção dos filhos (AMADOR *et al*, 2013).

Castellanos (2003) relata a impossibilidade das crianças serem apreendidas no ato clínico sem a presença de intermediários e, com isso, sem inscrevê-las num campo de subordinações em que o cuidado materno passa a manter uma relação de dependência com a ação médica.

Nesse processo, o/a cuidador/a investe-se de poder: é ele/a quem toma as principais decisões, que enfrenta as dificuldades para realizar os cuidados (podendo ficar longos períodos sem descanso), além de compartilhar (ou vivenciar em seu lugar) as angústias do paciente, o que pode desestruturá-lo/a emocionalmente. Dessa forma, o/a cuidador/a acrescenta um terceiro termo à relação médico-paciente, criando mais um campo de subjetividade a ser atingido e compreendido pelo conhecimento médico – e a ser respeitado nas condutas diagnósticas e terapêuticas. A doença da criança é o foco da assistência médica – quando a criança e o/a seu/sua cuidador/a deveriam ser esse alvo, entendendo-se que, mais do que somar cumulativamente graus de subjetividade à relação médico-paciente, a presença do/a cuidador/a reestrutura o atendimento clínico, sendo ele/ela um dos pilares da clínica pediátrica, concordando com Castellanos (2003, pg 185), quando, ao dizer que “A criança não fala, ou, pelo menos, não fala sozinha”, constitui-se, por

isso, o/a cuidador/a como o seu/a sua porta-voz, esse/a que fala em nome de outro.

Essa relação médico-paciente-cuidador é muitas vezes desestruturada por fatores pessoais, tanto por parte do médico, quanto por parte do/a cuidador/a, sendo o paciente pediátrico quem mais sofre as consequências dessa disfunção.

Por outro lado, o ato de cuidar, a depender de um conjunto enorme de variáveis, pode ser vivenciado com um significativo grau de dificuldade e sofrimento (LEITE, 2006). Dessa forma, por envolver dimensões concretas e emocionais, tal conceito diferencia-se em dois aspectos, o *objetivo* e o *subjetivo*. O objetivo se refere às consequências negativas observáveis no/na cuidador/a, resultantes do ato de cuidar, tais como mudanças na vida doméstica, relações sociais e familiares e na saúde física e psicológica, bem como no âmbito financeiro familiar (ALBUQUERQUE, 2010). A sobrecarga subjetiva, por sua vez, consiste na percepção do familiar sobre a sua situação de cuidador/a, tais como a sensação de peso e de incômodo ao exercer determinadas funções (SEQUEIRA, 2010; BANDEIRA, CALZAVARA, CASTRO, 2008). Todos estes fatores podem gerar atitudes de repulsa à equipe médica, às condutas médicas prescritas e aos procedimentos que devem ser realizados.

Nesse tocante, a falta de carinho e cordialidade da parte do médico, o uso de termos médicos de difícil compreensão pelos pais, a falta de uma explanação detalhada sobre a doença, sua causa e prognóstico, são fatores que trazem grande insatisfação e dificultam a relação médico-paciente, visto que não é suficiente buscar novas tecnologias e boa formação dos profissionais médicos para atingir níveis de excelência em saúde; é necessário também o respeito aos valores subjetivos do paciente e de seu/sua cuidador/a, a promoção de sua autonomia e a tutela das diversidades culturais (SILVA CMGCH *et al*, 2008)

Fácil constatar, o ambiente hospitalar pode trazer conforto e continência, mas também traz ansiedade e conflitos. A prática médica, sobretudo quando com reduzido envolvimento pessoal, torna o hospital um ambiente frio, impessoal, autoritário e com uma hierarquia de submissão que geralmente leva à segregação (MARTINS *et al*, 2003). Em um ambiente hospitalar espera-se que os pacientes cheguem com questões orgânicas para se tratar: doenças crônicas ou agudas, ferimentos etc. A equipe médica está apta, inicialmente, a decifrar sinais e sintomas

e transformá-los em algum diagnóstico que levará ao tratamento correspondente. Generalizando, poderíamos dizer que o que se deseja do hospital seriam diagnóstico e tratamento. Entretanto, o médico se depara com a dificuldade de não se encontrarem casos tão lineares como aqueles apresentados na literatura médica e assim esperados. Há um enredamento de fatores e variáveis que não se pode decifrar simplesmente a partir de manuais médicos. Os pacientes, além das queixas orgânicas, referem-se a dores que muitas vezes não podem ser explicadas como algo apenas biológico pois, concomitantemente aos problemas biológicos, estão presentes fatores psicológicos, sociais, culturais, tudo isso apontando para a complexa singularidade do ser humano (JUCÁ-VASCONCELOS, 2010).

Face a isso, quando um indivíduo está hospitalizado, qualquer que seja a sua idade, existe uma evidente ruptura com seu ambiente habitual, o que modifica os seus costumes, os seus hábitos e, em geral, a sua capacidade de autorrealização e de cuidado pessoal, vez encontrar-se em um ambiente desconhecido, gerativo de insegurança, em primeiro lugar, pela sua doença e, em segundo lugar, pela ruptura provocada em sua vida cotidiana. Tudo ao seu redor é novo e ele não sabe como deve atuar em cada momento, dependendo do pessoal que o rodeia, como seus familiares e os profissionais da saúde (LÓPEZ, 1998). Além disso, na maioria das vezes, não possui opção, está acamado e à mercê de tudo e de todos, sendo sua vontade postergada, seus desejos restringidos, sua intimidade invadida, seu mundo relacional rompido e seu trabalho impedido (no caso da criança, a sua escolarização e os seus brincarés). Ele deixa de ser sujeito e passa a ser um objeto da prática médico-hospitalar, sua individualidade é suspensa e, assim, acaba transformando-se em mais um caso a ser contabilizado, estudado, tratado (MARTINS *et al*, 2003).

Por outro lado, a doença e a hospitalização de qualquer criança afetam a vida familiar em diferentes níveis, gerando mudanças emocionais nos relacionamentos e na dinâmica familiar (SILVEIRA *et al*, 2008). Em geral, a criança deixa de ir à escola, afasta-se de seus familiares e amigos, não realiza muitas de suas atividades cotidianas; os familiares, por sua vez, têm sua rotina alterada, precisam se afastar do lar, além de gerenciar os cuidados com a criança doente e as demandas da família, entre outros aspectos. Instaura-se uma crise complexa e difícil (OTHERO e DE CARLO, 2006). Bem se percebe, a hospitalização da criança torna-se um evento potencialmente estressante para a família, além de inseri-la em um ambiente que

frequentemente ameaça seu senso de segurança e competência (SILVEIRA e ANGELO, 2006), gerando sentimentos de impotência e de desamparo em ambas as partes (ANDRAUS *et al*, 2007).

No modelo de atendimento centrado na patologia, a equipe de saúde, abordando o paciente como doença e não como pessoa doente, gera uma situação de desinformação e de pouco contato afetivo da equipe cuidadora para com o paciente/cuidador/a, o que propicia um aumento das fantasias de mutilação e de morte, bem como das sensações de ameaça e impotência, isso contribuindo, junto às crianças/cuidadores/as, para um estado de maior sofrimento e angústia (COLLET e OLIVEIRA, 2002).

Sobre isso Silva (2002) aponta aspectos com os quais os familiares terão que se relacionar diante da necessidade de internação da criança: dor, incapacidades e outros sintomas vividos pela criança no adoecimento; o hospital e os processos diagnósticos e terapêuticos, muitas vezes invasivos e dolorosos aos quais ela será submetida; o relacionamento com a equipe de saúde; a ameaça da perda, entre outros. Segundo Takatori, Oshiro e Otashima (2004), principalmente as mães veem-se internadas com a criança: geralmente têm que permanecer o dia todo no hospital, ficar longe de seus lares, afastadas dos outros filhos, não podem permanecer no trabalho. Há, da parte de tal cuidadora, cansaço, sensação de desestruturação familiar e máxima atenção voltada para a criança, sendo que seus sentimentos não são priorizados, ou até nem são considerados.

Quanto a isso, um estudo empreendido por Andraus *et al* (2007) revelou que os acompanhantes necessitam de ajuda tanto quanto as crianças. Não apenas os pais estão envolvidos: para que as vivências decorrentes da hospitalização possam ser enfrentadas e transformadas é preciso que a criança e sua família vivenciem o hospital como um ambiente acolhedor, com uma equipe de profissionais que forneça apoio através de acolhimento, escuta e intervenções técnicas e humanitárias (OTHERO e DE CARLO, 2006).

Para Castellhanos (2003), atender (e entender) o paciente pediátrico em sua densidade social e familiar, interferindo, para tal, nas linhas em que se inscreve o papel de cuidador/a das crianças, permanece ainda como um empreendimento (necessário) que desafia o olhar pediátrico a desestabilizar a oposição existente entre o conhecimento técnico e leigo, de modo a abrir-se às contraposições e



justaposições concretizadas entre o campo profissional pediátrico e o campo das relações familiares.

## **2.1. ANÁLISE DO MATERIAL COLIGIDO**

### **METODOLOGIA**

O estudo foi realizado nas enfermarias 41, 42 e 43 da Ala Pediátrica do HUAC, em Campina Grande/PB, com cuidadores/as de crianças de 0 a 7 anos, sob regime de hospitalização. A coleta dos dados foi realizada no período compreendido entre julho e agosto de 2014. O HUAC é um hospital terciário, credenciado como hospital de ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde e como centro de referência estadual para o Sistema Único de Saúde (SUS-PB) em diversas especialidades, inclusive Pediatria, atendendo a uma grande demanda de pacientes, que provêm de cidades vizinhas a Campina Grande e outras regiões próximas. Este hospital é dividido em alas conforme as especialidades atendidas. As alas, por sua vez, são compostas por enfermarias identificadas por numerações.

A visita médica em tais enfermarias do HUAC ocorre diariamente, pela manhã. Os acadêmicos avaliam primeiramente o paciente, informam-se acerca de sua evolução e realizam o exame físico. Após, durante a visita, na presença dos residentes e preceptores da disciplina, os casos são repassados a beira do leito e a preceptoria define as condutas.

O tamanho da amostra foi determinado com base na *amostragem por saturação*, que é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde. É usada para estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados desejados e obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados por não mais contribuir significativamente para o

aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA *et al*, 2008).

Nossa amostra foi constituída por 20 cuidadores/as. 85% mães (17). Os outros 15% constituídos por: pai (1), avó (1) e tia (1). A idade dos cuidadores/as variou de 18 a 42 anos com média de 29 anos. O estado civil dos entrevistados/as foi composto por 55% de casados/as (11), 40% de solteiros/as (8) e um viúvo. 20% dos/as cuidadores/as (4) residem na cidade de Campina Grande e os outros 80% (16) moram em diversos municípios do interior da Paraíba. Apenas 10% possuíam empregos formais: atendente de padaria (1) e técnica de enfermagem (1). Os 90% restantes dividiram-se em agricultores (60%) e do lar (30%). Em se tratando da renda familiar, metade informou receber um valor menor que um salário mínimo (R\$ 724,00), sendo que três dessas pessoas alegaram sobreviver com um montante correspondente a uma bolsa-família, que equivale a aproximadamente R\$ 130,00. Dos demais, 5 (25%) recebem um salário mínimo e os outros 5 entrevistados (25%), recebem mais do que um salário, não ultrapassando, nenhum, o valor de dois mil reais.

Dentre as 20 crianças que estavam internadas na enfermaria pediátrica do HUAC e sob os cuidados dos/as cuidadores/as entrevistados/as, 12 (60%) eram do sexo feminino e 8 (40%) do sexo masculino. A faixa etária das crianças estava compreendida entre 8 dias de vida a 7 anos de idade, com uma média de idade de 2 anos e 7 meses (31 meses).

Um roteiro para entrevista semi-estruturada foi aplicado aos/às entrevistados/as. Tais questões compuseram pontos de ancoragem que serviram como base para a entrevista, isso não impedindo a elaboração de perguntas não previstas, paralelamente, para melhor esclarecer o/a entrevistado/a, caso necessário, ou fazê-lo/a discorrer mais longamente sobre determinada pauta.

As entrevistas apenas foram colhidas após cumprido o protocolo previsto na Lei 466/12, que versa sobre a pesquisa com seres humanos, a qual exige Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente lido, aceito e assinado pelo/a entrevistado/a – o que foi cumprido. Os preceitos éticos envolvidos no estudo foram analisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC (Número do CAAE: 36460714.3.0000.5182). Como critérios de inclusão foram considerados: Serem, os/as entrevistados/as, maiores de 18 anos, em acompanhamento de

crianças internas na Enfermaria Pediátrica do Hospital Alcides Carneiro/HU, como cuidadores/as familiares principais.

Os dados coligidos foram analisados segundo o Método Qualitativo de Análise de Conteúdo, utilizado em pesquisas na área social, criado e desenvolvido por Laurence Bardin (2006), docente de Psicologia na Universidade de Paris V, a qual aplicou as técnicas de Análise de Conteúdo na investigação psicossociológica e nos estudos das comunicações de massas. Os discursos assim colhidos foram interpretados à luz da hermenêutica, arte e técnica de por em destaque aquilo que no discurso se encontra implícito ou verbalizado nas entrelinhas (RICOEUR,2008).

A utilização do método proposto por Bardin tem por objetivo, no nosso caso, tornar mais evidentes as percepções sociais dos cuidadores sobre a visita médica à criança sob cuidados clínicos. Sua aplicação, conforme sugere aquela autora, consistiu em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise compreendeu a organização do material a ser analisado com vistas a torná-lo operacionalizável, sistematizando as ideias iniciais. Isso foi executado mediante quatro processos: (i) a leitura flutuante (estabelecemos os documentos de coleta de dados, através da degravação e transcrição das entrevistas); (ii) escolha dos documentos (seleção do que foi analisado); (iii) formulação de hipóteses e objetivos (afirmações provisórias que nos propomos a verificar) e; (iv) elaboração de indicadores (através de recortes de textos nos documentos analisados, destacamos os temas que mais se repetiram e que foram tomados como índices).

A exploração do material disse respeito à codificação do material e à definição de categorias de análise (um grupo de elementos com características comuns, colocadas sob um título genérico) e a identificação das unidades de registro (corresponde ao segmento de conteúdo, temas, palavras ou frases) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem). Esta etapa foi de suma importância, pois possibilitou o incremento das interpretações e inferências.

3) No tratamento dos resultados, quando da Inferência e Interpretação, fizemos a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas

interpretações inferenciais; momento da intuição, da análise reflexiva e crítica, como proposto por Bardin (2006).

## **ANÁLISE DAS CATEGORIAS:**

### **Primeira categoria: TEMPO.**

#### **Subcategoria positiva:**

*“Até agora eu tô achando tudo legal, né? O tempo dá prá eles falarem tudo, eles explica bem direitinho. O que eles tem de dizer eles diz, explica prá os estudante, depois pergunta o que a menina tem. Eu não tenho o que dizer nada daqui não.”*

Podemos observar que, apesar de ser referido que o tempo da visita médica é suficiente, deixa-se implícito, pela ordem das frases, que, na escala de prioridades do médico, segundo o/a entrevistado/a, primeiro vem os estudantes e, depois, a paciente: "o tempo dá pra eles falarem tudo (...) explica prá os estudantes, depois pergunta o que a menina tem".

A rotina do hospital-escola determina a visita médica como um importante instrumento de aprendizado para o médico residente e o interno. No entanto, muitas vezes o aspecto apenas didático da visita pode prejudicar a relação-médico-paciente-cuidador/a, uma vez que ela pode não atender às necessidades do paciente e/ou cuidador/a, notadamente quando a linguagem utilizada na prestação do atendimento de tais necessidades, dada sua incompreensibilidade, pode despertar, na criança ou sobretudo no/a cuidador/a, sentimentos desagradáveis (MARTINS *et al*, 2003).

A hora da visita médica é o momento em que, em torno do paciente, debruçam-se o/a cuidador/a familiar e o/a cuidador/a médico/a. Quando, porém, esses/as cuidadores/as não falam a mesma linguagem ou quando o/a cuidador/a familiar apenas fala consigo mesmo, não existindo o perguntar, o escutar, o responder, da parte do/a cuidador/a clínico/a, não se estabelece a interrelação necessária a um verdadeiro cuidar, o que poderá suscitar efeitos colaterais que podem superar e anular os possíveis benefícios de seu efeito terapêutico (SANKOVISKI, 2012).

#### **Subcategoria negativa:**

*“Passa pouco tempo. Fica perguntando como é que ela passou bem, se ela ganhou peso. Ele só vem só prá olhar ela, faz umas perguntinhas assim e pronto. Aí, às vezes é que eu pergunto a ela, chamo ela e pergunto: Doutora, como é que ela tá? Aí é que ela diz, assim, ligeiro: Que tá melhor, que tem que fazer um negócio, tem uns exame...E assim vai. Aí passa pouco.”*

Caprara & Rodrigues (2004) afirmam que as consultas médicas desenvolvem-se em tempo exíguo, mesmo em atenção primária, sendo favorecedoras de encontro superficial entre o profissional de saúde e os seus pacientes. O entrevistado expõe o mesmo com relação à visita médica, de modo que o diálogo com os pacientes, nesse caso com o/a cuidador/a, é pautado predominantemente pela exploração dos sinais, sintomas e manifestações laboratoriais dos agravos, uma prática repetitiva, na qual frequentemente não são levadas em conta as singularidades inerentes ao encontro médico-paciente-cuidador/a (FILHO, 2007).

A esse respeito, Pinto *et al* (2012) destacam que as queixas do paciente/cuidador/a em relação ao médico (as quais podem se tornar motivo para processos judiciais), na maioria das vezes não remetem à falta de conhecimento científico por parte daquele, mas à sua incapacidade de estabelecer uma relação de confiança e de acolhimento, ocasião em o paciente/cuidador/a perceba que lhe é dada (ou não) a devida atenção. Para os sujeitos de nossa entrevista, um bom atendimento médico deve incluir o exame físico, a atenção e o diálogo e é de se notar que poucos têm a resolução do problema como o único elemento presente em um bom atendimento clínico.

Dessa forma, durante a visita médica deve-se atentar para o fato de que a enfermidade confere ao paciente/cuidador/a uma situação de fragilidade e este/a busca, no médico, cura ou pelo menos o alívio de seus sintomas, além de compreensão, apoio e simpatia, que são “procuras” subjetivas (MOREIRA, 2012).

## **Segunda categoria: ATENÇÃO.**

### ***Subcategoria positiva:***

*“A atenção é ótima também porque eles cuidam bem dos meninos, falam bem com os meninos, eles procuram saber sempre deles, sempre passam pros outros pra saberem deles, conversam com eles, tem delas que até beijo neles dão. Eu acho bem interessante.”*

Na fala acima, fica caracterizado que a atenção dada aos pacientes/cuidadores/as pediátricos aparenta ser satisfatória. Para o/a cuidador/a, a atenção, durante a visita médica, fica evidenciada através de atos como avaliar a criança todos os dias, solicitar exames, estabelecer o diagnóstico, tomar condutas, esclarecer dúvidas durante a visita médica, assim como manifestar atitudes carinhosas, gerando vínculos até mesmo de afetividade.

Na perspectiva da humanização, o paciente/cuidador/a deve ser visto em sua totalidade, fazendo-se necessária a mudança do foco de atenção da doença para a atenção integral ao paciente/cuidador/a, considerando a singularidade da sua dimensão como sujeito (MARQUES FILHO, 2011). Dessa forma, a atenção também deve ser ampliada ao/à cuidador/a, o/a qual responde pelo paciente pediátrico.

Para Brasil *et al* (2012), a atenção à saúde deve visar a integralidade da assistência, o estabelecimento de vínculos que possibilitem a aderência aos tratamentos propostos e as alianças de compromisso e de responsabilidade mútua entre os profissionais, pacientes e seus familiares. Um profissional médico atento ao conjunto paciente-cuidador/a estabelece melhora no convívio hospitalar e auxilia na melhor recuperação do paciente.

No contexto em que se encontram, de um lado, a criança doente e, do outro, o/a cuidador/a, repleto/a de ansiedade e temor pelo seu ente querido, torna-se imprescindível que ele/ela encontre no pediatra uma pessoa compreensiva, que lhe dê segurança com esclarecimentos e informações precisas. Quando o profissional não está totalmente seguro para responder às dúvidas, ele pode recorrer ao *reasseguramento*, que é uma forma terapêutica de comunicação cujo propósito principal é tranquilizar o/a cuidador/a, quando possível, e sem recorrer ao falso apoio, às promessas onipotentes, à mentira ou à omissão de informações importantes (MALDONADO e CANELLA, 2009).

#### **Subcategoria negativa:**

*“As vezes ela chega aqui, passa só o rabo de olho nela. As enfermeiras sempre estão em cima, mas a médica não presta muita atenção.”*

*“É porque ela geralmente explica mais aos estudantes, né. O que eu vi era só ela explicando aos estudantes.”*

Nas falas acima, proferidas por diferentes cuidadores/as, percebe-se o grau de insatisfação, da parte de ambos/as, em relação à atenção dada aos pacientes

pediátricos durante a visita médica. Dentre outras, destacam-se as queixas de que alguns médicos não dão a atenção necessária aos pacientes; não esclarecem as dúvidas dos/das cuidadores/as; apenas dão atenção aos estudantes; são apressados/as e impacientes.

Maldonado e Canella (2009) afirmam que fugir e evitar o problema do cliente pode ligar-se à dificuldade de delimitar as possibilidades de atuação. Dessa forma o médico preferiria fazer de conta que o problema não existe e mudar de assunto. Há também o fato de alguns médicos adotarem uma postura impessoal e fria nos momentos da visita, embotando sua sensibilidade por medo de sofrer. Tais atitudes podem ser vistas, pelo/a cuidador/a, como resultado de pressa e pouca atenção.

Acredita-se que a dificuldade apresentada pelos médicos no tocante à comunicação com o paciente/cuidador/a possa estar também relacionada ao fato de a comunicação muitas vezes ser vista como uma ação secundária, um mal necessário, e não como atividade própria do exercício da Medicina. Assim, o diálogo passa a ser encarado como um desperdício de tempo na busca da cura. No entanto, tal entendimento é enganoso, uma vez que o diálogo pode tranquilizar o paciente/cuidador/a e deixá-lo/la mais confiante para enfrentar o tratamento, o que, direta ou indiretamente, influirá no resultado clínico (BITTENCOURT *et al*, 2013).

Para Ceneviva *et cols.* (2008), na comunicação com o paciente/cuidador/a, o médico deve demonstrar segurança e confiança, fazendo-se necessário o uso de uma linguagem de compreensão clara, adaptada à condição sociocultural do paciente e/ou cuidador/a, sem nunca fugir à verdade, sem produzir, porém, desesperança, nem ferir a sua auto-estima, atitudes essas que devem ser adotadas para com o/a cuidador/a, o/a qual é, na Pediatria, a “voz” do paciente pediátrico.

### **Terceira categoria: ESCLARECIMENTOS SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.**

#### **Subcategoria positiva:**

*“Eles explicam tudo bem direitinho, me dizem resultado de exame, o que foi que deu e o que não deu. Eu não tenho nada para dizer não. Às vezes eu entendo e às vezes eu não entendo não. Aí depois eu pergunto aos estudantes e eles me explicam o que é. A médica vem explicar tudo bem direitinho, mas às vezes eu não entendo e pergunto ao estudante depois.”*

Observa-se nesta categoria uma satisfação parcial, dada a presença da adversativa (“mas”) implícita na frase. Ou seja, apesar de a cuidadora afirmar que a explicação é dada satisfatoriamente (“Eles explicam tudo bem direitinho”), não ocorre o claro entendimento acerca do que foi exposto: “Às vezes eu entendo e às vezes eu não entendo não”. Tal situação denota pobreza de diálogo na relação médico-cuidadora, uma vez que não foi suficiente para gerar o necessário esclarecimento da condição na qual a criança se encontra.

Ora, durante a visita médica nem sempre é levado em conta o interesse do paciente/cuidador/a quanto a saber sobre o estado clínico ou como transcorrerá o tratamento, o que pode despertar ansiedade, sentimento nem sempre percebido pela equipe médica. O discurso usado pelos membros da equipe médica quando da visita médica é sobretudo técnico, considerando-se que o objetivo é educacional: aprimorar o conhecimento do estudante de Medicina. Raramente essa linguagem é compreendida pelos pacientes, que se sentem excluídos do tratamento (MARTINS *et al*, 2003).

**Subcategoria negativa:**

*“Só quem explica é a aluna. A médica não fala diretamente prá mim o que ela tem. Ela falou só que ia dar antibiótico prá combater a infecção.”*

Fica clara, nesta fala, a dificuldade de comunicação entre o médico e a cuidadora, uma vez que aquele se volta prioritariamente para o objetivo didático supracitado, esclarecendo dúvidas dos estudantes e estes, por sua vez, fazem o trabalho de repassar as informações para o cuidador. Quayle (1998) verificou que os pacientes em geral estavam satisfeitos com a informação científica, mas insatisfeitos com a comunicação dos médicos durante a visita.

Sabe-se que a visita médica faz parte da rotina de um hospital-escola e visa atingir objetivos didáticos e pedagógicos, constituindo-se como um importante instrumento para o aprendizado dos estudantes de Medicina. Entretanto, essa prática pode ter consequências negativas para os pacientes. Observa-se, por exemplo, que a visita é percebida pelo cuidadora de maneira ambígua e conflitiva, referindo dificuldades para compreender o que é dito a respeito da doença de seu ente querido, sentindo-se desinformado/a, desamparado/a e excluído/a do tratamento do qual é coadjuvante imprescindível. Por outro lado, sente-se acolhido/a



e prestigiado/a quando recebe, por parte de toda equipe, no momento da visita, atenção e informação sobre a doença e seu tratamento (MARTINS *et al*, 2003).

#### **Quarta categoria: CONSTRANGIMENTO PARA TIRAR DÚVIDAS COM O MÉDICO.**

##### **Subcategoria positiva:**

*“Eu sinto um pouco de vergonha, né? Mas tudo que eu perguntei ela explicou direitinho. Perguntei como pegava essa doença e ela me explicou direitinho.”*

Sabe-se que a confiança no médico e o sucesso terapêutico estão intimamente ligados, entre outros fatores, à qualidade da relação médico-paciente-cuidador/a, o que leva à confiança dos dois últimos quanto às condutas sugeridas ou adotadas pelo primeiro. Assegurar que o paciente (e, para nosso caso, o cuidador/a) esteja ciente de sua condição é um dever do médico, e cabe a ele suprir a necessidade do diálogo como ponto esclarecedor do medo que cerca o doente e seu cuidador/a familiar.

Assim, é de extrema importância a demonstração de interesse, por parte do médico, pela vida do paciente e de seu cuidador/a, a fim de fazê-lo/as sentir-se mais à vontade nos momentos em que há necessidade de questionamento, da parte desses/as e, da parte daquele, o fornecimento dos necessários esclarecimentos (PEREIRA *et al*, 2005).

Vale fazer a observação: Em apoio à necessidade da empatia e interesse pela vida, uma cuidadora por nós entrevistada fez o seguinte comentário: “É muito importante sabermos da vida da gente. Eles deviam aprender a conversar. A gente ia se sentir mais à vontade.”

Merece destaque o fato de que pacientes/cuidadores/as referidos/as pelo nome sentem-se mais seguros no relacionamento com o profissional, o que lhes confere sentimento de acolhimento e de maior intimidade para questionar sobre sua condição clínica ou dos entes queridos dos quais cuida.

##### **Subcategoria negativa:**

*“Tenho, porque ela vem com muita gente, aí eu fico meio ansiosa. E tenho medo de ouvir dizerem que ela tá muito grave.”*

Martins *et al* (2003) citam que, apesar de todo o avanço da Medicina através dos séculos, de todo o apoio tecnológico recebido pelos médicos e dos meios de

investigação e diagnóstico modernos, pode-se observar que o paciente (o que se estende aos seus cuidadores familiares) continua fragilizado emocionalmente, atemorizado com o adoecimento, muitas vezes lidando com um prognóstico desfavorável.

Tal questão é destacada na fala da cuidadora quando se trata de diálogo com o médico: “(...) e tenho medo de ouvir dizerem que ela tá muito grave”. Portanto, subentende-se que a visita médica, dentro dos moldes como é desenvolvida, pode despertar sentimentos conflitivos, medos e dúvidas, o que pode comprometer o sucesso terapêutico. Por outro lado, o fato de os médicos irem até aos leitos dos pacientes e discutirem sobre o caso traz confiança e segurança.

Outra questão a ser ressaltada respeita ao fato de a visita médica em um hospital-escola ser composta por uma quantidade considerável de pessoas, o que pode gerar ansiedade. Tal fato deve ser bem esclarecido entre pacientes e cuidadores, para evitar sentimentos de exposição desnecessária e ansiedade acerca do que é discutido entre preceptores, residentes e acadêmicos, vez que em tais ocasiões é usada uma linguagem nem sempre compreendida pelos leigos nesse assunto, como visto acima.

#### **Quinta categoria: QUALIDADES E DEFEITOS DAS VISITAS MÉDICAS.**

##### **Subcategoria positiva (Qualidades):**

Quando solicitados que apontassem qualidades inerentes às visitas médicas, alguns cuidadores referiram pontos positivos sobre categorias já discutidas. Sobre a atenção dispensada pela equipe ao paciente foi dito: *“Assim... o que eu posso dizer? É muito atencioso, vem aqui várias vezes... A atenção, sabe? O cuidado... Vem várias vezes, de manhã e à tarde. Às vezes quando tão passando mesmo prá saber como ele tá. Isso é bem interessante.”* E, sobre o contentamento com os esclarecimentos direcionados ao cuidador diante de suas dúvidas antes e durante a visita médica, foi, por exemplo, referido: *“Tipo assim... Porque, falando de qualidade, né? Porque primeiro passa o médico residente, né? Então passa os estudantes... Então, justamente, você já vai tirando suas dúvidas com eles. E a médica só passa depois, quando você tá toda orientada, toda esclarecida e qualquer dúvida que eles tiverem, a gente acaba tirando com a médica.”*

Percebe-se a completa satisfação de alguns/algumas cuidadores/as em relação ao atendimento fornecido pela equipe de saúde do hospital, como se pode constatar nesta outra fala: *“Nota 10. Eu sempre comento que o HU é um exemplo. Nos outros hospitais quando eu chego eu sempre falo do HU, até porque eu não conheço de agora, conheço bem antes, eu tive uma irmã que foi internada aqui, passou 6 meses internada, e eu acompanhei ela essa tempo todo e eu elogiei demais o atendimento do HU, a equipe médica, a enfermagem... Tudo! Se eu for comparar com os outros hospitais em que eu trabalho é uma diferença grande!”*

### **Subcategorias negativas (Defeitos):**

De outra forma, quando questionados acerca de defeitos relacionados à visita médica, surgiram respostas inerentes às categorias Tempo e Esclarecimentos, acima discutidas, como se pode verificar nas falas:

*“A qualidade é boa, mas as médicas são muito avexadas.” e “O defeito é que ela não conversa muito com a gente, não diz o que vai fazer, não esclarece bem.”*

Neste tópico surgiram queixas, não relativas a Tempo e Esclarecimentos, que poderiam ser abordadas a partir da negatividade com que são percebidas a invasão da intimidade e a excessiva quantidade de pessoas durante a visita:

*“Me incomodo com a quantidade de gente. Pró mim, era só prá passar a médica e o enfermeiro que vem prá perguntar algo à mãe. Mas depois, não, vem um monte... Às vezes a criança se assusta. A minha não, mas eu vejo os outros, né?... Se assustam as crianças quando ver muita gente, o enfermeiro... Me incomoda. É muito chato.”*

Verifica-se, nesta frase, o descontentamento gerado pela falta de intimidade que se espera existir na relação médico-paciente, sendo este um motivo de queixa da clientela de hospitais-escola, onde a visita médica é obrigatoriamente compartilhada com os estudantes da instituição, por uma questão de ensino. Além disso, no âmbito de uma enfermaria pediátrica, excessiva quantidade de pessoas torna o ambiente hostil, do ponto de vista de algumas crianças internadas, gerando estresse, manifesto sob a forma de crises de choro, por parte das mesmas, no momento da visita médica, conforme frequentemente pudemos constatar. Além disso, vê-se como algo negativo o exame físico realizado pelo interno e/ou residente e não pelo médico-evolucionista:

*“E às vezes, quando os médicos passam, é difícil eles examinarem minha filha, só os estudantes que examinam.”*

A queixa relatada na frase coligida expressa outro ponto inerente ao funcionamento de um hospital-escola que pode gerar insatisfação a alguns cuidadores. Partindo-se do pressuposto que aquele é também um ambiente para aprendizado e esse se faz com a prática, são os estudantes os responsáveis pela realização da evolução diária do caso, colhendo as informações sobre a evolução do caso clínico e realizando o exame físico de rotina, para só então repassar tais dados à equipe, quando da visita médica à enfermaria.

Assim sendo, até por uma questão de preservação do paciente, muitas vezes é evitada sua excessiva manipulação, de forma que, na maioria das vezes, o médico opta por não mais examinar a criança, confiando a responsabilidade a quem realizou o exame, reservando-se uma segunda abordagem somente quando julgar-se necessário.

O horário da visita médica é outro defeito apontado:

*“Poderia melhorar o horário porque a visita médica tá sendo na hora do almoço. Às vezes a gente tá perdendo o almoço porque tem que ficar aqui esperando ela. A maioria das visitas agora tá sendo meio-dia, onze-e-quinze, no horário da gente descer pra o almoço. Já teve vezes que perdi o almoço.”*

Geralmente as visitas acontecem no meio da manhã, tendo os estudantes iniciado seus trabalhos mais cedo. Eventualmente, intercorrências clínicas diversas podem atrasar o início ou o curso das visitas clínicas, acarretando prejuízos aos cuidadores, no que diz respeito ao horário estabelecido pelo hospital para o almoço dos mesmos no refeitório.

Neste contexto, a partir do momento que, passado o horário previsto, seja negada alimentação para o cuidador que depende daquele serviço, um dos direitos sociais básicos da cidadania estará sendo violado, o que exige revisão do horário de tais visitas ou a doação de medidas capazes de sanar tal problema, como, por exemplo, a disponibilização de refeição fora do horário habitual, mediante prévio comunicado à copa do hospital.

A expectativa não satisfeita quanto à alta hospitalar se apresenta como traço negativo percebido nas visitas à enfermaria:

*“Eu quero receber alta e eles ficam enrolando.”*

Bem se sabe, a alta hospitalar é um momento de grande expectativa. A equipe de saúde deve, nesse momento, estar munida de paciência, organização, conhecimento e competência para auxiliar no processo de transição em que o/a cuidador/a se encontra, orientando-o/a quanto à necessidade de continuação do tratamento pós hospitalização. Um planejamento eficaz da alta hospitalar assegura a continuidade dos cuidados do hospital dentro do lar. O plano deve atender para as necessidades individualizadas da família e da criança, além de apresentar objetivos claramente definidos de maneira fácil e simples (RABELO *et al*, 2007).

Por fim, foi apontada, como característica negativa na relação médico-paciente estabelecida na visita médica à enfermagem pediátrica, a mudança do cuidador clínico, médico/a, na prestação do cuidado à criança hospitalizada:

“Cada um tem sua vez, né? Num sei porque...Não dá prá um saber o caso direito igual ao outro, né? Cada um é diferente do outro. E um pode não tá por dentro do caso como o outro tá.”

Deve-se ressaltar que a condição de hospital-escola e o tipo de atendimento prestado, onde há vários profissionais envolvidos com o mesmo paciente, dificultam, sim, o estabelecimento de relações estáveis entre o paciente, seu/sua cuidador/a e seu médico/a. Na discussão em equipe, quando da visita clínica, eventualmente podem surgir divergências sobre a conduta a ser seguida, o que pode ser claramente percebido pela cuidadora cuja frase é citada. Este acontecimento faz com que ela se sinta insegura, deixando-a em dúvida e levando-a a questionar os procedimentos médicos. Este acontecimento pode causar um enfraquecimento do vínculo afetivo com o médico e a não aderência do paciente/cuidador/a ao tratamento, pois ele/a não sabe em quem depositar sua confiança (MARTINS *et al*, 2003).

#### **Sexta categoria: SUGESTÕES.**

Quando nossos/as entrevistados/as foram solicitados/as a fornecer sugestões em prol da melhora da visita médica, percebemos que as mesmas versaram sobre subcategorias negativas já abordadas: pedido de visitas mais demoradas; mais atenção por parte dos médicos durante a mesma; necessidade de maiores esclarecimentos acerca do diagnóstico e tratamento; exame físico realizado pelo

médico evolucionista; possibilidade da existência de apenas um atendente para o mesmo paciente; horário mais adequado para a visita.

Abaixo, algumas das sugestões fornecidas pelos/as cuidadores/as:

“Para mim, tá tudo certo. Agora assim... eu queria mais um pouquinho de tempo. Depende do dia e depende da doença, né? Porque tem doença que você precisa saber mais profundo, precisa de uma conversa mais demorada, mais demorada.”

“Tem umas médicas que são meio abusadas e só explicam prá elas e os alunos. Elas podiam explicar a gente também.”

“Para melhorar mesmo, assim, só que viesse e olhasse e me dissesse o que ela tem e o que não tem, quanto tempo falta prá ela terminar de tomar o antibiótico. Somente. E se tem alguma previsão de alta ou não, quanto tempo ia levar... Somente isso. Porque às vezes eu pergunto a doutora mermo, mas só diz que tem que ter paciência. Somente.”

“Que elas possam, assim, pelo menos examinar minha filha. Porque eu acho que ela não examina porque os alunos já examinam.”

“Pelo menos pra dar tempo a gente almoçar. Porque tem vez que a gente perde o almoço e é difícil dá uma quentinha, aí a gente tem que esperar pra de noite. Só isso.”

“Se fosse possível, né? Mas eu acho que não tem como... Um médico só acompanhasse cada caso. Mas não tem como. Porque no caso dele, de manhã é um médico, de tarde é outro, e assim vai. Se fosse só um médico...”

Verificou-se também a inexistência de sugestões, em alguns casos, por parte dos entrevistados, satisfeitos com o serviço e sem reclamações:

“A gente tem nem como sugerir, porque de vez em quando eles vem aqui, aí visitam, faz tudo direitinho... Tem nem como...Tá tudo certo. Tenho nenhum reclamação pra dar não.”, o que, evidentemente, pode resultar apenas do medo de formulação de críticas a um serviço de saúde público e gratuito e eventual receio de retaliação.

Ouvidas tais sugestões e lidas as entrelinhas das falas de nossos/as entrevistados/as, ousamos propor medidas capazes de melhorar a qualidade das visitas médicas aqui estudadas:

## **2.2. Protocolo de visita médica à enfermaria pediátrica do HUAC**

1. Prestabelecimento de horário de chegada ao hospital, para internos e residentes, os quais devem chegar antes dos médicos preceptores.
2. Divisão dos pacientes pediátricos entre os internos e os residentes, de forma que cada paciente tenha um interno e um residente fixos, enquanto ele permaneça internado na Enfermaria Pediátrica, ou até que haja rotatividade de setor por parte dos acadêmicos ou dos residentes, a qual deverá ser previamente comunicada ao paciente/cuidador/a.
3. Confecção da evolução do paciente, pelos internos, sob a supervisão dos residentes. Nesse momento, ambos devem atentar não apenas para a patologia apresentada pelo doente, ambos devendo considerar que ali há um sujeito com sentimentos, os quais devem ser levados em consideração.
4. Fixação de horário previamente determinado para a chegada do preceptor ao hospital e empreendimento da visita à Enfermaria Pediátrica.
5. Visitação de toda a equipe ao paciente no leito, ocasião em que o preceptor deverá se apresentar como médico responsável pelo paciente e, já ciente do caso clínico, reexaminando a criança, esclarecerá, a/o cuidador/a as dúvidas sobre a doença, fornecendo as necessárias informações sobre as condutas tomadas, em uma linguagem clara e acessível, devendo-se conceder total liberdade a/o cuidador/a para que ele/a expresse seus anseios e dúvidas sobre a criança, sua doença e seu tratamento.
6. Realização das reuniões entre o preceptor e internos e residentes, não à beira do leito do paciente, mas em sala à parte, ali ocorrendo a discussão dos casos clínicos, quando serão expostas a identificação do paciente, hipóteses diagnósticas, condutas já realizadas, queixas dos pacientes

segundo os/as cuidadores/as e a evolução dos pacientes com a finalidade de traçar as condutas terapêuticas necessárias.

### **3. CONCLUSÃO**

No presente artigo, discutimos, através da formatação e análise de categorias discursivas, diversos aspectos alusivos à forma como os/as cuidadores/as percebem a visita médica à Enfermaria Pediátrica no HUAC, Campina Grande, PB. Verificamos que as categorias distribuíram-se em Tempo, Atenção, Esclarecimentos sobre o Diagnóstico e o Tratamento, Qualidades e Defeitos da Vista Médica e Constrangimento quanto à formulação de perguntas, da parte do cuidador ao médico evolucionista. Perceberam-se aspectos positivos e negativos em cada categoria. Na ocasião, mediante solicitação, foram fornecidas sugestões de e para melhora de tais visitas, notadamente no tocante a aspectos relacionados a Tempo e à Qualidade das visitas.

O que aqui se constata quanto à visita à Enfermaria Pediátrica poderia, a nosso ver, servir de ponto de partida para, em outras Clínicas, avaliar-se a percepção de pacientes e/ou cuidadores/as quanto à visita médica, chegando-se, possivelmente, a resultados similares. Da mesma maneira poder-se-ia, ainda, ampliando este trabalho, fazer-se a análise das percepções dos estudantes de Medicina acerca da forma como é conduzida a visita à Enfermaria Pediátrica (ou a outras enfermarias), levando-se em conta que, assim como muitos cuidadores se queixaram que a atenção era dada somente aos estudantes, possivelmente os estudantes podem afirmar que o médico, o qual exerce papel de clínico responsável pelo paciente e de preceptor dos alunos, dedique mais atenção aos cuidadores ou aos pacientes do que aos próprios estudantes, o que resta por elucidar. Importante também, pesquisar sobre a opinião do médico e de outros profissionais da área de saúde quanto as dificuldades na relação com o paciente e suas angústias.

Por fim, cabe constatar que em muito este trabalho contribuiu para nossa formação, uma vez que ele possibilitou que abordássemos conteúdos de ordem humanitária, que geralmente não são contemplados ao longo de uma formação médica, que é quase exclusivamente técnica. Se a Academia Médica nos ensina a técnica, por outro lado as Ciências Humanas muito têm a contribuir para



nossa formação ética, uma vez que são aquelas ciências que estimulam nossa sensibilidade, aguçam nossa capacidade analítica e refinam nosso senso crítico, qualidades imprescindíveis ao Médico, a quem compete lembrar que mais importante que a doença é o doente e que todo doente é um ser humano, singular criatura formatada por elementos biológicos, psicológicos e sociais, os quais não devem ser estranhos a quem pratique a Arte da Medicina.

## **ABSTRACT**

What guided the preparation of this work was the desire to understand more deeply the perceptions evoked in carers of hospitalised children at the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC) in the city of Campina Grande - PB, during the medical visit to the Paediatrician Ward. It was applied to these carers a questionnaire and a semi structured interview, from there on being obtained discursive material that was analysed. In relation to the analysis of this material stood out five categories when it comes to medical visits: Perceptions regarding: 1-Time of the visit; 2-Attention given by doctors to patients / carers; 3-Explanations given about the diagnosis and treatment of the patient; 4-Quality of such visits; 5-Suggestions regarding the improvement of quality of the visit. The study allowed us to demonstrate that, although there are compliments regarding the role of paediatricians visitor ward, there are criticisms that once being heard, may improve the quality of clinical visit to the Paediatrician Ward, with gains for the patient, the carer, Professor-Paediatrician and the medical student.

**Index therms:** Pediatrics, medical-patient relationship, family caregiver.

## **REFERÊNCIAS**

ALBUQUERQUE, E. P. T. de. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: estudo de diferentes tipos de cuidadores.** Dissertação (Mestrado em Psicologia- Saúde mental) – Universidade Federal do São João Del- Rei, 2010.

AMADOR D. D. et al. Concepções de cuidado e sentimentos do cuidador de crianças com cancer. **.Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 542-6,2013.

ANDRAUS L.M.S, *et al.* Incidentes críticos segundo os familiares de crianças hospitalizadas. **Rev enferm UERJ**, v. 15, p.574-9, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BITTENCOURT, A. L. P. *et al.* A voz do paciente: por que ele se sente coagido? **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 1, p. 93-101, jan./mar, 2013.

BOTÊLHO S. M. *et al.* Maternal care of the premature child: a study of the social representations. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n.4, p. 929-34, 2012.

BRASIL, M. A. A. *et al.* **Psicologia Médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.9, n.1, p. 139-46, 2004.

CASTELLANOS, M. E. P. **A pediatria e a construção social da infância: uma análise do discurso médico-pediátrico**. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003. (Dissertação de Mestrado)

CENEVIVA R; CASTRO e SILVA Jr. O paciente cirúrgico: relação médico paciente. **Medicina**, v. 41, n. 3, p. 252- 258, 2008.

**CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES**: estrutura, tábua de conversão e índice de títulos. Brasília, v.3, p. 1-125, 2002.

COLLET, N. e OLIVEIRA, B. R. G. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002.

FILHO, J. Termo de consentimento livre e esclarecido na prática reumatológica. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 2, p. 175-183, 2011

FILHO, J.M.C. Relação médico-paciente: a essência perdida. **Interface**, vol.11, n.23, pp. 631-633, 2007.

FONTANELLA, B.J.B, *et al.* Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, jan, 2008.

GOMES G. C. et al. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. **Rev. Enferm. UERJ**, v.19, n.1, p.64-9, jan. /mar. 2011.

JUCÁ-VASCONCELOS, H.P. Pg 4-5. “Reflexões sobre o hospital geral: um olhar *psic* histórico”, *in***Revista IGT na Rede**, v.7, n 13, 2010.

LEITE, M. M. **Impacto da demência de Alzheimer no cônjuge prestador de cuidados**. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, 2006.Tese (Tese Doutoral em Psicologia)

LIMA FILHO, M.T.(1988). Visitas gerais à beira do leito: Prática a ser mantida ou abandonada? **Revista Paulista de Medicina**, v.106, n.1, p.5.

LOPEZ, M. A. **Hospitalização**. São Paulo: McGraw-Hill, 1998.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais**. Ribeirão Preto: Novo Conceito, 2009.

MARQUES FILHO, J. “Termo de consentimento livre e esclarecido na prática reumatológica”, *in* **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n.2, p. 175-183, 2011.

MARTINS, L. et al. Reflexões sobre a visita médica em um hospital-escola. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.4, n.1, p.69-82, 2003

MEIRA, A. R. Relação médico- paciente. **O Estado de São Paulo**. v.28, p.8, jun 1976.

MILBRATH V. M. et al. Being a woman, mother to a child with cerebral palsy. **Acta Paul Enferm**. v.21, n.3, p. 427- 31, 2008.

MOREIRA FILHO, A. A. Relação Médico-Paciente - teoria e prática: o fundamento. **Revista Ciências em Saúde**. v. 2, n.3, p. 1-182, jul 2012

OTHERO, M.B e CARLO, M.M.R.P: **A família diante do adoecimento e da hospitalização infantil – desafios para a terapia ocupacional**. São Paulo, maio de 2006 (Trabalho de Conclusão de Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP).

PEREIRA, Maria das Graças Alves. A relação médico-paciente em Rio Branco, AC, sob a ótica dos pacientes. **Ver Assoc Med Bras**, v.51, n.3, p.153-7, 2005.

PINTO, J. A et al. A Relação Médico-Paciente Segundo a Perspectiva do Paciente. **Revista Ciências em Saúde**, v.2, n. 3, jul 2012.

QUAYLE, J. et al. Opiniões de gestantes hipertensivas internadas sobre a visita médica e a internação: estudo preliminar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.9, n.2, p.61-65.

RABELO M. et al. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n. 3, jul/set 2007.

RICOUER, P. **Hermenêutica e ideologias**. Ed. Vozes:Petropolis, RJ: 2008.

SANCOVISK, A.R.K. **Efeitos da visita médica nos pacientes da enfermagem da Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, 2012.(Tese Doutoral)

SEQUEIRA, C. A. da C. Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. **Revista Referência**, v. 2, n. 12, 2010.

SILVA C. M. G. C. H. *et al.* Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16(Supl. 1), p. 1457-1465, 2008.

SILVA, C. N. **Como o câncer (des)estrutura a família**. Ed. AnnaBlume, São Paulo, 2002.

SILVEIRA A.O e ANGELO, M. Interaction experience for families who lives with their child's disease and hospitalization. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.14, p. 893-900, 2006.

SILVEIRA, A.O. "Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. **Rev. enferm. UERJ**, v.16, n.2, p. 212-7, abr/jun 2008.

TAKATORI, M; OSHIRO, M. OTASHIMA, C. O hospital e a assistência em terapia ocupacional com a população infantil. **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**, p.256–277, 2004.

## **ANEXO A – ARTIGO CIENTÍFICO**

### **CUIDO, LOGO SINTO: ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DESPERTADAS PELA VISITA MÉDICA EM CUIDADORES/AS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS**

#### **RESUMO**

O que orientou a confecção deste trabalho foi o desejo de compreender mais a fundo quais as percepções despertadas nos/as cuidadores/as de crianças hospitalizadas em um Hospital Universitário, quando da visita médica à Enfermaria Pediátrica. A esses/as cuidadores/as foram aplicados um questionário e uma entrevista semiestruturada, a partir daí sendo obtido o material discursivo que foi submetido à análise. Quando da análise do dito material, destacaram-se cinco categorias em se tratando da visita médica: Percepções quanto a: 1-Tempo da visita; 2-Atenção dispensada pelo médico aos pacientes/cuidadoras/es; 3- Esclarecimentos ministrados acerca do diagnóstico e do tratamento do paciente; 4- Qualidade de tais visitas; 5-Sugestões quanto à melhora da qualidade da visita. O trabalho nos possibilitou demonstrar que, embora existam elogios no tocante à atuação do pediatra visitador da enfermaria, existem críticas que, uma vez sendo ouvidas, podem melhorar a qualidade da visita clínica à Enfermaria Pediátrica, com ganhos para o paciente, para o cuidador, para o Professor-Pediatra e para o estudante de Medicina.

**Palavras-chave:** Pediatria, Relação Médico-paciente, cuidador familiar.

#### **ABSTRACT**

What guided the preparation of this work was the desire to understand more deeply the perceptions evoked in carers of hospitalised children in a University Hospital, during the medical visit to the Paediatrician Ward. It was applied to these carers a questionnaire and a semi structured interview, from there on being obtained discursive material that was analysed. In relation to the analysis of this material stood out five categories when it comes to medical visits: Perceptions regarding: 1-Time of the visit; 2-Attention given by doctors to patients / carers; 3-Explanations given about the diagnosis and treatment of the patient; 4-Quality of such visits; 5-Suggestions regarding the improvement of quality of the visit. The study allowed us to

demonstrate that, although there are compliments regarding the role of paediatricians visitor ward, there are criticisms that once being heard, may improve the quality of clinical visit to the Paediatrician Ward, with gains for the patient, the carer, Professor-Paediatrician and the medical student.

**Index therms:** Pediatrics, Medical-patient relationship, Family caregiver.

## **AUTORES E ENDEREÇOS ELETRÔNICOS**

Edmundo de Oliveira Gaudêncio (edmundogaudencio@hotmail.com)

Ana Cecília Barbosa Santiago (ceciliabsantiago@hotmail.com)

Bianca Karenina Brito de Medeiros (biancakarenina@hotmail.com)

IsabellySanally do Nascimento Monteiro (isabellysnm@hotmail.com)

Paulo Henrique Félix Aureliano (paullo\_hq@hotmail.com)

## **1. INTRODUÇÃO**

O diálogo entre o pediatra e o/a cuidador/a, verificado quando da visita pediátrica à enfermaria, preenche todas as necessidades do/a cuidador/a quanto à prática Pediátrica? A discussão sobre isso tem em sua base a análise da relação médico-paciente, tantas vezes marcada pelo distanciamento causado pela diferença entre o conhecimento técnico do médico e o ponto de vista leigo quer do doente, quer do/a cuidador/a familiar acerca da condição clínica daquele. Centrando-se o médico no campo da técnica, finda ocorrendo o menosprezo deste para com as vivências socioculturais do paciente e/ou do/a seu cuidador/a, suas dúvidas e opiniões, com isso não se respeitando a autonomia do paciente/cuidador/a.

Nossa reflexão, ambientada na Pediatria, trata da relação que o médico institui no trinômio médico-paciente-cuidador/a. Tratamos, aqui, de um tipo especial de paciente, ainda em desenvolvimento, enormemente dependente e vinculado a um núcleo familiar, geralmente à mãe, que se torna o seu intermediário fundamental. Nessa situação, o/a cuidador/a é quem toma as principais decisões, enfrenta as dificuldades inerentes ao cuidar e compartilha o sofrimento do paciente, quando não vivência suas angústias em seu lugar. Problemas como a falta de carinho e cordialidade do médico, o uso de termos científicos de difícil compreensão por parte

dos pais, a falta de uma explanação detalhada sobre a doença, sua causa e prognóstico, são fatores que trazem grande insatisfação e dificultam a relação médico-paciente-cuidador/a. Por outro lado, quando nos focamos no/a cuidador/a, encontramos fatores como a emoção, a ansiedade e até mesmo o sentimento de culpa e incapacidade diante da doença corporal do seu ente querido, fatores que podem gerar atitudes de repulsa ou raiva contra a equipe médica, às condutas e aos procedimentos que devem ser realizados.

A hospitalização pode ser elemento dificultante na relação médico-paciente, pois causa uma ruptura no ambiente doméstico do paciente e seu/sua cuidador/a, modificando os hábitos, a capacidade de autorrealização e a prestação dos cuidados habituais por parte do/a cuidador/a ao seu doente. No modelo de atendimento centrado na patologia, a equipe de saúde, abordando seus pacientes como doença e não como pessoas doentes, gera uma situação de desinformação e de pouco contato afetivo dos profissionais para com o paciente e seu/sua cuidadora. Entretanto, quando a proposta de assistência é integral, portanto humanizada, essa experiência estressante pode ser amenizada.

A visita do médico pediatra, constitutiva da rotina de um hospital-escola, aos pacientes das enfermarias, é o momento em que o médico estabelece o contato com o paciente e com o/a seu/sua cuidador/a, com foco geralmente direcionado à patologia do doente internado. Na presença de estudantes de Medicina, nela são apresentados casos clínicos e discutidas condutas médicas e é, então, instituído o tratamento do paciente. Visa atingir objetivos didáticos, constituindo um importante instrumento para o aprendizado dos estudantes e residentes de Medicina, bem como de interação entre estes com os preceptores. A prática da visita médica, entretanto, pode ter efeitos negativos sobre os pacientes e/ou sobre seus familiares e cuidadores/as.

Isso posto, propomo-nos, neste trabalho, analisar os discursos de nossos/as cuidadores/as, objetivando por às claras as percepções e sentimentos despertados pela visita médica nos/as cuidadores/as dos pacientes internados na Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Sob a óptica do/a cuidador/a, queremos investigar se o tempo de visita, a atenção e as explicações dispensadas sobre a doença e o seu tratamento são suficientes ou não e se as informações ministradas no diálogo entre o pediatra e o/a cuidador/a preenchem as

necessidades do cuidador/a (ou não). Por que isso acontece? Quais as iniciativas que poderão ser tomadas para melhorar isso – uma vez constatado que há necessidades, da parte do/a cuidador/a, a serem supridas (pelo médico-professor)? É possível melhorar a relação médico-paciente-cuidador/a durante a visita médica, acaso ela seja falha, no que tange à prática de uma Medicina Humanitária?

Objetivando responder a tais questões, durante a revisão da literatura, percebemos a precariedade de referências bibliográficas sobre o assunto, fato que nos incentivou à realização de um trabalho que, graças aos seus resultados, pudesse sugerir melhoras junto ao Serviço Médico do qual participamos. Pudemos observar diariamente que, na internação, o paciente muito perde da sua individualidade, uma vez que passa a ser visto e tratado, na maioria das vezes, como um objeto posto ao ensino da prática médico-hospitalar. Diante disso, consideramos relevante abordar essa situação, imaginando podermos contribuir para uma maior humanização da visita médica, gerando um impacto positivo na Enfermaria Pediátrica do HUAC.

Tendo isso em mente, objetivamos analisar a relação médico-paciente-cuidador/a no campo da Pediatria e no âmbito de um hospital universitário, identificando aspectos positivos e negativos incidentes nessa relação, gerando, a partir daí, reflexões, individuais e coletivas, que estimulem a revisão de atitudes durante a formação e a prática médica, sugerindo medidas capazes de melhorar a relação médico-paciente e elaborando um protocolo sobre como deve ser a postura médica durante a visita – a qual, acreditamos, pode ser estendida a outras Clínicas.

## **2. DISCUSSÃO**

Durante a formação acadêmica, o aluno irá deparar-se com a doença, com o doente, com o seu ser médico, com a morte, com sua própria história e com outras inúmeras situações geradoras de ansiedade, como a própria visita médica, que contribui sobremaneira para ampliar seus conhecimentos clínicos, os quais tem como prioridade a assistência do paciente.<sup>1</sup> É também através das visitas médicas que o aluno irá aprender como se relacionar com o paciente, tendo como modelo o professor. Salvo raras exceções, um aluno habituado a ver o professor tratar a doença (e não o doente) terá dificuldades no trato das relações humanas praticadas



em Medicina, quando de sua atuação pessoal, como médico, em relação aos seus pacientes e familiares.<sup>1</sup>

Segundo Lima Filho (1988), a partir do século XIX, o exame do doente diante de uma assembleia de vários estudantes tornou-se rotina em todo o mundo, constituindo a clássica visita médica, método privilegiado para o ensino aos estudantes de medicina.<sup>2</sup> Esse autor critica a discussão do caso perante o paciente e seu companheiro de quarto, alegando que expõe sua intimidade. Acredita que essa prática de ensino deveria ser feita individualmente, com recato e respeito ao paciente.<sup>3</sup>

Tais questões estão colocadas no âmbito da relação médico-paciente, definidas como o vínculo estabelecido entre aquele que possui o conhecimento mais aprofundado sobre a doença, o médico, e o portador da moléstia que atinge seu corpo, o paciente – e, no caso da Pediatria, o/a seu/sua cuidador/a familiar. Meira (1976) afirma que a relação entre o médico e o seu paciente se faz por um processo de interação social, em que, no êxito dessa situação interativa traduz-se a eficiência da atenção médica, a qual, por sua vez, está diretamente relacionada com as atitudes, valores, conhecimentos e expectativas dos seus participantes.<sup>4</sup> Por isso Meira (*ibidem*) propõe a interação de conhecimentos de ambas as partes, cuidador/a familiar e cuidador/a profissional, entrelaçados pela moléstia que acomete o corpo do paciente, aquele que por ambos/as é cuidado.<sup>4</sup> Por outro lado, a relação médico-paciente traz à tona a discussão acerca do distanciamento (emocional e lógico) existente entre um ponto de vista leigo e um ponto de vista apenas técnico sobre o adoecimento e suas consequências psicológicas, sociais, econômicas, culturais na vida do paciente e seus familiares.<sup>5</sup>

Muito frequentemente, a relação médico-paciente passa a ser deturpada por uma visão centralizadora do médico, que se coloca como único detentor do conhecimento, desprezando toda a bagagem sociocultural do paciente, suas experiências, suas vivências, suas dúvidas e opiniões. Porém o paciente (e, para o caso, sobretudo seus/suas cuidadores/as) possui uma autonomia que deve ser levada em consideração. Meira (1976) diz ainda que o paciente (e seus/suas cuidadores/as, repetimos) não é passivo e completamente receptivo às determinações médicas, ele tem seus próprios valores e seus motivos que são

reconhecidos como corretos e válidos por ele mesmo (quando adulto, o que não é o nosso caso).<sup>4</sup>

Em Pediatria, lida-se com um tipo especial de paciente, um ser em desenvolvimento e enormemente dependente, como é o caso da criança sobretudo até à idade pré-escolar, por isso sendo necessário considerá-lo sempre e estritamente vinculado a um núcleo familiar. Chama-se a este intermediário de *cuidador/a informal* (ou *familiar*) que é o familiar ou amigo/a solicitado/a a fornecer cuidados ao paciente, tal como configurado na categoria de *cuidadores sociais*, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o que diz respeito aqueles/as que cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida.<sup>6</sup>

Quando da internação hospitalar da criança, geralmente ela se faz acompanhar por um dos membros de sua família. É no familiar que ela busca apoio e proteção, pois o seu cuidado contempla o componente afetivo tão necessário nesse momento. Acredita-se que a presença do familiar junto à criança a auxilia a aceitar melhor a condição de internação, diminui a angústia do abandono que a criança possa vir a sentir, uma vez separada da família, enquanto favorece a formação do vínculo afetivo tão caro ao tratamento, da parte da criança quanto aos integrantes da equipe de saúde.<sup>7</sup>

Isso aponta para aspectos peculiares ao cuidar, o qual envolve sentimentos de afeto, apego, prazer, mas também reforça sentimentos de cobrança, vigilância para promoção e manutenção da saúde da criança.<sup>8</sup> Os/as cuidadores/as se posicionam de modo a não admitir a possibilidade de delegar a outra pessoa o cuidado à criança, tomando para si a obrigação e a responsabilidade de proporcionar bem-estar ao ente querido e, assim, consideram o cuidar uma necessidade intrínseca e subjetivamente determinada.<sup>9</sup> Esse posicionamento, frequentemente tomado pela mãe, está ancorado no senso de dever, sendo uma posição inscrita desde os tempos imemoriais no agir humano em que a mãe é vista como insubstituível na criação e proteção dos filhos.<sup>10</sup>

Castellanos (2003) relata a impossibilidade das crianças serem apreendidas no ato clínico sem a presença de intermediários e, com isso, sem inscrevê-las num

campo de subordinações em que o cuidado materno passa a manter uma relação de dependência com a ação médica.<sup>5</sup>

Nesse processo, o/a cuidador/a investe-se de poder: é ele/a quem toma as principais decisões, que enfrenta as dificuldades para realizar os cuidados (podendo ficar longos períodos sem descanso), além de compartilhar (ou vivenciar em seu lugar) as angústias do paciente, o que pode desestruturá-lo/a emocionalmente. Dessa forma, o/a cuidador/a acrescenta um terceiro termo à relação médico-paciente, criando mais um campo de subjetividade a ser atingido e compreendido pelo conhecimento médico – e a ser respeitado nas condutas diagnósticas e terapêuticas. A doença da criança é o foco da assistência médica – quando a criança e o/a seu/sua cuidador/a deveriam ser esse alvo, entendendo-se que, mais do que somar cumulativamente graus de subjetividade à relação médico-paciente, a presença do/a cuidador/a reestrutura o atendimento clínico, sendo ele/ela um dos pilares da clínica pediátrica, concordando com Castellanos (2003, pg 185), quando, ao dizer que “A criança não fala, ou, pelo menos, não fala sozinha”, constitui-se, por isso, o/a cuidador/a como o seu/a sua porta-voz, esse/a que fala em nome de outro.<sup>5</sup>

Essa relação médico-paciente-cuidador é muitas vezes desestruturada por fatores pessoais, tanto por parte do médico, quanto por parte do/a cuidador/a, sendo o paciente pediátrico quem mais sofre as consequências dessa disfunção.

Por outro lado, o ato de cuidar, a depender de um conjunto enorme de variáveis, pode ser vivenciado com um significativo grau de dificuldade e sofrimento.<sup>11</sup> Dessa forma, por envolver dimensões concretas e emocionais, tal conceito diferencia-se em dois aspectos, o *objetivo* e o *subjetivo*. O objetivo se refere às consequências negativas observáveis no/na cuidador/a, resultantes do ato de cuidar, tais como mudanças na vida doméstica, relações sociais e familiares e na saúde física e psicológica, bem como no âmbito financeiro familiar.<sup>12</sup> A sobrecarga subjetiva, por sua vez, consiste na percepção do familiar sobre a sua situação de cuidador/a, tais como a sensação de peso e de incômodo ao exercer determinadas funções.<sup>13</sup> Todos estes fatores podem gerar atitudes de repulsa à equipe médica, às condutas médicas prescritas e aos procedimentos que devem ser realizados.

Nesse tocante, a falta de carinho e cordialidade da parte do médico, o uso de termos médicos de difícil compreensão pelos pais, a falta de uma explanação

detalhada sobre a doença, sua causa e prognóstico, são fatores que trazem grande insatisfação e dificultam a relação médico-paciente, visto que não é suficiente buscar novas tecnologias e boa formação dos profissionais médicos para atingir níveis de excelência em saúde; é necessário também o respeito aos valores subjetivos do paciente e de seu/sua cuidador/a, a promoção de sua autonomia e a tutela das diversidades culturais.<sup>14</sup>

Fácil constatar, o ambiente hospitalar pode trazer conforto e continência, mas também traz ansiedade e conflitos. A prática médica, sobretudo quando com reduzido envolvimento pessoal, torna o hospital um ambiente frio, impessoal, autoritário e com uma hierarquia de submissão que geralmente leva à segregação.<sup>3</sup> Em um ambiente hospitalar espera-se que os pacientes cheguem com questões orgânicas para se tratar: doenças crônicas ou agudas, ferimentos etc. A equipe médica está apta, inicialmente, a decifrar sinais e sintomas e transformá-los em algum diagnóstico que levará ao tratamento correspondente. Generalizando, poderíamos dizer que o que se deseja do hospital seriam diagnóstico e tratamento. Entretanto, o médico se depara com a dificuldade de não se encontrarem casos tão lineares como aqueles apresentados na literatura médica e assim esperados. Há um enredamento de fatores e variáveis que não se pode decifrar simplesmente a partir de manuais médicos. Os pacientes, além das queixas orgânicas, referem-se a dores que muitas vezes não podem ser explicadas como algo apenas biológico pois, concomitantemente aos problemas biológicos, estão presentes fatores psicológicos, sociais, culturais, tudo isso apontando para a complexa singularidade do ser humano.<sup>15</sup>

Face a isso, quando um indivíduo está hospitalizado, qualquer que seja a sua idade, existe uma evidente ruptura com seu ambiente habitual, o que modifica os seus costumes, os seus hábitos e, em geral, a sua capacidade de autorrealização e de cuidado pessoal, vez encontrar-se em um ambiente desconhecido, gerativo de insegurança, em primeiro lugar, pela sua doença e, em segundo lugar, pela ruptura provocada em sua vida cotidiana. Tudo ao seu redor é novo e ele não sabe como deve atuar em cada momento, dependendo do pessoal que o rodeia, como seus familiares e os profissionais da saúde.<sup>16</sup> Além disso, na maioria das vezes, não possui opção, está acamado e à mercê de tudo e de todos, sendo sua vontade postergada, seus desejos restringidos, sua intimidade invadida, seu mundo

relacional rompido e seu trabalho impedido (no caso da criança, a sua escolarização e os seus brincarés). Ele deixa de ser sujeito e passa a ser um objeto da prática médico-hospitalar, sua individualidade é suspensa e, assim, acaba transformando-se em mais um caso a ser contabilizado, estudado, tratado.<sup>3</sup>

Por outro lado, a doença e a hospitalização de qualquer criança afetam a vida familiar em diferentes níveis, gerando mudanças emocionais nos relacionamentos e na dinâmica familiar.<sup>17</sup> Em geral, a criança deixa de ir à escola, afasta-se de seus familiares e amigos, não realiza muitas de suas atividades cotidianas; os familiares, por sua vez, têm sua rotina alterada, precisam se afastar do lar, além de gerenciar os cuidados com a criança doente e as demandas da família, entre outros aspectos. Instaura-se uma crise complexa e difícil.<sup>18</sup> Bem se percebe, a hospitalização da criança torna-se um evento potencialmente estressante para a família, além de inseri-la em um ambiente que frequentemente ameaça seu senso de segurança e competência, gerando sentimentos de impotência e de desamparo em ambas as partes.<sup>19,20</sup>

No modelo de atendimento centrado na patologia, a equipe de saúde, abordando o paciente como doença e não como pessoa doente, gera uma situação de desinformação e de pouco contato afetivo da equipe cuidadora para com o paciente/cuidador/a, o que propicia um aumento das fantasias de mutilação e de morte, bem como das sensações de ameaça e impotência, isso contribuindo, junto às crianças/cuidadores/as, para um estado de maior sofrimento e angústia.<sup>21</sup>

Sobre isso Silva (2002) aponta aspectos com os quais os familiares terão que se relacionar diante da necessidade de internação da criança: dor, incapacidades e outros sintomas vividos pela criança no adoecimento; o hospital e os processos diagnósticos e terapêuticos, muitas vezes invasivos e dolorosos aos quais ela será submetida; o relacionamento com a equipe de saúde; a ameaça da perda, entre outros.<sup>22</sup> Segundo Takatori, Oshiro e Otashima (2004), principalmente as mães veem-se internadas com a criança: geralmente têm que permanecer o dia todo no hospital, ficar longe de seus lares, afastadas dos outros filhos, não podem permanecer no trabalho.<sup>23</sup> Há, da parte de tal cuidadora, cansaço, sensação de desestruturação familiar e máxima atenção voltada para a criança, sendo que seus sentimentos não são priorizados, ou até nem são considerados.

Quanto a isso, um estudo empreendido por Andraus *et al* (2007) revelou que os acompanhantes necessitam de ajuda tanto quanto as crianças.<sup>20</sup> Não apenas os pais estão envolvidos: para que as vivências decorrentes da hospitalização possam ser enfrentadas e transformadas é preciso que a criança e sua família vivenciem o hospital como um ambiente acolhedor, com uma equipe de profissionais que forneça apoio através de acolhimento, escuta e intervenções técnicas e humanitárias.<sup>18</sup>

Para Castellhanos (2003), atender (e entender) o paciente pediátrico em sua densidade social e familiar, interferindo, para tal, nas linhas em que se inscreve o papel de cuidador/a das crianças, permanece ainda como um empreendimento (necessário) que desafia o olhar pediátrico a desestabilizar a oposição existente entre o conhecimento técnico e leigo, de modo a abrir-se às contraposições e justaposições concretizadas entre o campo profissional pediátrico e o campo das relações familiares.<sup>5</sup>

## **2.1. ANÁLISE DO MATERIAL COLIGIDO**

### **METODOLOGIA**

O estudo foi realizado nas enfermarias 41, 42 e 43 da Ala Pediátrica do HUAC, em Campina Grande/PB, com cuidadores/as de crianças de 0 a 7 anos, sob regime de hospitalização. A coleta dos dados foi realizada no período compreendido entre julho e agosto de 2014. O HUAC é um hospital terciário, credenciado como hospital de ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde e como centro de referência estadual para o Sistema Único de Saúde (SUS-PB) em diversas especialidades, inclusive Pediatria, atendendo a uma grande demanda de pacientes, que provêm de cidades vizinhas a Campina Grande e outras regiões próximas. Este hospital é dividido em alas conforme as especialidades atendidas. As alas, por sua vez, são compostas por enfermarias identificadas por numerações.

A visita médica em tais enfermarias do HUAC ocorre diariamente, pela manhã. Os acadêmicos avaliam primeiramente o paciente, informam-se acerca de sua evolução e realizam o exame físico. Após, durante a visita, na presença dos

residentes e preceptores da disciplina, os casos são repassados a beira do leito e a preceptoria define as condutas.

O tamanho da amostra foi determinado com base na *amostragem por saturação*, que é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde. É usada para estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados desejados e obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados por não mais contribuir significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.<sup>24</sup>

Nossa amostra foi constituída por 20 cuidadores/as. 85% mães (17). Os outros 15% constituídos por: pai (1), avó (1) e tia (1). A idade dos cuidadores/as variou de 18 a 42 anos com média de 29 anos. O estado civil dos entrevistados/as foi composto por 55% de casados/as (11), 40% de solteiros/as (8) e um viúvo. 20% dos/as cuidadores/as (4) residem na cidade de Campina Grande e os outros 80% (16) moram em diversos municípios do interior da Paraíba. Apenas 10% possuíam empregos formais: atendente de padaria (1) e técnica de enfermagem (1). Os 90% restantes dividiram-se em agricultores (60%) e do lar (30%). Em se tratando da renda familiar, metade informou receber um valor menor que um salário mínimo (R\$ 724,00), sendo que três dessas pessoas alegaram sobreviver com um montante correspondente a uma bolsa-família, que equivale a aproximadamente R\$ 130,00. Dos demais, 5 (25%) recebem um salário mínimo e os outros 5 entrevistados (25%), recebem mais do que um salário, não ultrapassando, nenhum, o valor de dois mil reais.

Dentre as 20 crianças que estavam internadas na enfermaria pediátrica do HUAC e sob os cuidados dos/as cuidadores/as entrevistados/as, 12 (60%) eram do sexo feminino e 8 (40%) do sexo masculino. A faixa etária das crianças estava compreendida entre 8 dias de vida a 7 anos de idade, com uma média de idade de 2 anos e 7 meses (31 meses).

Um roteiro para entrevista semi-estruturada foi aplicado aos/às entrevistados/as. Tais questões compuseram pontos de ancoragem que serviram como base para a entrevista, isso não impedindo a elaboração de perguntas não previstas, paralelamente, para melhor esclarecer o/a entrevistado/a, caso necessário, ou fazê-lo/a discorrer mais longamente sobre determinada pauta.

As entrevistas apenas foram colhidas após cumprido o protocolo previsto na Lei 466/12, que versa sobre a pesquisa com seres humanos, a qual exige Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente lido, aceito e assinado pelo/a entrevistado/a – o que foi cumprido. Os preceitos éticos envolvidos no estudo foram analisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC (Número do CAAE: 36460714.3.0000.5182). Como critérios de inclusão foram considerados: Serem, os/as entrevistados/as, maiores de 18 anos, em acompanhamento de crianças internas na Enfermaria Pediátrica do Hospital Alcides Carneiro/HU, como cuidadores/as familiares principais.

Os dados coligidos foram analisados segundo o Método Qualitativo de Análise de Conteúdo, utilizado em pesquisas na área social, criado e desenvolvido por Laurence Bardin (2006), docente de Psicologia na Universidade de Paris V, a qual aplicou as técnicas de Análise de Conteúdo na investigação psicossociológica e nos estudos das comunicações de massas.<sup>25</sup> Os discursos assim colhidos foram interpretados à luz da hermenêutica, arte e técnica de por em destaque aquilo que no discurso se encontra implícito ou verbalizado nas entrelinhas.<sup>26</sup>

A utilização do método proposto por Bardin tem por objetivo, no nosso caso, tornar mais evidentes as percepções sociais dos cuidadores sobre a visita médica à criança sob cuidados clínicos. Sua aplicação, conforme sugere aquela autora, consistiu em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise compreendeu a organização do material a ser analisado com vistas a torná-lo operacionalizável, sistematizando as ideias iniciais. Isso foi executado mediante quatro processos: (i) a leitura flutuante (estabelecemos os documentos de coleta de dados, através da degravação e transcrição das entrevistas); (ii) escolha dos documentos (seleção do que foi analisado); (iii) formulação de hipóteses e objetivos (afirmações provisórias que nos propomos a verificar) e; (iv) elaboração de indicadores (através de recortes de textos nos



documentos analisados, destacamos os temas que mais se repetiram e que foram tomados como índices).

A exploração do material disse respeito à codificação do material e à definição de categorias de análise (um grupo de elementos com características comuns, colocadas sob um título genérico) e a identificação das unidades de registro (corresponde ao segmento de conteúdo, temas, palavras ou frases) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem). Esta etapa foi de suma importância, pois possibilitou o incremento das interpretações e inferências.

3) No tratamento dos resultados, quando da Inferência e Interpretação, fizemos a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; momento da intuição, da análise reflexiva e crítica, como proposto por Bardin.<sup>25</sup>

## **ANÁLISE DAS CATEGORIAS:**

### **Primeira categoria: TEMPO.**

#### **Subcategoria positiva:**

*“Até agora eu tô achando tudo legal, né? O tempo dá prá eles falarem tudo, eles explica bem direitinho. O que eles tem de dizer eles diz, explica prá os estudante, depois pergunta o que a menina tem. Eu não tenho o que dizer nada daqui não.”*

Podemos observar que, apesar de ser referido que o tempo da visita médica é suficiente, deixa-se implícito, pela ordem das frases, que, na escala de prioridades do médico, segundo o/a entrevistado/a, primeiro vem os estudantes e, depois, a paciente: "o tempo dá pra eles falarem tudo (...) explica prá os estudantes, depois pergunta o que a menina tem".

A rotina do hospital-escola determina a visita médica como um importante instrumento de aprendizado para o médico residente e o interno. No entanto, muitas vezes o aspecto apenas didático da visita pode prejudicar a relação-médico-paciente-cuidador/a, uma vez que ela pode não atender às necessidades do paciente e/ou cuidador/a, notadamente quando a linguagem utilizada na prestação

do atendimento de tais necessidades, dada sua incompreensibilidade, pode despertar, na criança ou sobretudo no/a cuidador/a, sentimentos desagradáveis<sup>3</sup>.

A hora da visita médica é o momento em que, em torno do paciente, debruçam-se o/a cuidador/a familiar e o/a cuidador/a médico/a. Quando, porém, esses/as cuidadores/as não falam a mesma linguagem ou quando o/a cuidador/a familiar apenas fala consigo mesmo, não existindo o perguntar, o escutar, o responder, da parte do/a cuidador/a clínico/a, não se estabelece a interrelação necessária a um verdadeiro cuidar, o que poderá suscitar efeitos colaterais que podem superar e anular os possíveis benefícios de seu efeito terapêutico.<sup>1</sup>

#### **Subcategoria negativa:**

*“Passa pouco tempo. Fica perguntando como é que ela passou bem, se ela ganhou peso. Ele só vem só prá olhar ela, faz umas perguntinhas assim e pronto. Aí, às vezes é que eu pergunto a ela, chamo ela e pergunto: Doutora, como é que ela tá? Aí é que ela diz, assim, ligeiro: Que tá melhor, que tem que fazer um negócio, tem uns exame...E assim vai. Aí passa pouco.”*

Caprara & Rodrigues (2004) afirmam que as consultas médicas desenvolvem-se em tempo exíguo, mesmo em atenção primária, sendo favorecedoras de encontro superficial entre o profissional de saúde e os seus pacientes.<sup>27</sup> O entrevistado expõe o mesmo com relação à visita médica, de modo que o diálogo com os pacientes, nesse caso com o/a cuidador/a, é pautado predominantemente pela exploração dos sinais, sintomas e manifestações laboratoriais dos agravos, uma prática repetitiva, na qual frequentemente não são levadas em conta as singularidades inerentes ao encontro médico-paciente-cuidador/a.<sup>28</sup>

A esse respeito, Pinto *et al* (2012) destacam que as queixas do paciente/cuidador/a em relação ao médico (as quais podem se tornar motivo para processos judiciais), na maioria das vezes não remetem à falta de conhecimento científico por parte daquele, mas à sua incapacidade de estabelecer uma relação de confiança e de acolhimento, ocasião em que o paciente/cuidador/a percebe que lhe é dada (ou não) a devida atenção.<sup>29</sup> Para os sujeitos de nossa entrevista, um bom atendimento médico deve incluir o exame físico, a atenção e o diálogo e é de se notar que poucos têm a resolução do problema como o único elemento presente em um bom atendimento clínico.

Dessa forma, durante a visita médica deve-se atentar para o fato de que a enfermidade confere ao paciente/cuidador/a uma situação de fragilidade e este/a busca, no médico, cura ou pelo menos o alívio de seus sintomas, além de compreensão, apoio e simpatia, que são “procuras” subjetivas.<sup>30</sup>

## **Segunda categoria: ATENÇÃO.**

### ***Subcategoria positiva:***

*“A atenção é ótima também porque eles cuidam bem dos meninos, falam bem com os meninos, eles procuram saber sempre deles, sempre passam pros outros pra saberem deles, conversam com eles, tem delas que até beijo neles dão. Eu acho bem interessante.”*

Na fala acima, fica caracterizado que a atenção dada aos pacientes/cuidadores/as pediátricos aparenta ser satisfatória. Para o/a cuidador/a, a atenção, durante a visita médica, fica evidenciada através de atos como avaliar a criança todos os dias, solicitar exames, estabelecer o diagnóstico, tomar condutas, esclarecer dúvidas durante a visita médica, assim como manifestar atitudes carinhosas, gerando vínculos até mesmo de afetividade.

Na perspectiva da humanização, o paciente/cuidador/a deve ser visto em sua totalidade, fazendo-se necessária a mudança do foco de atenção da doença para a atenção integral ao paciente/cuidador/a, considerando a singularidade da sua dimensão como sujeito.<sup>31</sup> Dessa forma, a atenção também deve ser ampliada ao/à cuidador/a, o/a qual responde pelo paciente pediátrico.

Para Brasil *et al* (2012), a atenção à saúde deve visar a integralidade da assistência, o estabelecimento de vínculos que possibilitem a aderência aos tratamentos propostos e as alianças de compromisso e de responsabilidade mútua entre os profissionais, pacientes e seus familiares.<sup>32</sup> Um profissional médico atento ao conjunto paciente-cuidador/a estabelece melhora no convívio hospitalar e auxilia na melhor recuperação do paciente.

No contexto em que se encontram, de um lado, a criança doente e, do outro, o/a cuidador/a, repleto/a de ansiedade e temor pelo seu ente querido, torna-se imprescindível que ele/ela encontre no pediatra uma pessoa compreensiva, que lhe dê segurança com esclarecimentos e informações precisas. Quando o profissional não está totalmente seguro para responder às dúvidas, ele pode recorrer ao

*reasseguramento*, que é uma forma terapêutica de comunicação cujo propósito principal é tranquilizar o/a cuidador/a, quando possível, e sem recorrer ao falso apoio, às promessas onipotentes, à mentira ou à omissão de informações importantes.<sup>33</sup>

**Subcategoria negativa:**

*“As vezes ela chega aqui, passa só o rabo de olho nela. As enfermeiras sempre estão em cima, mas a médica não presta muita atenção.”*

*“É porque ela geralmente explica mais aos estudantes, né. O que eu vi era só ela explicando aos estudantes.”*

Nas falas acima, proferidas por diferentes cuidadores/as, percebe-se o grau de insatisfação, da parte de ambos/as, em relação à atenção dada aos pacientes pediátricos durante a visita médica. Dentre outras, destacam-se as queixas de que alguns médicos não dão a atenção necessária aos pacientes; não esclarecem as dúvidas dos/das cuidadores/as; apenas dão atenção aos estudantes; são apressados/as e impacientes.

Maldonado e Canella (2009) afirmam que fugir e evitar o problema do cliente pode ligar-se à dificuldade de delimitar as possibilidades de atuação.<sup>33</sup> Dessa forma o médico preferiria fazer de conta que o problema não existe e mudar de assunto. Há também o fato de alguns médicos adotarem uma postura impessoal e fria nos momentos da visita, embotando sua sensibilidade por medo de sofrer. Tais atitudes podem ser vistas, pelo/a cuidador/a, como resultado de pressa e pouca atenção.

Acredita-se que a dificuldade apresentada pelos médicos no tocante à comunicação com o paciente/cuidador/a possa estar também relacionada ao fato de a comunicação muitas vezes ser vista como uma ação secundária, um mal necessário, e não como atividade própria do exercício da Medicina. Assim, o diálogo passa a ser encarado como um desperdício de tempo na busca da cura. No entanto, tal entendimento é enganoso, uma vez que o diálogo pode tranquilizar o paciente/cuidador/a e deixá-lo/la mais confiante para enfrentar o tratamento, o que, direta ou indiretamente, influirá no resultado clínico.<sup>34</sup>

Para Ceneviva *et cols.* (2008), na comunicação com o paciente/cuidador/a, o médico deve demonstrar segurança e confiança, fazendo-se necessário o uso de uma linguagem de compreensão clara, adaptada à condição sociocultural do paciente e/ou cuidador/a, sem nunca fugir à verdade, sem produzir, porém,

desesperança, nem ferir a sua auto-estima, atitudes essas que devem ser adotadas para com o/a cuidador/a, o/a qual é, na Pediatria, a “voz” do paciente pediátrico.<sup>35</sup>

### **Terceira categoria: ESCLARECIMENTOS SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.**

#### **Subcategoria positiva:**

*“Eles explicam tudo bem direitinho, me dizem resultado de exame, o que foi que deu e o que não deu. Eu não tenho nada para dizer não. Às vezes eu entendo e às vezes eu não entendo não. Aí depois eu pergunto aos estudantes e eles me explicam o que é. A médica vem explicar tudo bem direitinho, mas às vezes eu não entendo e pergunto ao estudante depois.”*

Observa-se nesta categoria uma satisfação parcial, dada a presença da adversativa (“mas”) implícita na frase. Ou seja, apesar de a cuidadora afirmar que a explicação é dada satisfatoriamente (“Eles explicam tudo bem direitinho”), não ocorre o claro entendimento acerca do que foi exposto: “Às vezes eu entendo e às vezes eu não entendo não”. Tal situação denota pobreza de diálogo na relação médico-cuidadora, uma vez que não foi suficiente para gerar o necessário esclarecimento da condição na qual a criança se encontra.

Ora, durante a visita médica nem sempre é levado em conta o interesse do paciente/cuidador/a quanto a saber sobre o estado clínico ou como transcorrerá o tratamento, o que pode despertar ansiedade, sentimento nem sempre percebido pela equipe médica. O discurso usado pelos membros da equipe médica quando da visita médica é sobretudo técnico, considerando-se que o objetivo é educacional: aprimorar o conhecimento do estudante de Medicina. Raramente essa linguagem é compreendida pelos pacientes, que se sentem excluídos do tratamento.<sup>3</sup>

#### **Subcategoria negativa:**

*“Só quem explica é a aluna. A médica não fala diretamente pra mim o que ela tem. Ela falou só que ia dar antibiótico pra combater a infecção.”*

Fica clara, nesta fala, a dificuldade de comunicação entre o médico e a cuidadora, uma vez que aquele se volta prioritariamente para o objetivo didático supracitado, esclarecendo dúvidas dos estudantes e estes, por sua vez, fazem o trabalho de repassar as informações para o cuidador. Quayle (1998) verificou que os

pacientes em geral estavam satisfeitos com a informação científica, mas insatisfeitos com a comunicação dos médicos durante a visita.<sup>36</sup>

Sabe-se que a visita médica faz parte da rotina de um hospital-escola e visa atingir objetivos didáticos e pedagógicos, constituindo-se como um importante instrumento para o aprendizado dos estudantes de Medicina. Entretanto, essa prática pode ter consequências negativas para os pacientes. Observa-se, por exemplo, que a visita é percebida pelo cuidador de maneira ambígua e conflitiva, referindo dificuldades para compreender o que é dito a respeito da doença de seu ente querido, sentindo-se desinformado/a, desamparado/a e excluído/a do tratamento do qual é coadjuvante imprescindível. Por outro lado, sente-se acolhido/a e prestigiado/a quando recebe, por parte de toda equipe, no momento da visita, atenção e informação sobre a doença e seu tratamento.<sup>3</sup>

#### **Quarta categoria: CONSTRANGIMENTO PARA TIRAR DÚVIDAS COM O MÉDICO.**

##### **Subcategoria positiva:**

*“Eu sinto um pouco de vergonha, né? Mas tudo que eu perguntei ela explicou direitinho. Perguntei como pegava essa doença e ela me explicou direitinho.”*

Sabe-se que a confiança no médico e o sucesso terapêutico estão intimamente ligados, entre outros fatores, à qualidade da relação médico-paciente-cuidador/a, o que leva à confiança dos dois últimos quanto às condutas sugeridas ou adotadas pelo primeiro. Assegurar que o paciente (e, para nosso caso, o cuidador/a) esteja ciente de sua condição é um dever do médico, e cabe a ele suprir a necessidade do diálogo como ponto esclarecedor do medo que cerca o doente e seu cuidador/a familiar.

Assim, é de extrema importância a demonstração de interesse, por parte do médico, pela vida do paciente e de seu cuidador/a, a fim de fazê-lo/as sentir-se mais à vontade nos momentos em que há necessidade de questionamento, da parte desses/as e, da parte daquele, o fornecimento dos necessários esclarecimentos.<sup>37</sup>

Vale fazer a observação: Em apoio à necessidade da empatia e interesse pela vida, uma cuidadora por nós entrevistada fez o seguinte comentário: “É muito importante saberem da vida da gente. Eles deviam aprender a conversar. A gente ia se sentir mais à vontade.”

Merece destaque o fato de que pacientes/cuidadores/as referidos/as pelo nome sentem-se mais seguros no relacionamento com o profissional, o que lhes confere sentimento de acolhimento e de maior intimidade para questionar sobre sua condição clínica ou dos entes queridos dos quais cuida.

**Subcategoria negativa:**

*“Tenho, porque ela vem com muita gente, aí eu fico meio ansiosa. E tenho medo de ouvir dizerem que ela tá muito grave.”*

Martins et al (2003) citam que, apesar de todo o avanço da Medicina através dos séculos, de todo o apoio tecnológico recebido pelos médicos e dos meios de investigação e diagnóstico modernos, pode-se observar que o paciente (o que se estende aos seus cuidadores familiares) continua fragilizado emocionalmente, atemorizado com o adoecimento, muitas vezes lidando com um prognóstico desfavorável.<sup>3</sup>

Tal questão é destacada na fala da cuidadora quando se trata de diálogo com o médico: “(...) e tenho medo de ouvir dizerem que ela tá muito grave”. Portanto, subentende-se que a visita médica, dentro dos moldes como é desenvolvida, pode despertar sentimentos conflitivos, medos e dúvidas, o que pode comprometer o sucesso terapêutico. Por outro lado, o fato de os médicos irem até aos leitos dos pacientes e discutirem sobre o caso traz confiança e segurança.

Outra questão a ser ressaltada respeita ao fato de a visita médica em um hospital-escola ser composta por uma quantidade considerável de pessoas, o que pode gerar ansiedade. Tal fato deve ser bem esclarecido entre pacientes e cuidadores, para evitar sentimentos de exposição desnecessária e ansiedade acerca do que é discutido entre preceptores, residentes e acadêmicos, vez que em tais ocasiões é usada uma linguagem nem sempre compreendida pelos leigos nesse assunto, como visto acima.

**Quinta categoria: QUALIDADES E DEFEITOS DAS VISITAS MÉDICAS.**

**Subcategoria positiva (Qualidades):**

Quando solicitados que apontassem qualidades inerentes às visitas médicas, alguns cuidadores referiram pontos positivos sobre categorias já discutidas. Sobre a atenção dispensada pela equipe ao paciente foi dito: *“Assim... o que eu posso dizer? É muito atencioso, vem aqui várias vezes... A atenção, sabe? O cuidado... Vem*

várias vezes, de manhã e à tarde. Às vezes quando tão passando mesmo prá saber como ele tá. Isso é bem interessante.” E, sobre o contentamento com os esclarecimentos direcionados ao cuidador diante de suas dúvidas antes e durante a visita médica, foi, por exemplo, referido: *“Tipo assim... Porque, falando de qualidade, né? Porque primeiro passa o médico residente, né? Então passa os estudantes... Então, justamente, você já vai tirando suas dúvidas com eles. E a médica só passa depois, quando você tá toda orientada, toda esclarecida e qualquer dúvida que eles tiverem, a gente acaba tirando com a médica.”*

Percebe-se a completa satisfação de alguns/algumas cuidadores/as em relação ao atendimento fornecido pela equipe de saúde do hospital, como se pode constatar nesta outra fala: *“Nota 10. Eu sempre comento que o HU é um exemplo. Nos outros hospitais quando eu chego eu sempre falo do HU, até porque eu não conheço de agora, conheço bem antes, eu tive uma irmã que foi internada aqui, passou 6 meses internada, e eu acompanhei ela essa tempo todo e eu elogiei demais o atendimento do HU, a equipe médica, a enfermagem... Tudo! Se eu for comparar com os outros hospitais em que eu trabalho é uma diferença grande!”*

#### **Subcategorias negativas (Defeitos):**

De outra forma, quando questionados acerca de defeitos relacionados à visita médica, surgiram respostas inerentes às categorias Tempo e Esclarecimentos, acima discutidas, como se pode verificar nas falas:

*“A qualidade é boa, mas as médicas são muito avexadas.” e “O defeito é que ela não conversa muito com a gente, não diz o que vai fazer, não esclarece bem.”*

Neste tópico surgiram queixas, não relativas a Tempo e Esclarecimentos, que poderiam ser abordadas a partir da negatividade com que são percebidas a invasão da intimidade e a excessiva quantidade de pessoas durante a visita:

*“Me incomodo com a quantidade de gente. Prá mim, era só prá passar a médica e o enfermeiro que vem prá perguntar algo à mãe. Mas depois, não, vem um monte... Às vezes a criança se assusta. A minha não, mas eu vejo os outros, né?... Se assustam as crianças quando ver muita gente, o enfermeiro... Me incomoda. É muito chato.”*

Verifica-se, nesta frase, o descontentamento gerado pela falta de intimidade que se espera existir na relação médico-paciente, sendo este um motivo de queixa da clientela de hospitais-escola, onde a visita médica é obrigatoriamente



compartilhada com os estudantes da instituição, por uma questão de ensino. Além disso, no âmbito de uma enfermaria pediátrica, excessiva quantidade de pessoas torna o ambiente hostil, do ponto de vista de algumas crianças internadas, gerando estresse, manifesto sob a forma de crises de choro, por parte das mesmas, no momento da visita médica, conforme frequentemente pudemos constatar. Além disso, vê-se como algo negativo o exame físico realizado pelo interno e/ou residente e não pelo médico-evolucionista:

*“E às vezes, quando os médicos passam, é difícil eles examinarem minha filha, só os estudantes que examinam.”*

A queixa relatada na frase coligida expressa outro ponto inerente ao funcionamento de um hospital-escola que pode gerar insatisfação a alguns cuidadores. Partindo-se do pressuposto que aquele é também um ambiente para aprendizado e esse se faz com a prática, são os estudantes os responsáveis pela realização da evolução diária do caso, colhendo as informações sobre a evolução do caso clínico e realizando o exame físico de rotina, para só então repassar tais dados à equipe, quando da visita médica à enfermaria.

Assim sendo, até por uma questão de preservação do paciente, muitas vezes é evitada sua excessiva manipulação, de forma que, na maioria das vezes, o médico opta por não mais examinar a criança, confiando a responsabilidade a quem realizou o exame, reservando-se uma segunda abordagem somente quando julgar-se necessário.

O horário da visita médica é outro defeito apontado:

*“Poderia melhorar o horário porque a visita médica tá sendo na hora do almoço. Às vezes a gente tá perdendo o almoço porque tem que ficar aqui esperando ela. A maioria das visitas agora tá sendo meio-dia, onze-e-quinze, no horário da gente descer pra o almoço. Já teve vezes que perdi o almoço.”*

Geralmente as visitas acontecem no meio da manhã, tendo os estudantes iniciado seus trabalhos mais cedo. Eventualmente, intercorrências clínicas diversas podem atrasar o início ou o curso das visitas clínicas, acarretando prejuízos aos cuidadores, no que diz respeito ao horário estabelecido pelo hospital para o almoço dos mesmos no refeitório.

Neste contexto, a partir do momento que, passado o horário previsto, seja negada alimentação para o cuidador que depende daquele serviço, um dos direitos

sociais básicos da cidadania estará sendo violado, o que exige revisão do horário de tais visitas ou a doação de medidas capazes de sanar tal problema, como, por exemplo, a disponibilização de refeição fora do horário habitual, mediante prévio comunicado à copa do hospital.

A expectativa não satisfeita quanto à alta hospitalar se apresenta como traço negativo percebido nas visitas à enfermaria:

*“Eu quero receber alta e eles ficam enrolando.”*

Bem se sabe, a alta hospitalar é um momento de grande expectativa. A equipe de saúde deve, nesse momento, estar munida de paciência, organização, conhecimento e competência para auxiliar no processo de transição em que o/a cuidador/a se encontra, orientando-o/a quanto à necessidade de continuação do tratamento pós hospitalização. Um planejamento eficaz da alta hospitalar assegura a continuidade dos cuidados do hospital dentro do lar. O plano deve atentar para as necessidades individualizadas da família e da criança, além de apresentar objetivos claramente definidos de maneira fácil e simples.<sup>38</sup>

Por fim, foi apontada, como característica negativa na relação médico-paciente estabelecida na visita médica à enfermaria pediátrica, a mudança do cuidador clínico, médico/a, na prestação do cuidado à criança hospitalizada:

*“Cada um tem sua vez, né? Num sei porque...Não dá prá um saber o caso direito igual ao outro, né? Cada um é diferente do outro. E um pode não tá por dentro do caso como o outro tá.”*

Deve-se ressaltar que a condição de hospital-escola e o tipo de atendimento prestado, onde há vários profissionais envolvidos com o mesmo paciente, dificultam, sim, o estabelecimento de relações estáveis entre o paciente, seu/sua cuidador/a e seu médico/a. Na discussão em equipe, quando da visita clínica, eventualmente podem surgir divergências sobre a conduta a ser seguida, o que pode ser claramente percebido pela cuidadora cuja frase é citada. Este acontecimento faz com que ela se sinta insegura, deixando-a em dúvida e levando-a a questionar os procedimentos médicos. Este acontecimento pode causar um enfraquecimento do vínculo afetivo com o médico e a não aderência do paciente/cuidador/a ao tratamento, pois ele/a não sabe em quem depositar sua confiança.<sup>3</sup>

#### **Sexta categoria: SUGESTÕES.**

Quando nossos/as entrevistados/as foram solicitados/as a fornecer sugestões em prol da melhora da visita médica, percebemos que as mesmas versaram sobre subcategorias negativas já abordadas: pedido de visitas mais demoradas; mais atenção por parte dos médicos durante a mesma; necessidade de maiores esclarecimentos acerca do diagnóstico e tratamento; exame físico realizado pelo médico evolucionista; possibilidade da existência de apenas um atendente para o mesmo paciente; horário mais adequado para a visita.

Abaixo, algumas das sugestões fornecidas pelos/as cuidadores/as:

“Para mim, tá tudo certo. Agora assim... eu queria mais um pouquinho de tempo. Depende do dia e depende da doença, né? Porque tem doença que você precisa saber mais profundo, precisa de uma conversa mais demorada, mais demorada.”

“Tem umas médicas que são meio abusadas e só explicam prá elas e os alunos. Elas podiam explicar a gente também.”

“Para melhorar mesmo, assim, só que viesse e olhasse e me dissesse o que ela tem e o que não tem, quanto tempo falta prá ela terminar de tomar o antibiótico. Somente. E se tem alguma previsão de alta ou não, quanto tempo ia levar... Somente isso. Porque às vezes eu pergunto a doutora mermo, mas só diz que tem que ter paciência. Somente.”

“Que elas possam, assim, pelo menos examinar minha filha. Porque eu acho que ela não examina porque os alunos já examinam.”

“Pelo menos pra dar tempo a gente almoçar. Porque tem vez que a gente perde o almoço e é difícil dá uma quentinha, aí a gente tem que esperar pra de noite. Só isso.”

“Se fosse possível, né? Mas eu acho que não tem como... Um médico só acompanhasse cada caso. Mas não tem como. Porque no caso dele, de manhã é um médico, de tarde é outro, e assim vai. Se fosse só um médico...”

Verificou-se também a inexistência de sugestões, em alguns casos, por parte dos entrevistados, satisfeitos com o serviço e sem reclamações:

“A gente tem nem como sugerir, porque de vez em quando eles vem aqui, aí visitam, faz tudo direitinho... Tem nem como... Tá tudo certo. Tenho nenhum reclamação pra dar não.”, o que, evidentemente, pode resultar apenas do medo de

formulação de críticas a um serviço de saúde público e gratuito e eventual receio de retaliação.

Ouvidas tais sugestões e lidas as entrelinhas das falas de nossos/as entrevistados/as, ousamos propor medidas capazes de melhorar a qualidade das visitas médicas aqui estudadas:

## **2.2. Protocolo de visita médica à enfermaria pediátrica do HUAC**

1. Prestabelecimento de horário de chegada ao hospital, para internos e residentes, os quais devem chegar antes dos médicos preceptores.
2. Divisão dos pacientes pediátricos entre os internos e os residentes, de forma que cada paciente tenha um interno e um residente fixos, enquanto ele permaneça internado na Enfermaria Pediátrica, ou até que haja rotatividade de setor por parte dos acadêmicos ou dos residentes, a qual deverá ser previamente comunicada ao paciente/cuidador/a.
3. Confecção da evolução do paciente, pelos internos, sob a supervisão dos residentes. Nesse momento, ambos devem atentar não apenas para a patologia apresentada pelo doente, ambos devendo considerar que ali há um sujeito com sentimentos, os quais devem ser levados em consideração.
4. Fixação de horário previamente determinado para a chegada do preceptor ao hospital e empreendimento da visita à Enfermaria Pediátrica.
5. Visitação de toda a equipe ao paciente no leito, ocasião em que o preceptor deverá se apresentar como médico responsável pelo paciente e, já ciente do caso clínico, reexaminando a criança, esclarecerá, a/o cuidador/a as dúvidas sobre a doença, fornecendo as necessárias informações sobre as condutas tomadas, em uma linguagem clara e acessível, devendo-se conceder total liberdade a/o cuidador/a para que ele/a expresse seus anseios e dúvidas sobre a criança, sua doença e seu tratamento.

6. Realização das reuniões entre o preceptor e internos e residentes, não à beira do leito do paciente, mas em sala à parte, ali ocorrendo a discussão dos casos clínicos, quando serão expostas a identificação do paciente, hipóteses diagnósticas, condutas já realizadas, queixas dos pacientes segundo os/as cuidadores/as e a evolução dos pacientes com a finalidade de traçar as condutas terapêuticas necessárias.

### **3. CONCLUSÃO**

No presente artigo, discutimos, através da formatação e análise de categorias discursivas, diversos aspectos alusivos à forma como os/as cuidadores/as percebem a visita médica à Enfermaria Pediátrica no HUAC, Campina Grande, PB. Verificamos que as categorias distribuíram-se em Tempo, Atenção, Esclarecimentos sobre o Diagnóstico e o Tratamento, Qualidades e Defeitos da Vista Médica e Constrangimento quanto à formulação de perguntas, da parte do cuidador ao médico evolucionista. Perceberam-se aspectos positivos e negativos em cada categoria. Na ocasião, mediante solicitação, foram fornecidas sugestões de e para melhora de tais visitas, notadamente no tocante a aspectos relacionados a Tempo e à Qualidade das visitas.

O que aqui se constata quanto à visita à Enfermaria Pediátrica poderia, a nosso ver, servir de ponto de partida para, em outras Clínicas, avaliar-se a percepção de pacientes e/ou cuidadores/as quanto à visita médica, chegando-se, possivelmente, a resultados similares. Da mesma maneira poder-se-ia, ainda, ampliando este trabalho, fazer-se a análise das percepções dos estudantes de Medicina acerca da forma como é conduzida a visita à Enfermaria Pediátrica (ou a outras enfermarias), levando-se em conta que, assim como muitos cuidadores se queixaram que a atenção era dada somente aos estudantes, possivelmente os estudantes podem afirmar que o médico, o qual exerce papel de clínico responsável pelo paciente e de preceptor dos alunos, dedique mais atenção aos cuidadores ou aos pacientes do que aos próprios estudantes, o que resta por elucidar. Importante também, pesquisar sobre a opinião do médico e de outros profissionais da área de saúde quanto as dificuldades na relação com o paciente e suas angústias.

Por fim, cabe constatar que em muito este trabalho contribuiu para nossa formação, uma vez que ele possibilitou que abordássemos conteúdos de ordem humanitária, que geralmente não são contemplados ao longo de uma formação médica, que é quase exclusivamente técnica. Se a Academia Médica nos ensina a técnica, por outro lado as Ciências Humanas muito têm a contribuir para nossa formação ética, uma vez que são aquelas ciências que estimulam nossa sensibilidade, aguçam nossa capacidade analítica e refinam nosso senso crítico, qualidades imprescindíveis ao Médico, a quem compete lembrar que mais importante que a doença é o doente e que todo doente é um ser humano, singular criatura formatada por elementos biológicos, psicológicos e sociais, os quais não devem ser estranhos a quem pratique a Arte da Medicina.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por nos ter guiado fielmente com um imenso amor, confortando-nos em cada dificuldade e encorajando-nos a buscar sempre nosso melhor.

À Universidade Federal de Campina Grande, seu corpo docente e funcionários, que permitiram nossa construção profissional.

Aos pacientes pela paciência com nossas falhas e inseguranças e pela contribuição diária ao nosso aprendizado.

À nossa família, fonte inesgotável de carinho, amor e compreensão durante cada dia de nossa formação.

A todos esses, nossos mais sinceros agradecimentos.

## **REFERÊNCIAS**

- 1- Sancovisk ARK. Efeitos da visita médica nos pacientes da enfermaria da Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2012. (Tese Doutoral)
- 2- Lima Filho MT. Visitas gerais à beira do leito: Prática a ser mantida ou abandonada? Revista Paulista de Medicina, 106(1), 5, 1988.

- 3- Martins L, Quayle J, Livramento ML, Lucia MCS. Reflexões sobre a visita médica em um hospital-escola, *in* Psicologia, Saúde & Doenças, 2003, 4 (1), 69-82.
- 4- Meira AR. Relação médico- paciente. O Estado de São Paulo. 1976 jun 28;8.
- 5- Castellanos MEP, A pediatria e a construção social da infância: uma análise do discurso médico-pediátrico. *Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.* (Dissertação de Mestrado).
- 6- CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES: estrutura, tábua de conversão e índice de títulos. Brasília, v.3, p. 1-125, 2002.
- 7- Gomes GC, Pintane AC, Strasburg AC, Erdmann AL. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança, *in* Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):64-9.
- 8- Botêlhos SM, Boery RN, Vilela AB, Santos Wda S, Pinto Lde S, Ribeiro VM, Machado JC. Maternal care of the premature child: a study of the social representations. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(4):929-34. Portuguese.
- 9- Milbrath VM, Cecagno D, Soares DS, Amestoy SC, Siqueira HCH. Being a woman, mother to a child with cerebral palsy., *in* Acta Paul Enferm. 2008; 21(3):427-31.
- 10- Amador DD, Gomes IP, Reichert AP, Collet N. Concepções de cuidado e sentimentos do cuidador de crianças com cancer., *in* Acta Paul Enferm. 2013; 26(6): 542-6.
- 11- Leite MM, Impacto da demência de Alzheimer no cônjuge prestador de cuidados. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, 2006. Tese (Tese Doutoral em Psicologia).
- 12- Albuquerque EPT de, Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: estudo de diferentes tipos de cuidadores. Dissertação (Mestrado em Psicologia- Saúde mental) – Universidade Federal do São João Del- Rei, 2010.
- 13- Sequeira CAC, Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit, *in* Revista Referência. Paraná, v. 2, n. 12, 2010.
- 14- Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, Jucá NBH, Augusto KL, Lino CA, et al, Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades

- comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE), *in* Ciência & Saúde Coletiva. Ceará, v. 16 16 (Supl. 1), p. 1457-1465, 2008.
- 15-Jucá-Vasconcelos HP. Pg 4-5. Reflexões sobre o hospital geral: um olhar *psic* histórico, *in* Revista IGT na Rede, V.7, Nº 13, 2010.
- 16- Lopez MA. Hospitalização. São Paulo: McGraw-Hill, 1998.
- 17-SilveiraAO, Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família, *in* Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):212-7.
- 18-Othero MB e Carlo MMRP: A família diante do adoecimento e da hospitalização infantil – desafios para a terapia ocupacional. São Paulo, maio de 2006 (Trabalho de Conclusão de Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP).
- 19-Silveira AO e Angelo M, Interaction experience for families who lives with their child's disease and hospitalization, *in* Rev Latino-Am Enfermagem. 2006; 14:893-900.
- 20-Andraus LMS, Munari DB, Faria RM, Souza ACS. Incidentes críticos segundo os familiares de crianças hospitalizadas. RevEnferm UERJ 2007;15(4):574-9.
- 21-Collet N e Oliveira BRG, Manual de enfermagem em pediatria. Goiânia: AB, 2002.
- 22-Silva CN, Como o câncer (des)estrutura a família. Ed. AnnaBlume, São Paulo, 2002.
- 23-Takatori M, Oshiro M, Otashima C. O hospital e a assistência em terapia ocupacional com a população infantil. Roca. 2004:256–277.
- 24-Fontanella, BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008 jan;24(1):17-27.
- 25-Bardin L. Análise de conteúdo. 70ª Ed. Lisboa; 2006.
- 26-Ricouer P. Hermenêutica e ideologias. Petrópolis: Vozes; 2008.
- 27-Caprara A, Rodrigues JA. Relação médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc. Saúde Colet. 2004;9(1):139-46.
- 28-Coelho Filho JM. Relação médico-paciente: a essência perdida. 2007;11(23): 631-633.
- 29-Pinto JA, Silva KM, Sechinato MS, et al. A relação médico-paciente segundo a perspectiva do paciente. Rev Ciências em Saúde. 2012 jul; 2(3).



- 30-Moreira Filho AA. Relação Médico-Paciente - teoria e prática: o fundamento. Revista Ciências em Saúde. 2012 jul; 2(3); 1-182.
- 31- Marques Filho J. Termo de consentimento livre e esclarecido na prática reumatológica. Rev Bras Reumat. 2011; 51(2): 175-183.
- 32-Brasil MAA. Psicologia Médica: a dimensão psicossocial da prática médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- 33-Maldonado MT, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Ribeirão Preto: Novo Conceito; 2009.
- 34-Bittencourt A L P, Quintana AM, Velho MTAC, *et al.* A voz do paciente: por que ele se sente coagido? Psicologia em Estudo.2013 jan/mar;18(1): 93-101.
- 35-Ceneviva R, Castro e Silva Jr. O paciente cirúrgico: relação médico paciente. Medicina.2008; 41(3):252- 258.
- 36- Quayle J, Kahhale S, Sabbaga E, *et al.* Opiniões de gestantes hipertensivas internadas sobre a visita médica e a internação: estudo preliminar. Rev Bras Gineco Obst; 9(2): 61-65.
- 37-Pereira MGA. A relação médico-paciente em Rio Branco, AC, sob a ótica dos pacientes. RevAssocMedBras. 2005; 51(3): 153-7.
- 38-Rabelo M, Chaves E, Cardoso M, *et al.* Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. Acta Paulista de Enfermagem.2007 jul/set; 20(3).

## ANEXO B - COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DA REVISTA

> From: jped@jped.com.br  
> To: edmundogaudencio@hotmail.com  
> Date: Tue, 18 Nov 2014 02:02:23 +0000  
> Subject: Submission Confirmation  
>  
> Dear Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio,  
>  
> We have received your article "CUIDO, LOGO SINTO: ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DESPERTADAS PELA VISITA MÉDICA EM CUIDADORES/AS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS" for consideration for publication in Jornal de Pediatria.  
>  
> Your manuscript will be given a reference number once an editor has been assigned.  
>  
> To track the status of your paper, please do the following:  
>  
> 1. Go to this URL: <http://ees.elsevier.com/jped/>  
>  
> 2. Log in as an Author  
>  
> 3. Click [Submissions Being Processed]  
>  
>  
> Thank you for submitting your work to this journal

---