



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Leandro Alves Ferreira Povoá

A comunicação do médico no atendimento à urgência e  
emergência pediátrica na atenção primária à saúde

Florianópolis, Março de 2023



Leandro Alves Ferreira Povoá

A comunicação do médico no atendimento à urgência e emergência pediátrica na atenção primária à saúde

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Bruna Lima Selau  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Leandro Alves Ferreira Povoá

A comunicação do médico no atendimento à urgência e emergência pediátrica na atenção primária à saúde

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Bruna Lima Selau**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** a equipe de Saúde da Família na sua prática diária de atenção a um grupo populacional (população adscrita) e em espaço geográfico delimitado (território), pode se deparar com a demanda de atenção a uma ou mais pessoas em situação de instabilidade de funções vitais, com ou sem risco de morte imediata ou mediata. Essas situações de urgência e emergência podem se apresentar à equipe no seu coletivo. Frente ao desespero de pais e acompanhantes, especialmente quando se trata de crianças, é necessário que se estabeleça a comunicação adequada, para direcionar rapidamente os procedimentos necessários, e para tornar mais tranquilo o ambiente fazendo com que a prática salve a vida do usuário. **Objetivo:** propor novas abordagens para a melhoria da comunicação entre o profissional médico e os familiares e/ou acompanhantes de crianças no atendimento de Emergência Pediátrica nas Clínicas da Família. **Metodologia:** tem-se como metodologia uma pesquisa de campo de caráter qualitativo, sendo observado o nível de comunicação e satisfação de atendimento aos pacientes pediátricos em urgência e emergência em uma clínica da família zona oeste do Rio de Janeiro – RJ. Será realizada entrevista semiestruturada através de questões objetivas e descritivas contendo três etapas de avaliação: perfil sociodemográfico, comunicação com médicos e equipe multiprofissional, e satisfação com o atendimento. Para análise de dados será utilizada a proposta de análise temática da Minayo. **Resultados esperados:** a partir das respostas da entrevista espera-se: observar de que maneira ocorre a comunicação entre pais/acompanhantes e médicos na clínica da família selecionada; verificar o nível de satisfação das famílias atendidas na comunidade e receber feedback para possibilitar a melhoria dos atendimentos futuros; e por fim, proporcionar um aprofundamento no conhecimentos sobre comunicação dos médicos na atenção primária e contribuir para a criação de material atualizado sobre a temática.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Comunicação em Saúde, Emergências, Humanização da Assistência, Pediatria





# Sumário

|     |                                    |    |
|-----|------------------------------------|----|
| 1   | <b>INTRODUÇÃO</b> .....            | 9  |
| 2   | <b>OBJETIVOS</b> .....             | 13 |
| 2.1 | <b>Objetivo Geral</b> .....        | 13 |
| 2.2 | <b>Objetivos Específicos</b> ..... | 13 |
| 3   | <b>REVISÃO DA LITERATURA</b> ..... | 15 |
| 4   | <b>METODOLOGIA</b> .....           | 21 |
| 5   | <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> .....  | 25 |
|     | <b>REFERÊNCIAS</b> .....           | 27 |



# 1 Introdução

O estudo será realizado na comunidade de Vila Aliança, também chamada de V.A. ou Vila por seus moradores, localizada no município do Rio de Janeiro, que oficialmente faz parte de Bangu. Devido a circunstâncias históricas e culturais, a Vila Aliança é considerada por muitos como uma favela, ainda que seja totalmente urbanizada, tendo serviços de água, luz, esgoto e coleta de lixo. Sua extensão é motivo de controvérsia, e até mesmo motivo de luta armada, pois, aos poucos, outras localidades próximas passaram a ser consideradas como parte da Vila Aliança, por seus moradores. Em sua maior extensão, estaria localizada na divisa com o bairro de Senador Camará, entre as ruas Belila, Antenor Correia, Coronel Tamarindo e a Estrada do Taquaral.

A Vila Aliança, assim como outras favelas e bairros das periferias do Rio, surge como resultado de um processo de remoção de trabalhadores para regiões mais afastadas da cidade. Nesse caso, os moradores da Vila Aliança vieram do Morro do Pasmado (Botafogo), Morro do Pinto (Santo Cristo) e da Favela do Esqueleto (onde hoje se localiza a UERJ). Nesse processo, foram criadas a Vila Aliança e a Vila Kennedy, ambas no bairro de Bangu. Hoje, a Vila Aliança é conhecida apenas pelas notícias ruins: tráfico de drogas, operações policiais e descaso geral nos serviços públicos por parte dos governantes. Apesar disso, a história da comunidade sempre foi de resistência e luta, antes e depois de sua criação.

Inserida nesse contexto, está a Clínica da Família Maria José de Sousa Barbosa (CFMJSB), localizada na Estrada do Taquaral, 100, em Bangu no Rio de Janeiro. Conforme a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) (2020), a Clínica funciona de segunda a sexta-feira das oito às seis horas e no sábado das sete ao meio dia. As Clínicas da Família surgiram com a reforma da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, seguindo o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF), esse modelo tem como objetivo focar em ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce de doenças. Segundo esse modelo de atenção, as unidades têm capacidade de resolver 85% dos casos de quem busca atendimento no local.

As Clínicas da Família possuem uma equipe multidisciplinar com: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Vigilância em Saúde, dentistas, auxiliares de Saúde Bucal e técnicos de Saúde Bucal. Esses profissionais estão reunidos em equipes que são responsáveis por uma área. Ao chegar à unidade, o usuário é acolhido por um profissional de sua equipe, em seguida é orientado e atendido de acordo com sua necessidade (SMS-RJ, 2020a). Segundo as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), desde 2010, a Clínica da Família presta serviços de: acolhimento, acompanhamento de gestante e bebê (pré-natal e puericultura), curativo, dispensação de medicamentos básicos, dispensação de preservativos e contraceptivos, enfermagem, exame preventivo (câncer de colo de útero), educação em

saúde, imunização, clínica médica, nebulização, planejamento familiar, teste de gravidez e consulta e tratamento odontológico (SMS-RJ, 2020a).

Dentro de um contexto ideal, as pessoas deveriam realizar o acompanhamento médico de sua saúde por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que estão alocadas nos Postos de Saúde, Clínicas da Família ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada Regional. Entretanto, em casos de urgência, as pessoas devem procurar as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que estão preparadas para atender as situações que requerem assistência rápida, no menor tempo possível, a fim de evitar complicações e sofrimento, e as emergências quando há ameaça iminente à vida, sofrimento intenso ou risco de lesão permanente, havendo necessidade de tratamento médico imediato.

Apesar disso, a equipe de Saúde da Família na sua prática diária de atenção a um grupo populacional (população adscrita) e em espaço geográfico delimitado (território), pode se deparar com a demanda de atenção a uma ou mais pessoas em situação de instabilidade de funções vitais, com ou sem risco de morte imediata ou mediata. Essas situações podem se apresentar à equipe no seu coletivo (MELO; SILVA, 2011). A situação de emergência geralmente é assustadora, e necessita das mais rápidas e melhores formas de pensar e agir, pois são eventos inesperados e que pedem atendimento imediato no qual se deve enfrentá-los com agilidade e eficiência. Assim, para prestar um atendimento de qualidade em situações de emergência, exige-se que a equipe trabalhe com rapidez e eficácia para minimizar o risco de vida. Essa conduta é essencial na qualidade da assistência, porque se o profissional não tiver habilidade técnica e conhecimentos necessários diante da conduta a ser tomada, implicará em agravos ao quadro do paciente (SCHONS; KLOCK, 2013).

Nessas circunstâncias, médicos e enfermeiros que atuam na Atenção Básica podem ser os únicos profissionais disponíveis no momento em que assistência em emergência é a definição entre a vida e a morte. Por isso, as equipes da Atenção Básica precisam saber reconhecer os riscos da situação e realizar os manejos necessários, sustentando as funções vitais do paciente até que seja possível definir um diagnóstico específico ou que um tratamento apropriado seja instituído até a chegada das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (TORRES; SANTANA, 2011).

Frente ao desespero de pais e acompanhantes, especialmente quando se trata de crianças, é necessário que se estabeleça a comunicação adequada, para direcionar rapidamente os procedimentos necessários, e para tornar mais tranquilo o ambiente fazendo com que a prática salve a vida do usuário. Dessa forma, segundo SILVA (2008, p. 505), "considera-se que a facilidade em se comunicar adequadamente com a sociedade em geral, ou especificamente na área médica, depende de fatores como a personalidade do(a) médico(a) e a influência do seu ambiente familiar e cultural, e que as vertentes centrais que influenciam a forma de comunicar são muito difíceis ou praticamente impossíveis de mudar". Ainda segundo o autor, a prática médica tem a sua base na comunicação, tendo em vista que são comuns no cotidiano das práticas de saúde a escuta da história, a transmissão de

---

informação para o paciente sobre a prescrição ou ainda o aconselhamento sobre estilos de vida e prevenção da doença, além da referenciação e do trabalho em equipe.

Nesse contexto, foi possível observar na inserção do cotidiano da Clínica da Família Maria José de Sousa Barbosa, que inúmeras vezes os pais buscam atendimento para seus filhos quando acontecem emergências, e que na maioria delas acabam entrando em conflito com médicos, atendentes e enfermeiros. Este fato denota a necessidade de elucidar recomendações de comunicação entre as partes, para facilitar o processo de comunicação e humanização do atendimento.

A relação entre médico e usuário é complexa e, por vezes difícil, podendo ser até conflituosa. Parte da dificuldade da relação advém das diferenças existentes entre os médicos e os usuários em relação à idade, ao perfil sociocultural e às vivências. Essas diferenças provocam, muitas vezes, distintas (ou até opostas) visões da realidade e, também, de objetivos a serem alcançados através da consulta ou do atendimento. Ao conjunto de expectativas, interesses e objetivos, tem-se atribuído a denominação de agenda. Dessa forma, médicos e usuários têm na maior parte das vezes agendas diferentes (SILVA, 2008), o que dificulta a comunicação entre esses atores.

Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo pesquisar sobre a comunicação entre os profissionais médicos com os pais ou responsáveis na Emergência Pediátrica nas Clínicas da Família. Justifica-se a temática escolhida, tendo em vista que na última década, houve um aumento no desenvolvimento de programas e políticas que visam a inserção de ações de humanização na Atenção à Saúde, como exemplo, a criação da Política Nacional de Humanização em 2013. Todos esses programas e políticas de humanização se propõem a melhorar a qualidade do cuidado oferecido aos usuários e trabalhadores do sistema de saúde. É importante ressaltar que as Clínicas da Família não são o local ideal para o atendimento de pacientes, principalmente crianças, em casos de emergência (MELO; SILVA, 2011), contudo é obrigatório, segundo sistema, o atendimento inicial nas Clínicas da Família.

Nesse sentido, a presença dos familiares no atendimento das crianças na emergência pediátrica, quando buscam as Clínicas da Família, gera muitos desafios, tendo em vista que já está estabelecida uma relação interpessoal da família com a equipe de saúde. Essa relação, faz com que os pais tenham dificuldade de entender os procedimentos que deverão ser tomados, considerando que os serviços de saúde são limitados aos níveis de atenção (primário, secundário e terciário) devido as tecnologias disponíveis. Obviamente, o acolhimento, seu pré diagnóstico e primeiros socorros é eminente, porém, devidos aos poucos recursos, à falta de leitos, à demora no atendimento, pode levar pais e acompanhantes ao desespero e até mesmo a agressividade (SILVA, 2008).



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Propor novas abordagens para a melhoria da comunicação entre o profissional médico e os familiares e/ou acompanhantes de crianças no atendimento de Emergência Pediátrica nas Clínicas da Família.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os atendimentos de Emergência em Clínicas da Família.
- Analisar a atuação do profissional médico frente a Emergência Pediátrica em Clínicas da Família.
- Descrever as dificuldades de comunicação entre pais e médicos frente a Emergência Pediátrica nas Clínicas da Família.
- Elaborar abordagens que facilitem a comunicação entre os profissionais médicos e os familiares e/ou acompanhantes de crianças em atendimento de emergência nas Clínicas da Família.





## 3 Revisão da Literatura

### **A Estratégia Saúde da Família (ESF)**

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem-se de um componente da Rede de Atenção Básica de Saúde do qual compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo englobando os preceitos de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, constituindo o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA; TRINDADE, 2010). Entre as suas atribuições destaca-se a necessidade de ficar em alerta para complicações clínicas, as quais demandam ações de caráter emergencial ou de urgência, afinal a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser a primeira escolha para a resolução de instabilidades clínicas e a equipe de saúde deve estar preparada para reconhecê-las, estabilizá-las e/ou referenciá-las, se necessário (NOBREGA; BEZERRA; SOUZA, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) faz parte da rede nacional de atenção às urgências, como item de ampliação de acesso, fortalecimento de vínculos com a comunidade, responsabilização e primeiros cuidados às urgências e emergências, tudo em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento a outros pontos de atenção, se preciso, posteriormente a classificação dos riscos. Portanto, as unidades básicas de saúde assim como as unidades não hospitalares devem estar estruturadas para atender adequadamente as urgências de baixa complexidade e executar os primeiros cuidados e ações para o suporte de vida a casos graves (BRASIL, 2006).

De acordo com OLIVEIRA e TRINDADE (2010), a incapacidade das UBSs absorverem e digerirem suas demandas com relação aos primeiros atendimentos aos cuidados de saúde está ligada a carência de infraestrutura, a escassez de oferta de serviços, a desmotivação por falta de funcionários e em relação aos programas governamentais, e também a total deficiência da rede de Atenção Primária à Saúde. Esses entraves fazem com que as pessoas procurem as instituições de saúde de maior complexidade (níveis secundários e terciários) na “expectativa” de conseguir um atendimento, sobretudo, de qualidade.

Dessa maneira, observa-se a necessidade de estruturar as redes de serviço de saúde, principalmente às UBSs, das quais consistem em unidades fixas de atendimento emergente/urgente. A equipe multiprofissional deve estar capacitada para prestar o serviço humanizado, e com qualidade ao usuário. Entretanto, muitas vezes percebe-se o déficit de capacitação e preparo da equipe multiprofissional e a falta de equipamentos adequados para prestar os devidos atendimentos que podem ser realizados na ESF, com assistência de qualidade e humanizada (NOBREGA; BEZERRA; SOUZA, 2010).

### **Urgência e Emergência**

A rede de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro – RJ é formada por três tipos de unidades: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Coordenação de

Emergência Regional (CER) e hospitais para grande emergência. Cada uma tem um papel específico na rede SUS, com diferentes perfis de atendimento. Essa segmentação distribui os pacientes entre as unidades conforme o grau de complexidade dos quadros, evitando assim sobrecarga de algumas, reduzindo o tempo de espera e permitindo que os hospitais possam se dedicar aos casos de maior gravidade e traumas (SMS-RJ, 2020b).

Nesse sentido, espera-se que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em todos os níveis de atenção do sistema de saúde, de modo que tanto a atenção básica quanto os serviços especializados deverão estar preparados para o atendimento e encaminhamentos desses pacientes. No entanto, a atenção às urgências tem ocorrido, predominantemente, nos serviços hospitalares e nas unidades de pronto atendimento abertos 24 horas (GARLET et al., 2009).

O processo de demanda na APS é centrado em ações programadas, mas não elimina a necessidade de atendimento à demanda espontânea por casos de urgências. Nesse contexto, RAMOS (2009) afirma que a demanda espontânea é caracterizada pela procura à UBS sem um agendamento prévio ou sem ter ocorrido a busca ativa de casos prioritários. Se legítima, pois advém de uma necessidade de saúde identificada pelo próprio usuário e, em geral, são casos para resolução imediata (SANTANA, 2008).

Segundo SANTOS e SOUZA (2008), a situação de emergência geralmente é assustadora, ela necessita das mais rápidas e melhores formas de pensar e agir, pois são eventos inesperados e que pedem atendimento imediato. Dessa forma, as situações de urgência e emergência, exigem que a equipe trabalhe com rapidez e eficácia para minimizar o risco de vida, tendo em vista que isso implica na qualidade da assistência, pois se o profissional não tiver habilidade técnica e conhecimentos necessários diante da conduta a ser tomada poderão implicar em agravo ao quadro do paciente.

As situações de urgência e emergência, que necessitam de procedimentos como a realização de manobras de reanimação cardiorrespiratória, ventilação mecânica com ambu e a administração de medicamentos para manejar intoxicações, estão mais relacionadas ao nível da urgência e emergência, que inclui UPA e prontos-socorros. Mas essas situações podem também se apresentar às equipes do nível de Atenção Primária à Saúde, que inclui UBS e unidades de ESF (TORRES; SANTANA, 2011).

SILVA (2003) relata que os protocolos ou diretrizes clínicas são considerados recomendações desenvolvidas sistematicamente, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, e devem servir como instrumento de auxílio no processo de tomada de decisão; no sentido de orientar o que deve ser feito para garantir uma boa qualidade de assistência e ao mesmo tempo para facilitar a vigilância das situações de risco.

### **Política Nacional de Humanização (PNH)**

A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e

usuários. A PNH deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS. Suas diretrizes englobam ações como o acolhimento, entendido como reconhecer o outro e o que ele traz como legítima e singular sua necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações, estabelecendo conexões através de uma escuta qualificada (BRASIL, 2004).

Além disso, busca uma gestão participativa e cogestão, incluindo a população nas decisões, realizando análise do contexto e buscando melhorias contínuas que priorizem a ambiência, que é entendida como o respeito necessário a todo ser humano, dentro dos processos de saúde. Dessa maneira a clínica torna-se ampliada e compartilhada, pois o profissional médico realiza ações que não pertencem somente a sua especialidade, mas coloca sobre o todo uma visão mais solidária, considerando o biopsicossocial do indivíduo, valorizando o ser humano e seu trabalho sempre em busca dos direitos dos usuários (BRASIL, 2004).

### **Comunicação entre Equipes e Pais/Acompanhantes**

A comunicação é uma habilidade deve ser desenvolvida para a atuação profissional. É um pilar de sustentação tanto da equipe multiprofissional quanto para a assistência dos pacientes e seus familiares. Sendo a comunicação usada para diferentes finalidades como: fornecer informações, persuadir mudanças de comportamento, ensinar, etc. Assim, é importante que o profissional médico igualmente se conscientize que o agir comunicativo é um processo circular. Postura objetiva, atitudes de acordo com as normas e uma atuação expressiva é o que leva ao agir comunicativo (ZEM; CARDOSO; MONTEZELI, 2013).

Por ser uma necessidade humana básica, é o que torna o ser humano um ser social e por meio da comunicação que o paciente transmite suas necessidades, queixas, proporcionando à equipe identificação dos sinais e sintomas e outros problemas, mostrando a importância das relações interpessoais nas ações da equipe multidisciplinar e a melhoria da qualidade do serviço e humanização (GASPAR et al., 2015). Nesse sentido, o profissional de saúde deve buscar cada dia o conhecimento, para ajudá-lo em seu agir e no processo de cuidar, tornando o atendimento mais humanizado. Lidar com pessoas envolve humanização, e o sucesso ou fracasso dessas interações dependerá da efetividade da comunicação (ZEM; CARDOSO; MONTEZELI, 2013).

A ação de ser entendido ou entender o outro é uma força de argumento e pode ser compreendida como comunicação. O ser humano tem uma necessidade de ver como sua mensagem será entendida pelo receptor, se ele vai tirar algum proveito dela. O transmissor espera que o receptor tenha a capacidade ou pelo menos tente entender a mensagem transmitida por ele. Como é uma via de mão dupla, o transmissor sempre irá esperar ver o entendimento de suas mensagens passadas (BROCA; FERREIRA, 2015).

A comunicação adequada para situações específicas e de pessoa para pessoa, proporciona cuidado de qualidade e contribui para a excelência da prática na saúde e desperta no paciente sentimentos de confiança, segurança e satisfação. Daí a importância de se

buscar conhecimento sobre bases teóricas da comunicação e desenvolver habilidades de relacionamento interpessoal (ZEM; CARDOSO; MONTEZELI, 2013). O diálogo cria uma aproximação entre as pessoas e troca de culturas e experiências vividas. Na equipe multidisciplinar é necessária comunicação eficiente, proporcionando contribuição para melhorar a assistência ao paciente, escolhendo a melhor maneira de tratá-lo. Para isso, é necessário estreitar os laços de comunicação. Ela não somente facilita a integração, quanto auxilia no cuidado (BROCA; FERREIRA, 2015).

A habilidade de comunicação também proporciona um sentido muito mais amplo no que diz respeito ao relacionamento da equipe, o paciente e seus familiares, com o objetivo de auxiliar o paciente proporcionando-lhe um relacionamento terapêutico. A conscientização sobre a importância da comunicação para o cuidar e na transformação de sua relação com o paciente para uma comunicação efetiva, proporcionará transformações sociais (ZEM; CARDOSO; MONTEZELI, 2013).

Para a construção de um trabalho de equipe também são necessárias uma comunicação eficiente, interação e a capacidade de colocar-se no lugar do outro. Existe a ação interdisciplinar em equipe e nesse momento existe a soma dos conhecimentos e diferentes saberes que resultará nos resultados da intervenção do processo saúde/doença (DUARTE; BOECK, 2015). As ações práticas são estruturadas nas reuniões de equipe e nelas são formadas as decisões para a promoção e intervenção de saúde. A comunicação neste momento de reunião é um diferencial para o sucesso das ações implementadas e possibilitará uma conexão entre os profissionais da equipe (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

### **A Comunicação em Emergência Pediátrica na Clínica da Família**

A demanda pelos serviços de urgência e emergência não vem se modificando. Constata-se divergência no modo de pensar e tratar a urgência pelos gestores, profissionais de saúde e usuários desses serviços. Apesar da disponibilidade de portas de entrada no sistema de saúde hierarquicamente estabelecidas pelos gestores e técnicos, verifica-se a busca da população pelos serviços de urgência, sem que fique clara a compreensão sobre os motivos dessa procura (RATI et al., 2013).

Esse fato, faz com que Clínicas da Família recebam casos de urgência e emergência, devido à proximidade, facilidade, inexistência de filas, entre outros motivos. Nestes casos, a comunicação médico-paciente exige do profissional grande habilidade, técnica, conhecimento teórico, ética e sensibilidade. Os princípios da confiabilidade e relato da verdade devem estar presentes (GARRAFA; ALBUQUERQUE, 2001) .

Em pediatria, esse processo possui características peculiares comparadas aos pacientes adultos, visto que a criança está em pleno desenvolvimento cognitivo, social e psicológico, além de possuir adultos responsáveis pela sua saúde, que muitas vezes em desespero, não consideram nenhuma regra, somente querem o atendimento a seus filhos rápida e adequadamente (GABARRA; CREPALDI, 2011). Por isso, as estratégias de comunicação em pediatria devem considerar o familiar como sujeito ativo na assistência a família.

---

Desse modo, deve ser incluído pelos profissionais de saúde como integrante do processo de cuidado. Ao visualizar a família como uma unidade de cuidado, torna-se possível detectar as interações entre os seus membros e as suas implicações no cuidar a criança (BULBOLTZ et al., 2016).

Quando o cenário dessa relação é uma emergência pediátrica, pode caracterizar-se como uma relação conturbada, por parte de alguns profissionais, justificando que a presença da família nesse setor pode interferir na atuação dos profissionais, pode também deixar memórias negativas na família (MEKITARIAN; ANGELO, 2015). A permanência dos pais em unidades de internação pediátrica hospitalar não era permitida e a visita, restrita. Ao longo dos anos, foi transformando-se e os pais adquiriram o direito de permanecer junto ao paciente durante todo o período. Entretanto, durante os procedimentos dolorosos, invasivos e em situações de emergências, muitos profissionais da saúde ainda restringem essa permanência (BULBOLTZ et al., 2016).

Em geral, são os profissionais de saúde que decidem se a família poderá estar presente na sala de emergência e justificam a exclusão por medo de que percam o controle emocional e interfiram no cuidado prestado. Acreditam ainda que com a família presente durante o atendimento, os profissionais se sentiriam ansiosos, especialmente os profissionais em treinamento, o que poderia interferir em sua habilidade e concentração na feitura dos procedimentos (MEKITARIAN; ANGELO, 2015). Entretanto, RODRIGUES e CALLEGARI (2016) relata a importância da assistência não somente ao indivíduo doente, mas também aos pais, pois eles sofrem com a situação, possuindo o direito de serem bem tratados e informados.

Dentre os pontos positivos, pode-se destacar a preocupação profissional com a família e a criança, atenção no trabalho, conhecimento científico, ensinar a família a cuidar da criança atendida e confiança dos pais na equipe. Os resultados descrevem também pontos negativos como a falta de preparo profissional para interagir com as queixas familiares, a falta de sensibilidade ao escutar e o número insuficiente de profissionais para prestar o atendimento pediátrico (GOMES et al., 2015).

Observa-se que a comunicação entre os pais/acompanhantes e a equipe de saúde é de primordial importância, pois, além de facilitar o atendimento, agiliza processos, traz segurança ao paciente e ao profissional e auxilia na melhoria da qualidade da assistência prestada. Portanto, é necessário buscar intervenções que melhorem a comunicação, minimizando ruídos, mal entendidos e até eventos adversos que possam surgir.



## 4 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter qualitativo. A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seu pesquisador estuda as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (DENZIN; LINCOLN, 2006) . Assim, nesse estudo será analisado as formas de comunicação e a satisfação de atendimento aos pacientes pediátricos em urgência e emergência em uma clínica da família zona oeste do Rio de Janeiro – RJ. O local da pesquisa será a Clínica da Família Maria José de Sousa Barbosa, localizada na Vila Aliança. A escolha do local da pesquisa foi em função da proximidade do pesquisador com a unidade.

Será realizada entrevista semiestruturada através de questões objetivas e descritivas contendo três etapas de avaliação: perfil sociodemográfico, comunicação com médicos e equipe multiprofissional, e satisfação com o atendimento (ANEXO 1). As entrevistas serão realizadas com maior número possível de pais, maiores de 18 anos, que comparecerem ao local buscando atendimento a seus filhos, de até 12 anos de idade, por urgência ou emergência, no período de julho a setembro de 2020. A entrevista será realizada logo após o atendimento, em consultório, pelo médico ou enfermeiro responsável (ANEXO 2).

A análise do dados será realizada através da transcrição integral das entrevistas. A seguir, serão selecionadas desse material as ideias mais importantes e relevantes buscando os dados necessários para o alcance dos objetivos da pesquisa. Os dados obtidos através das entrevistas se desdobrarão em núcleos ou unidades que serão apresentados por categorias, seguindo a proposta de análise temática da Minayo (MINAYO, 2012).

Esta pesquisa será realizada com seres humanos, respeitando e considerando os aspectos éticos para o desenvolvimento eficaz da pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde-CNS. Os participantes serão esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodo que a pesquisa possa acarretar-lhes, à medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será assinado pelos participantes, autorizando a utilização de suas respostas na pesquisa (ANEXO 3). Os participantes serão identificados por pseudônimos, garantindo seu anonimato.

### **Anexo 1**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Filhos: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Mora com: \_\_\_\_\_

1. Por que procurou a Clínica da Família?

2. Poderia ir diretamente a UPA? Por que não foi diretamente para lá?
3. Sempre procura a Clínica da Família para Urgência e Emergência?
4. Você costuma aguardar muito tempo para ser atendido?
5. É bem recebido/acolhido na Clínica da Família nessas ocasiões?
6. Já foi embora sem receber atendimento? O que foi alegado?
7. Algum profissional já disse algo de maneira que você considerou ofensivo ou agressivo? O que lhe foi dito?
8. Os profissionais da Clínica lhe explicam os procedimentos que serão efetuados com a criança de maneira clara e objetiva?
9. Seu atendimento obteve uma solução adequada?

## **Anexo 2**

### **CARTA DE ANUÊNCIA**

#### **UNIDADE DE SAÚDE**

A Clínica da Família Maria José de Sousa Barbosa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: A COMUNICAÇÃO DO MÉDICO NO ATENDIMENTO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA EM CLINICAS DA FAMÍLIA, sob responsabilidade do pesquisador Leandro Pova.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS n°: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

## **Anexo 3**

### **ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**



---

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa cujo título é: A COMUNICAÇÃO DO MÉDICO NO ATENDIMENTO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA EM CLINICAS DA FAMÍLIA. Objetivo será pesquisar sobre a comunicação entre profissionais médicos com os pais e responsáveis na Emergência Pediátrica na Clínica da Família. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa através de entrevista semiestruturada. Esta entrevista terá uma duração aproximada de 20 (vinte) minutos. As informações coletadas serão utilizadas para concluir o trabalho de pesquisa de pós-graduação que será divulgado no fim do segundo semestre de 2020. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é inteiramente voluntária, você poderá recusar a ingressar na pesquisa sem penalização alguma por parte dos pesquisadores e durante a realização da pesquisa poderá ser retirar a qualquer momento.

Sua participação será através de uma entrevista individual em recinto reservado na qual dialogaremos sobre questões relacionadas ao conhecimento do adolescente sobre Sífilis. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o senhor(a) deverá assinar este Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (466/12). Você não terá custos ou qualquer compensação financeira. Sendo assim, sua participação não é obrigatória, mas é muito importante. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado seu nome.

Ao final da pesquisa, você poderá solicitar acesso completo ao estudo disponibilizado e impresso. Suas informações serão armazenadas durante 5 (cinco) anos e então deletados. Caso surja alguma dúvida sobre a ética do estudo ou caso queira tirar dúvidas sobre seus direitos, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos que visa garantir os direitos, segurança e bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam a participar de pesquisa – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, da secretaria municipal de Saúde RJ rua Evaristo da Veiga 16/ 4º andar, sala 401, Centro, telefone (21) 22151485, e-mail [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br), ou através de solicitação do representante da pesquisa, Leandro Povia, telefone (21) 96580-0126, e-mail: [leandro.povia.lp@gmail.com](mailto:leandro.povia.lp@gmail.com)

Declaração da participante:

Eu fui orientada(o) pelo médico e pós-graduando Leandro Povia, e estou de acordo com a natureza, propósito e duração da pesquisa e estou ciente que poderei sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum.

Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, me entregou uma via deste termo de consentimento devidamente assinada e autorizando a execução da pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, e informar ao comitê de ética sobre qualquer anormalidade observada. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será divulgada e os dados obtidos através do questionário poderão ser examinados por pessoas envolvidas

no estudo com autorização delegada do investigador.

Pesquisador (a): Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Participante: Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

## 5 Resultados Esperados

Sabe-se que médicos e enfermeiros que atuam na Atenção Básica muitas vezes necessitam atender casos de emergência pediátrica, pois os pais ao perceber risco de vida de seus filhos, acabam por procurar a assistência médica em locais mais acessíveis e o mais próximo possível da ocorrência. Por isso, as equipes da Atenção Básica precisam saber reconhecer os riscos da situação e realizar os manejos necessários, sustentando as funções vitais do paciente até que seja possível definir um diagnóstico específico, e que o tratamento apropriado seja instituindo, ou até a chegada das equipes do SAMU. Nessas situações é extremamente necessário que se estabeleça a comunicação adequada para que se salve a vida do paciente.

Espera-se que o aumento da comunicação entre os pais e/ou responsáveis e a equipe possa auxiliar na humanização e na melhora da qualidade do atendimento. Ao entrevistar os pais e/ou responsáveis, será possível delimitar suas expectativas e o que é esperado em um atendimento de emergência pediátrica, facilitando e aumentando a satisfação de quem é atendido e também repercutindo na agilidade e na recuperação do paciente.

A partir das respostas das entrevistas almeja-se: observar de que maneira ocorre a comunicação entre pais/acompanhantes e médicos na clínica da família selecionada; verificar o nível de satisfação das famílias atendidas na comunidade e receber feedback para possibilitar a melhoria dos atendimentos futuros; e por fim, proporcionar um aprofundamento no conhecimentos sobre comunicação dos médicos na atenção primária e contribuir para a criação de material atualizado sobre a temática.



## Referências

- BRASIL. *HumanizaSUS*: Diretrizes. 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizaus/diretrizes>>. Acesso em: 15 Jul. 2020. Citado na página 17.
- BRASIL. *Portaria n. 648 de 28 de março de 2006*. 2006. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 08 Mai. 2020. Citado na página 15.
- BROCA, P.; FERREIRA, M. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre berlo e king. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 467–474, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- BULBOLTZ, F. et al. Percepção de familiares sobre a presença ou não em situação de emergência pediátrica. *Texto Contexto Enferm*, v. 25, n. 3, p. 1–8, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa:: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2006. Citado na página 21.
- DUARTE, M.; BOECK, J. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. *Trab. educ. saúde*, v. 13, n. 3, p. 709–720, 2015. Citado na página 18.
- GABARRA, L.; CREPALDI, M. A comunicação médica - paciente pediátrico – família na perspectiva da criança. *Psicol. Argum*, v. 29, n. 65, p. 209–218, 2011. Citado na página 18.
- GARLET, R. E. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 266–272, 2009. Citado na página 16.
- GARRAFA, V.; ALBUQUERQUE, M. C. Enfoque bioético de la comunicación en la relación médico-paciente en las unidades de terapia intensiva pediátricas. *Acta Bioethica*, v. 7, n. 2, p. 355–367, 2001. Citado na página 18.
- GASPAR, M. et al. A equipe de enfermagem e a comunicação com o paciente traqueostomizado. *Rev. CEFAC*, v. 17, n. 3, p. 734–744, 2015. Citado na página 17.
- GOMES, G. C. G. et al. Significados atribuídos por familiares na pediatria acerca de suas interações com os profissionais da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 6, p. 953–959, 2015. Citado na página 19.
- MEKITARIAN, F. F. P.; ANGELO, M. Presença da família em sala de emergência pediátrica: Opiniões dos profissionais de saúde. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 33, n. 4, p. 460–466, 2015. Citado na página 19.
- MELO, M. do Carmo Barros de; SILVA, N. L. C. da. *Urgência e Emergência na Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 11.

- MINAYO, M. Análise qualitativa:: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012. Citado na página 21.
- NOBREGA, M. D.; BEZERRA, D. L. A.; SOUZA, A. N. M. Conhecimentos, atitudes e práticas em urgência e emergência na atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica da Faínor*, v. 8, n. 2, p. 1–8, 2010. Citado na página 15.
- OLIVEIRA, M.; TRINDADE, F. M. Atendimento de urgência e emergência na rede atenção básica de saúde:: Análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. *Revista Horus*, v. 4, n. 2, p. 160–171, 2010. Citado na página 15.
- PEREIRA, R.; RIVERA, F.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface*, v. 17, n. 45, p. 327–340, 2013. Citado na página 18.
- RAMOS, R. R. A recepção da demanda espontânea no setor saúde da criança numa unidade básica de saúde. São Paulo, n. 77, 2009. Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Cap. 3. Citado na página 16.
- RATI, R. et al. "criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 18, n. 12, p. 3663–3672, 2013. Citado na página 18.
- RODRIGUES, A. C.; CALEGARI, T. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica:: Perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 20, p. 1–7, 2016. Citado na página 19.
- SANTANA, M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no programa saúde da família de pindamonhangaba. Taubaté, n. 208, 2008. Curso de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional, Universidade de Taubaté. Cap. 3. Citado na página 16.
- SANTOS, L.; SOUZA, M. Enfermagem na unidade de emergência pediátrica. *Editograf*, p. 74–89, 2008. Citado na página 16.
- SCHONS, C.; KLOCK, P. Emergências pediátricas: um enfoque educativo. *UNIEDU*, p. 1–11, 2013. Citado na página 10.
- SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo efetividade com saúde:: a incorporação de tecnologia e a produção de diretrizes clínicas para o sus. *Ciência e saúde coletiva*, v. 8, n. 2, p. 501–520, 2003. Citado na página 16.
- SILVA, P. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 24, n. 4, p. 505–512, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 11.
- SMS-RJ, S. M. de Saúde do Rio de J. *Regras da Clínica da Família*. 2020. Disponível em: <[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/4116302/regras\\_Clinicas\\_da\\_Familia.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/4116302/regras_Clinicas_da_Familia.pdf)>. Acesso em: 01 Mai. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- SMS-RJ, S. M. de Saúde do Rio de J. *Urgência e Emergência*. 2020. Disponível em: <<https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/urgencia-e-emergencia>>. Acesso em: 23 Jun. 2020. Citado na página 16.

TORRES, A.; SANTANA, B. Enfrentamento das emergências pelos profissionais da estratégia de saúde da família. *Journal of Nursing and Health*, v. 1, n. 1, p. 107–112, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 16.

ZEM, K.; CARDOSO, F.; MONTEZELI, J. O agir comunicativo do enfermeiro na assistência ao paciente criticamente enfermo. *Rev. Enferm. UFSM*, v. 3, n. 3, p. 547–554, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.