



# **Comunicação triádica – Perceções e Opiniões de Pediatras**

**Joana Letícia Gonçalves Lopes**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória

**março de 2024**

**Folha em branco**

## **Declaração de Integridade**

Eu, Joana Letícia Gonçalves Lopes, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41163 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 28/03/2024

Joana Lopes



## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, gostaria de deixar o meu mais sincero agradecimento ao meu orientador, o Professor Doutor Paulo Vitória, pela confiança, tolerância, ajuda e orientação na elaboração deste trabalho.

A todos os pediatras que, de forma abnegada, prontamente se disponibilizaram a participar no estudo.

Aos meus amigos do coração!

Ao meu João, por ser sempre porto seguro. Ele tem sempre a palavra certa na hora certa, mas eu não tenho palavras para lhe agradecer!

Por fim, agradecer aos meus pais e à minha irmã, por me iluminarem o caminho e me permitirem sonhar sem limites. Sem eles, nada seria possível!

**Folha em branco**

## Resumo

**Introdução:** Em geral, o conceito de “comunicação clínica” refere-se à comunicação entre médico e doente. No entanto, é comum a presença de um familiar do doente, por exemplo, durante a consulta médica. Esta situação é frequente no contexto da pediatria e pode ser designada através do conceito de comunicação triádica, tipicamente descrito na literatura como a comunicação desenvolvida entre médico-doente-acompanhante, no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

**Objetivos:** Este estudo visa caracterizar as perspetivas e opiniões dos pediatras sobre a comunicação triádica e os fatores que influenciam a comunicação com as crianças e os seus acompanhantes, qual o papel de cada um e quais as estratégias que promovem a efetividade da comunicação clínica nesta situação.

**Métodos:** Este é um estudo qualitativo, caracterizado por uma recolha de dados através de entrevistas semiestruturadas baseadas no estudo "Comunicação em saúde na saúde infantil: estudo sobre a perceção dos pediatras". No total foram realizadas 20 entrevistas a pediatras de 9 hospitais de Portugal, dos quais 18 eram do sexo feminino.

**Resultados:** Apurou-se, de forma consensual, que a existência de tempo, literacia em saúde, decoração adequada dos espaços e escuta ativa e empática são fatores importantes para o sucesso da comunicação triádica no contexto da pediatria. Em sentido contrário, o cansaço profissional, o fenómeno de *doctor shopping* e as barreiras linguísticas figuram entre os fatores que podem configurar um entrave à mesma. Criança e acompanhante detêm um papel central. Existe uma grande pluralidade de estratégias usadas pelos pediatras para ultrapassar dificuldades e aumentar a efetividade numa situação de comunicação triádica, das quais são exemplo adaptar a linguagem e explicar os conceitos de forma clara e objetiva.

**Discussão e Conclusão:** Este estudo destaca a importância de caracterizar a comunicação triádica em pediatria e de ajustar a comunicação clínica a esta situação. Os fatores facilitadores identificados devem ser potenciados, enquanto que os obstáculos devem ser reconhecidos e contornados, propiciando assim a utilização de estratégias para lhes fazer face. Conclui-se ainda que os pediatras consideram o papel das crianças como central para a comunicação triádica, respondendo à necessidade de lhes ser permitido o acesso a informação, privacidade, autonomia e a serem ouvidas e respeitadas.

## **Palavras-chave**

Comunicação triádica; pediatria; criança; relação médico-doente; relação médico-doente-acompanhante.

## Abstract

**Introduction:** In general, the concept of “clinical communication” refers to the communication between doctor and patient. However, it is common for a relative of the patient to be present, for example, during the medical consultation. This situation is common in pediatrics and can be described as the concept of triadic communication, typically described in the literature as the communication between doctor-patient-carer in the context of healthcare provision.

**Purpose:** This study aims to characterise pediatricians’ perspectives and opinions on factors that influence communication with children and their caregivers, what their role is and which strategies promote effective clinical communication in this situation.

**Method:** This is a qualitative study, characterised by data collection through semi-structured interviews based on the study “Comunicação em saúde na saúde infantil: estudo sobre a percepção dos pediatras”. In total, 20 interviews were conducted to pediatricians from 9 different Portuguese hospitals, from which 18 were female pediatricians.

**Results:** There was a consensus that time, health literacy, appropriate decoration of spaces and active and empathetic listening are important factors for a successful triadic communication in pediatrics. On the contrary, professional fatigue, the doctor shopping phenomenon and language barriers were among the identified factors that can hinder communication. Child and carer play a central role. There are many strategies used by pediatricians to overcome difficulties and increase effectiveness in a triadic communication situation, such as adapting the language and explaining concepts clearly and objectively.

**Discussion and Conclusion:** This study highlights the importance of triadic communication in pediatrics. The facilitating factors identified should be enhanced, while the obstacles should be recognised and circumvented, thus encouraging the use of coping strategies to address them. The conclusion is that pediatricians consider the children’s role to be central to triadic communication, with the need for them to be allowed access to information, privacy, autonomy and to be listened to and respected.

## **Keywords**

Triadic communication;pediatrics;child;doctor-patient relationship;doctor-patient-carer relationship.

# Índice

Capítulo 1. Introdução .....	1
1.1. Comunicação Clínica .....	1
1.2. Comunicação Triádica.....	2
1.3. Comunicação Triádica em Pediatria .....	4
Capítulo 2. Método .....	7
2.1. Procedimento .....	7
2.2. Entrevista.....	7
2.3. Participantes .....	8
2.4. Análise de Dados.....	9
Capítulo 3. Resultados .....	11
Capítulo 4. Discussão.....	17
Capítulo 5. Conclusão .....	25
Referências bibliográficas.....	27

**Folha em branco**

## Lista de Figuras

Figura 1 - Esquema ilustrativo da interação diádica. ....	3
Figura 2 - Esquema ilustrativo da interação triádica. ....	3
Figura 3 - Aliança médico-paciente. ....	4
Figura 4 - Aliança médico-acompanhante. ....	4
Figura 5 – Caracterização da amostra. ....	9
Figura 6 - Ocorrência de expressões e palavras-chave. ....	14

**Folha em branco**

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Dados referentes às entrevistas realizadas a pediatras..... 8

Tabela 2 - Principais resultados das entrevistas, divididos em 7 categorias principais.. 11

**Folha em branco**

## **Lista de Acrónimos**

ARS	Administração Regional de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
IFE	Interno de Formação Específica
OM	Ordem dos Médicos
OMS	Organização Mundial de Saúde

**Folha em branco**

# Capítulo 1

## Introdução

A comunicação é usada por todos nos mais variados aspetos do dia-a-dia mas revela-se mais difícil de definir do que de usar. Ainda assim, postula-se que a comunicação humana é um processo pelo qual é possível transmitir e partilhar informações.<sup>1,2</sup> Contrapondo-se a este aspeto informacional que a caracteriza, mostra-se igualmente importante reconhecer o seu papel relacional. Mais do que informações e factos, a comunicação afigura-se como um meio para a construção de relações entre quem a desenvolve. Confiança, conexão, respeito, compreensão e empatia são apenas alguns dos elementos que desempenham uma função central na mesma.<sup>3</sup> Em medicina, esta vertente relacional associada à comunicação correlaciona-se com melhores resultados em saúde para os doentes, com sentimentos mais positivos em relação a eles próprios e à sua doença, com o desenvolvimento de uma forte aliança terapêutica com o médico e até com a redução de sintomatologia dolorosa.<sup>4</sup> É através da comunicação não-verbal (e.g., postura, tom de voz e demais fatores que possam acrescentar e alterar valor ao que está a ser transmitido verbalmente) que o valor relacional da comunicação é amplificado. Para tudo isto, é necessária a atuação dos interlocutores para a levarem a cabo de uma forma eficaz e profícua.<sup>1</sup>

### 1.1. Comunicação Clínica

A comunicação desempenha um papel crucial na saúde.<sup>2</sup> Desta forma, a comunicação em saúde define-se por ser uma ação ativa de troca de informações e de conhecimento entre profissionais de saúde e doentes, comunidades ou populações. Englobada nela, é possível ainda distinguir a comunicação clínica, que diz respeito à relação e interação específicas entre médico e doente.

Sabendo que a comunicação comporta uma função de troca de informações, é importante referir que as pessoas (não pertencentes ao grupo dos profissionais de saúde) podem e devem também ser detentoras de conhecimento relativo ao campo da medicina, em tudo o que lhes diga respeito ou envolva. Logo, é de extrema importância referir o conceito de “literacia em saúde” que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), se caracteriza por ser a capacidade de um certo indivíduo ter acesso a informação e de a interpretar, de forma a conseguir ter ganhos em saúde para si próprio, para a sua família e para a comunidade em que se insere.<sup>5</sup> Ainda que este conceito esteja em constante

mutação, é inquestionável o papel que a comunicação em saúde e a comunicação clínica desempenham na sua criação e manutenção. A promoção da literacia em saúde tem de configurar um esforço coletivo de todos para que seja universalmente alcançável.

Quando desenvolvida de forma efetiva, a comunicação clínica mostra-se crucial para a criação de uma boa relação médico-doente e de uma aliança terapêutica entre ambos, sempre com o denominador comum da confiança.<sup>6-8</sup> Permite também recolher informações clínicas relevantes para o caso e chegar mais vezes a diagnósticos corretos, ouvindo as dúvidas e compreendendo os anseios dos pacientes. Possibilita ainda que as decisões sejam tomadas em conjunto, envolvendo o doente nos seus cuidados, bem como a sua família e demais profissionais de saúde. Existe uma relação causal entre a *compliance* com os planos terapêuticos e mudanças comportamentais por parte dos doentes quando a comunicação desenvolvida no âmbito dos seus cuidados de saúde é clara e adaptada ao seu grau de conhecimento e de compreensão.<sup>9</sup> Deste modo, a comunicação afigura-se como um contributo-chave para que se possam fornecer cuidados de saúde de qualidade.<sup>10-12</sup>

São assim várias as *skills* e atitudes que se consideram necessárias no currículo de um profissional de saúde e que influenciam a forma como a comunicação é percebida. Desde logo o contacto visual, postura, expressões faciais, tom de voz, e predisposição ao esclarecimento de dúvidas.<sup>10</sup> Também a escuta atenta por parte do profissional de saúde e a empatia mostraram ser ferramentas significativas na criação de uma boa relação médico-doente e nas taxas de satisfação dos mesmos no que diz respeito a consultas e cuidados prestados.<sup>6,12</sup>

## **1.2. Comunicação Triádica**

São cada vez mais as situações em que as consultas médicas contam com intervenientes para além do doente e médico. Entre alguns dos exemplos, é possível destacar: a prestação de cuidados à população geriátrica,<sup>8</sup> o acompanhamento médico de doentes oncológicos, a necessidade de intérpretes de língua gestual (se se tratar de um paciente com algum grau de surdez), a presença de intérpretes de línguas estrangeiras no contexto da imigração ou o caso particular da ginecologia-obstetrícia. A estes cenários específicos junta-se também a esfera da pediatria, sendo a mesma detalhadamente aprofundada no subcapítulo seguinte.<sup>13</sup> Nestes casos, torna-se importante reconhecer que a terceira pessoa presente no momento da consulta é bastante variável, podendo ser um dos progenitores, o prestador de cuidados, o tutor legal, ou até um outro profissional de saúde igualmente envolvido nos cuidados do paciente em questão.

Focando nos casos particulares em que existe um terceiro elemento presente para além do médico e do paciente, é possível perceber que esta mudança no paradigma do que é o encontro médico, leva, certamente, a um reajuste nos papéis que cada um dos intervenientes desempenha. Estabelece-se assim um *shift* no modelo diádico para modelo triádico de interação.



Figura 1 - Esquema ilustrativo da interação diádica.



Figura 2 - Esquema ilustrativo da interação triádica.

Se nas interações diádicas (Figura 1) é possível identificar a cada momento qual dos intervenientes está a assumir o papel de emissor de informação e qual está a assumir o papel de recetor, nas interações triádicas esta tarefa está dificultada, pelo facto de existir um terceiro e novo elemento, designado na Figura 2 de “Acompanhante”.<sup>13</sup> Estudos indicam que o acompanhante pode, por um lado, assumir um papel ativo de fazer valer os superiores interesses do paciente, ajudando-o a expressar as suas queixas, dúvidas e preocupações. Por outro lado, pode ter um papel passivo de apenas acompanhamento, sem interferir nos cuidados prestados. Por último, pode desempenhar um papel antagonista, tentando enfraquecer a relação médico-doente e, possivelmente, tentando até condicionar a participação do doente.<sup>13</sup>

Existem diferentes dinâmicas de comunicação nos casos de interação triádica, ao que Mills<sup>14</sup> e Caplow<sup>15</sup> chamaram de “alianças”. A título de exemplo, o médico pode dirigir-se apenas ao paciente (Figura 3), apenas ao acompanhante (Figura 4), ou a ambos

de igual modo. <sup>13-15</sup> Note-se que este padrão pode ser aplicado também ao doente e ao acompanhante, perfazendo assim, vários tipos de relação assimétrica entre as diferentes partes envolvidas, podendo levar, desta forma, a diferentes *outcomes* em saúde.



Figura 3 - Aliança médico-paciente.

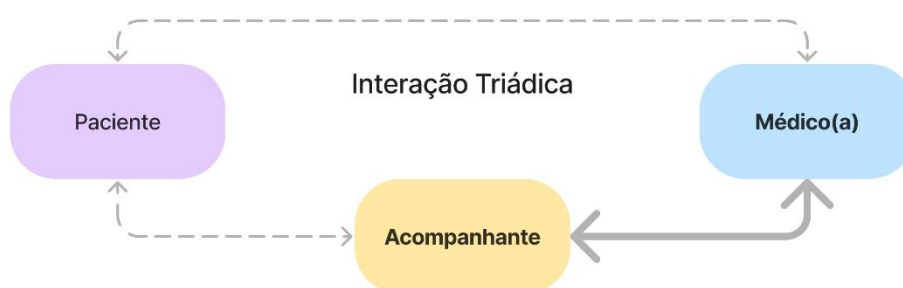


Figura 4 - Aliança médico-acompanhante.

### 1.3. Comunicação Triádica em Pediatria

Restringindo agora o tema da comunicação triádica ao caso particular da pediatria, esta constitui indubitavelmente um desafio, desde logo pelo facto de que as informações deverão ser transmitidas a várias pessoas (criança e acompanhante, por exemplo).

Em 2011, o Comité Europeu de Saúde desenvolveu um conjunto de *guidelines*, segundo o pressuposto do conceito de “*Child-Friendly Health Care Approach*”, cujo intuito é promover nos Governos a urgência de melhorar e implementar medidas que permitam adaptar os seus sistemas de saúde aos maiores interesses das crianças e das suas famílias. O seu objetivo principal é o de permitir uma participação ativa das crianças, em todos os níveis de tomadas de decisão, tendo em conta a sua idade, maturidade e compreensão acerca dos assuntos em questão. <sup>16</sup> Assim, e a título de

exemplo, espera-se que as crianças possam fornecer o seu consentimento livre e informado para a realização de intervenções, e nos casos em que tal não se verificar, tenham ao seu dispor a informação adequada, bem como o direito a expressar as suas opiniões no que à sua saúde se referirem. <sup>16,17</sup>

Para que um dia se tornem adultos capazes de tomar decisões informadas em saúde, é imperativo que este processo de crescente autonomia se inicie ainda em tenra idade. <sup>18</sup> Contudo, várias fontes referem que, no que concerne a participação que é permitida às crianças no contexto dos seus cuidados de saúde, esta ainda está muito aquém do recomendado e desejado. <sup>13,19-21</sup> Alguns dos fatores apontados como causadores da pouca participação das crianças indicam que os profissionais de saúde não querem colocar em causa a autoridade dos acompanhantes, permitindo que sejam estes os principais intervenientes nas consultas e cuidados das crianças enquanto que, noutras ocasiões, é o desejo dos pais de proteger e proporcionar bem-estar à criança que pode levar a que esta exclusão se verifique. <sup>17,20,22</sup> Também os diferenciais de poder e de autoridade que as partes envolvidas detêm, criam um cenário ideal para uma baixa participação das crianças que, desde logo, estão em clara desvantagem no que diz respeito ao fator da idade, da autoridade e do conhecimento. <sup>21,23</sup>

Sendo que a pediatria abrange um amplo espectro de idades, desde recém-nascidos de zero dias até adolescentes, surge inevitavelmente a dúvida acerca da idade a partir da qual as crianças conseguem e devem ser incluídas nas tomadas de decisão sobre tratamentos e informadas e esclarecidas sobre diagnósticos e prognósticos. <sup>13,17,20</sup> Deste modo, pretende-se garantir que as mesmas não ficam apenas confinadas ao papel de dar informações sobre a história clínica e de colaborar no exame objetivo. <sup>13,17,22</sup> Assim, espera-se que a relação médico-doente (neste caso, médico-criança) e a conversa entre ambos não fique restringida à mera “conversa de circunstância” como se verifica em alguns casos. <sup>20</sup>

É importante reconhecer que este grande espectro de idades exige também uma especial atenção à forma como as mensagens são transmitidas para que isso seja feito de uma forma que esteja acessível à faixa etária em questão. <sup>17,18,21</sup> Também no que concerne aos acompanhantes ou cuidadores, deve haver cuidado para que a informação seja explicada de forma a que seja entendida em todas as suas dimensões, devendo por isso ser clara e adequada às características específicas do acompanhante ou cuidador em questão. <sup>18</sup>

Estudos indicam que se torna de facto bastante significativo incluir a criança durante os vários momentos de consulta, dando-lhe palco para expressar as suas dúvidas, medos e demais opiniões, para que também se sinta parte responsável pela sua própria saúde, com um papel ativo e importante na mesma, permitindo assim verificar taxas mais altas de adesão aos tratamentos ou planos terapêuticos, menos efeitos adversos e mais literacia em saúde. <sup>6,13,18,21,22</sup> Posto isto, as crianças adquirem não só o direito a participar ativamente nos seus cuidados de saúde, mas também responsabilidade e deveres perante esse direito. <sup>19</sup> Surge assim uma responsabilidade acrescida por parte de profissionais de saúde e pais ou cuidadores, de permitirem esta participação das crianças na sua própria saúde.

O presente estudo visa, como objetivo central, caracterizar o papel da comunicação triádica na pediatria, explorando as perspetivas de pediatras sobre fatores que influenciam a comunicação com as crianças e com os seus acompanhantes. Para além disso, irão também ser analisados os desafios que reconhecem e as barreiras que mais comumente se interpõem no decorrer deste processo tão importante que é a comunicação triádica. Com recurso às suas experiências prévias, tentar-se-á perceber que metodologias e estratégias são utilizadas pelos pediatras para ultrapassar as dificuldades. Este levantamento de perspetivas e experiências permitirá desenvolver um melhor e maior *insight* sobre o papel que a comunicação ocupa no âmbito da pediatria.

## Capítulo 2

### Método

De seguida, e após o breve enquadramento teórico e clarificação de termos acima discutidos, irá ser descrito de forma clara e detalhada o método que norteará este estudo.

Sendo este um processo fundamental para cimentar uma base sólida e coerente para o trabalho em desenvolvimento, este capítulo estará dividido em quatro tópicos. O primeiro consistirá numa explicitação do procedimento adotado. Seguir-se-á uma explanação sintética da entrevista, momento este que se mostrou fundamental para a recolha das informações. No subcapítulo “Participantes”, irá ser descrita sucintamente a amostra e como foi definida. Por fim, seguir-se-á o modo pelo qual os dados serão tratados, de forma a garantir a viabilidade e fiabilidade dos resultados obtidos.

#### 2.1. Procedimento

No desenvolvimento deste estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa para a recolha da informação. O método qualitativo dá especial enfoque ao contexto do fenómeno em estudo, conferindo às palavras um papel central.<sup>24</sup> Concentra-se nos conteúdos *per se* acerca de um determinado tópico, e não na validade dos mesmos.<sup>25</sup> Utiliza perguntas abertas, e por isso, torna-se num método ajustável ao longo do tempo. Comparativamente aos métodos quantitativos, o método qualitativo permite que ocorra uma maior proximidade entre o investigador e o objeto de estudo, podendo também, por vezes, levar a que possa estar envolvido um grau acrescido de subjetividade.<sup>24</sup>

#### 2.2. Entrevista

Para a recolha das opiniões e perceções dos médicos pediatras, optou-se por recorrer ao método de entrevista semiestruturada. Esta modalidade de entrevista não possui características padronizadas, mas sim um grupo de tópicos ou temas a abordar, conferindo ao entrevistador uma maior autonomia para a condução da mesma. Em paralelo, o médico entrevistado usufrui de uma maior liberdade para a partilha das suas convicções e conhecimentos.<sup>25,26</sup>

Os tópicos das entrevistas foram baseados nos anteriormente utilizados pelo estudo “Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais” publicado em 2013 na Revista Psicologia e Saúde.<sup>27</sup>

Tratando-se também este de um estudo qualitativo baseado em entrevistas semiestruturadas, os tópicos nele abordados são bastante abrangentes. Desta forma, foram sete as áreas discutidas no decorrer das entrevistas realizadas no âmbito deste estudo, sendo elas:

- Fatores facilitadores da comunicação;
- Fatores que prejudicam a comunicação;
- Papel da criança na consulta;
- Papel do acompanhante;
- Fatores institucionais e organizacionais;
- Atendimento na consulta;
- Estratégias para ultrapassar os entraves à comunicação.

De seguida, são apresentados os dados mais importantes relativos às entrevistas realizadas.

Tabela 1 - Dados referentes às entrevistas realizadas a pediatras.

Entrevistas	
Total de entrevistas realizadas	20
Presencialmente	3
Via chamada telefónica	14
Via videochamada	3
Duração mínima	5 minutos
Duração máxima	25 minutos
Duração média	13 minutos
Intervalo de datas	28 de dezembro a 9 de fevereiro de 2024

### 2.3. Participantes

Este estudo qualitativo contou com uma amostra de médicos pediatras estabelecida por conveniência, ou seja, uma amostra não determinada de forma probabilística, mas sim, de forma oportunista e arbitrária.<sup>26</sup>

Participaram, no total, 20 médicos pediatras. Destes, 12 eram especialistas enquanto que oito se encontravam ainda a realizar o internato médico, sendo por isso considerados médicos internos de formação específica (IFE) em pediatria. Para fins de simplificação, tanto especialistas como IFEs em pediatria serão referidos como médicos pediatras.

Relativamente à distribuição por sexos, 18 dos participantes eram do sexo feminino.

No que diz respeito à sua composição, a amostra contou com médicos de nove hospitais de Portugal, verificando-se a seguinte distribuição geográfica: oito médicos desempenhavam funções na Administração Regional de Saúde (ARS) Norte e 12 na ARS Centro. Segue-se um esquema resumo relativo à caracterização da amostra:

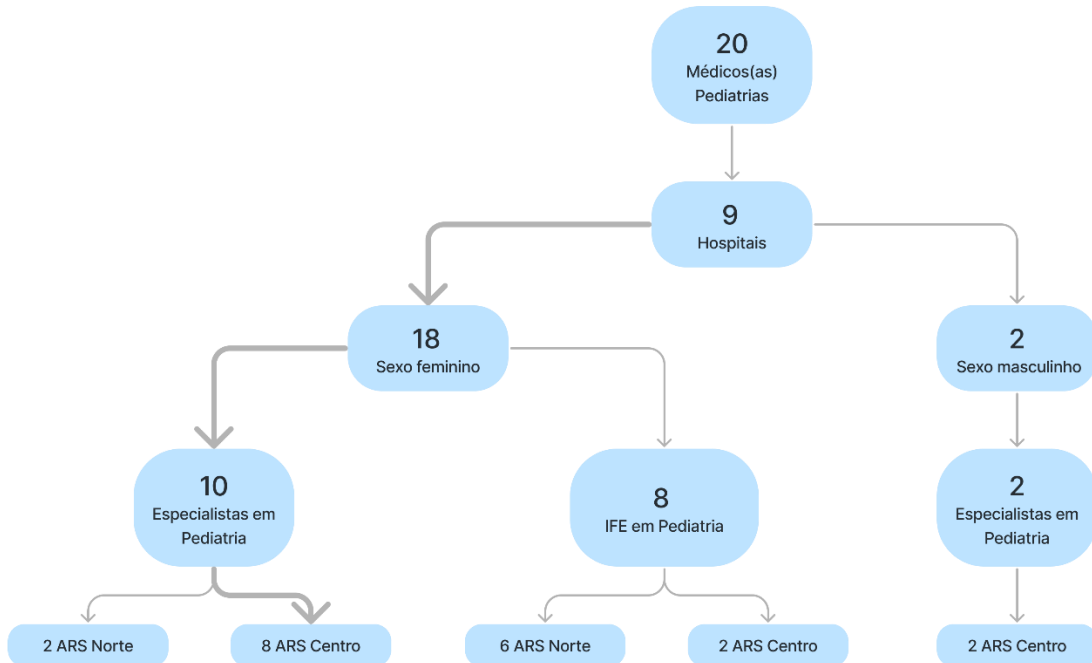


Figura 5 – Caracterização da amostra.

## 2.4. Análise de Dados

A análise dos dados recolhidos ao longo das entrevistas reveste-se de uma inegável importância para a realização deste estudo, e terá repercussões nos resultados obtidos.<sup>24</sup>

Após a recolha das opiniões e perceções dos participantes, os dados das entrevistas foram agrupados em diferentes categorias e analisados de forma qualitativa.



## Capítulo 3

### Resultados

No presente capítulo serão discriminados os resultados relativos às 20 entrevistas realizadas. A fim de simplificar a sua leitura, interpretação e comparação, a Tabela 2 contém os principais resultados obtidos após a análise do conteúdo das mesmas. A informação encontra-se dividida em sete tópicos, correspondentes aos abordados nas entrevistas.

Tabela 2 - Principais resultados das entrevistas, divididos em 7 categorias principais.

Categorias	Tópicos
Fatores facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tempo para preparar a consulta previamente.</li> <li>▪ Conhecimento prévio da criança e da família.</li> <li>▪ Exposição dos conceitos na sua totalidade.</li> <li>▪ Decoração dos espaços adequada à idade.</li> <li>▪ Literacia em saúde.</li> <li>▪ Empatia.</li> <li>▪ Confiança.</li> <li>▪ Escuta ativa.</li> <li>▪ Criança e acompanhantes calmos, interessados e colaborantes.</li> <li>▪ Relação médico-doente-família estreita.</li> <li>▪ Postura profissional do médico.</li> <li>▪ Sensação de segurança.</li> <li>▪ Experiência do profissional.</li> <li>▪ Pontos em comum entre o médico e o doente.</li> <li>▪ Definição de expectativas e agendas.</li> <li>▪ Equipa multidisciplinar organizada.</li> <li>▪ Reserva de tempo a sós para adolescentes.</li> </ul>

Tabela 2 (continua)

## Comunicação triádica – Perceções e Opiniões de Pediatras

Categorias	Tópicos
Fatores que prejudicam	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ansiedade dos acompanhantes e/ou do doente.</li> <li>▪ Gravidade da situação.</li> <li>▪ Dinâmica familiar complicada.</li> <li>▪ Alterações psicomotoras ou alterações do desenvolvimento.</li> <li>▪ Desinformação.</li> <li>▪ Cansaço do profissional de saúde.</li> <li>▪ Hábitos e crenças diferentes e barreiras linguísticas.</li> <li>▪ Expectativas desajustadas.</li> <li>▪ Fenómeno de <i>doctor shopping</i>.</li> <li>▪ Falta de tempo.</li> </ul>
Papel da criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elemento central.</li> <li>▪ Deve ser ouvida, responsabilizada e motivada a participar nos seus cuidados de saúde.</li> </ul>
Papel do acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aliado.</li> <li>▪ Função complementar e indissociável do papel da criança.</li> <li>▪ Papel facilitador.</li> <li>▪ Principal fonte de informação para crianças mais pequenas.</li> </ul>
Forma de atendimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dependente da idade e maturidade da criança.</li> <li>▪ Dirigido à criança sempre que possível.</li> <li>▪ Complementaridade das informações fornecidas pelos acompanhantes.</li> </ul>
Fatores institucionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Influência de longos turnos no serviço de urgência hospitalar.</li> <li>▪ Influência de falta de tempo para a preparação das consultas.</li> <li>▪ Influência da falta de tempo durante as consultas.</li> <li>▪ Falta de privacidade em diversos contextos.</li> </ul>

Tabela 2 (continua)

Categorias	Tópicos
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adaptar a linguagem.</li> <li>▪ Sistematizar a informação.</li> <li>▪ Fazer comparações e analogias.</li> <li>▪ Explicar os conceitos de forma clara e objetiva.</li> <li>▪ Brincar com a criança.</li> <li>▪ Honestidade intelectual.</li> <li>▪ Fornecer ferramentas tecnológicas de informação fidedignas.</li> <li>▪ Fazer com que as crianças e os seus acompanhantes se sintam ouvidos.</li> <li>▪ Olhar nos olhos.</li> <li>▪ Postura calma do médico.</li> </ul>

Tabela 2 (Fim)

Tendo em conta a variedade e diversidade de médicos entrevistados, quer no que diz respeito a idade, *background*, área de interesse na pediatria e até mesmo área geográfica de desenvolvimento da sua profissão, torna-se também interessante entender de que forma é que os mesmos tópicos, expressões e palavras-chave foram usadas no contexto das entrevistas realizadas para o desenvolvimento deste estudo. Na Figura 6 é possível encontrar uma seleção de 34 expressões ou palavras-chave, subdivididas em sete categorias diferentes, cuja frequência absoluta foi registada:

- “Interações”;
- “Sentimentos negativos”;
- “*Soft skills*”;
- “Características do doente e acompanhante”;
- “Fatores institucionais”;
- “Abordagem”;
- “Interveniente”.

## Comunicação triádica – Perceções e Opiniões de Pediatras

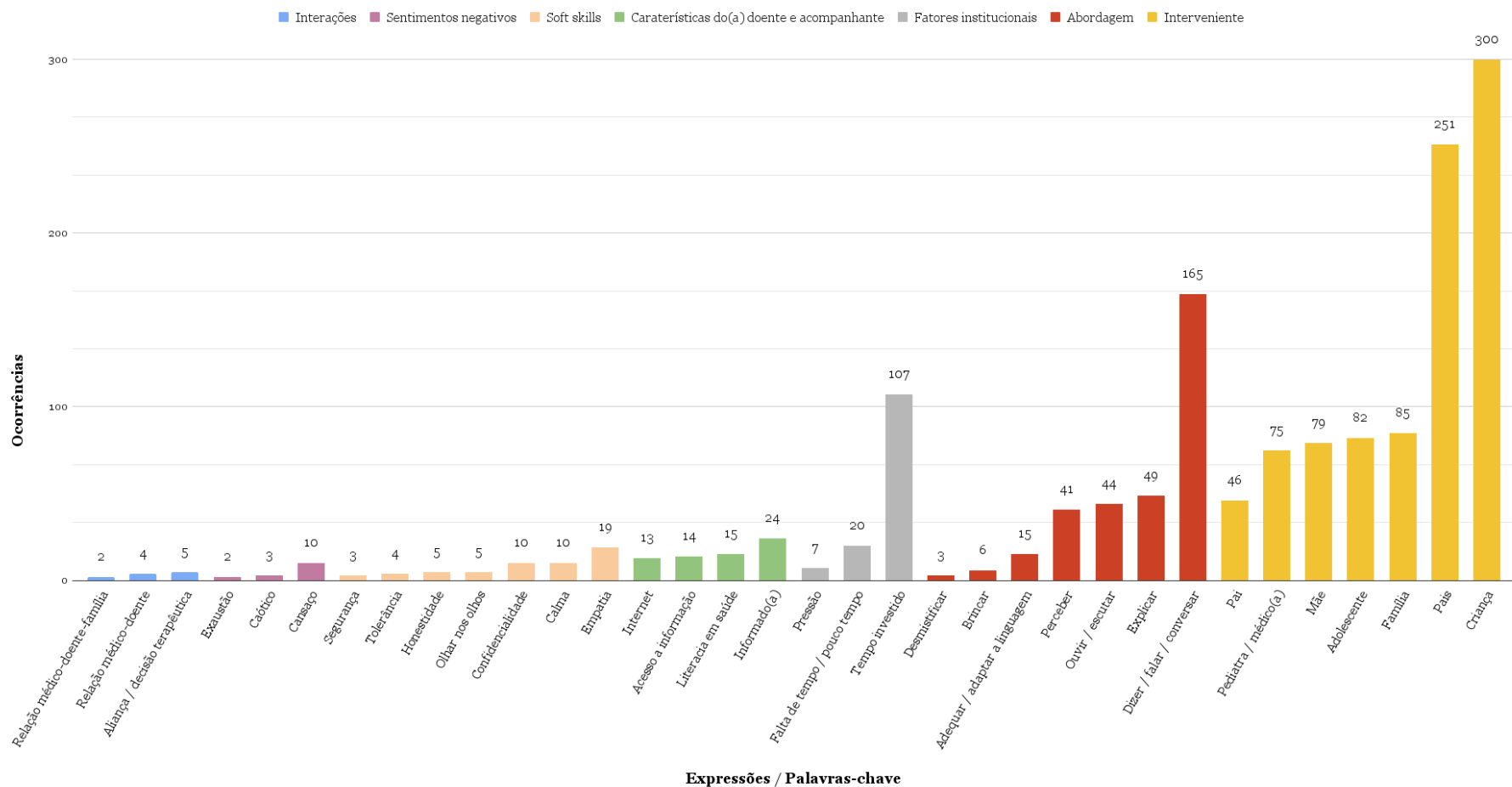


Figura 6 - Ocorrência de expressões e palavras-chave.

Na Figura 6, a disposição das palavras e categorias em ordem crescente permite perceber a relevância de várias palavras, bem como estabelecer diferentes comparações e correlações.

A destacar, “Criança” é a palavra mais vezes dita no somatório de todas as entrevistas, ilustrando de forma clara a importância e o papel central da mesma. Ainda na mesma categoria, também o facto de “Mãe” ser repetido mais vezes que “Pai” pode sugerir que é a figura feminina mais vezes encarregue dos cuidados de saúde em idade pediátrica.

Já na categoria “Abordagem”, surge um pico em “Dizer / falar / conversar”, demonstrando a importância de comunicar, permitindo que os doentes e as suas famílias e demais acompanhantes estejam informados e assim possam tomar decisões conscientes. Também as expressões “Explicar”, “Ouvir / escutar” e “Perceber” surgem com valores bastante próximos, podendo indicar que são indissociáveis umas das outras.

Em “Tempo investido” (entenda-se tempo investido para comunicar, para preparar a consulta, para conhecer o doente e a sua família ou acompanhantes, e para as demais tarefas relacionadas com a prestação de cuidados) note-se a relevância do mesmo para os médicos que participaram no estudo.

Por fim, “Empatia”, termo complexo que surgiu no vocabulário inglês como “*Empathy*” pelas mãos de Edward Titchener e que se caracteriza por ser a capacidade de entender as emoções, sentimentos e comportamentos de outra pessoa,<sup>28</sup> surge com destaque no conjunto “*Soft Skills*”.



## Capítulo 4

### Discussão

Dada a relevância da comunicação clínica no contexto da pediatria e a pertinência deste estudo, reveste-se da maior importância a realização de uma interpretação mais minuciosa dos dados mencionados no capítulo anterior. Tendo sido inúmeras as ideias e opiniões partilhadas e destacadas ao longo do desenvolvimento das entrevistas que serviram de base para a elaboração deste trabalho, e na impossibilidade de analisar todas em detalhe no presente capítulo, o foco recairá naquelas que tiveram maior relevância aos olhos dos entrevistados.

Iniciando com os fatores facilitadores da comunicação, é sem surpresa que se percebe que já conhecer a criança e a sua família desempenha um papel de relevo na consulta e na prestação de cuidados médicos.<sup>22,29-31</sup> Este conhecimento prévio torna mais fácil estabelecer uma conexão com ambas, permitindo que a comunicação seja facilitada, culminando numa relação médico-doente e médico-doente-família/acompanhante mais próxima.

Também a decoração dos espaços surgiu como um fator que influencia positivamente a comunicação triádica. Estudos mostram que a conjugação de vários fatores como salas de espera e consultórios médicos confortáveis, com distrações adequadas à idade, locais para brincar, luz natural, isolamento acústico e privacidade, podem traduzir-se em efeitos positivos na redução do *stress* das crianças.<sup>32,33</sup> Além do mais, experiências positivas (graças a um ambiente percebido como agradável) durante o tempo de espera para a consulta, podem condicionar uma percepção de que o mesmo foi menor e, em última instância, desencadear uma maior satisfação tanto por parte dos acompanhantes como por parte das crianças em relação aos cuidados prestados.<sup>34</sup> De acordo com os entrevistados, é também igualmente importante que os adolescentes possam ter um espaço diferente das crianças mais pequenas.

Numa outra nota, a existência de literacia em saúde, principalmente por parte dos acompanhantes, foi também destacada como sendo muito importante em pediatria. Estudos indicam que o nível reduzido de literacia em saúde dos pais e acompanhantes de crianças é um fator preditor para mais idas aos serviços de urgência que, em grande parte, poderiam ter sido evitadas.<sup>35,36</sup> Ademais, pode inclusivamente ter impacto na quantidade de métodos complementares de diagnóstico que são realizados e nas terapêuticas instauradas. Sabendo que inúmeras idas não urgentes aos serviços de

urgência têm como base dificuldades na gestão de medicação crónica, nas tomadas de decisão, e na obtenção de informação, fica claro que se tratam de adversidades que poderiam ser colmatadas, até certo ponto, com uma maior aposta na educação para a saúde. A aplicação do “Inquérito Europeu à Literacia em Saúde” no ano de 2015 em Portugal, colocou à vista dados preocupantes: em três das quatro categorias avaliadas, Portugal apresentou consistentemente valores mais baixos de literacia em saúde quando comparado com os resultados medidos nos outros países onde o estudo também foi aplicado. Foi ainda possível constatar que cerca de 50% da população portuguesa apresenta níveis de literacia geral em saúde na ordem do que é considerado de “problemático” ou “inadequado”.<sup>37</sup> Com vista a uma prevenção quaternária, ao aumento da adesão terapêutica e à melhoria das condições de saúde na sua globalidade, torna-se necessário aumentar a literacia da população pediátrica, dos seus acompanhantes, e em última instância, da sociedade em geral.<sup>36,38</sup> Capacitá-los com todas as ferramentas de que precisam, advertindo para sinais e sintomas de alerta, bem como informando de situações que são passíveis de serem autolimitadas com uma evolução benigna. Neste sentido, vários médicos entrevistados referiram fornecer aos doentes, sejam eles crianças ou adolescentes e aos seus acompanhantes, fontes de informação seguras e fidedignas, de forma a aumentar o seu conhecimento sobre saúde e, em particular, sobre a sua doença e gestão da mesma.

Ainda que esteja consagrada na Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) para o Programa de Saúde Infantil e Juvenil, foi sendo salientada, ao longo de todas as entrevistas, a extrema importância de permitir, assegurar e facilitar que parte da consulta da adolescência seja realizada sem a presença dos pais ou acompanhantes.<sup>39</sup> Esta especificidade permite responsabilizar e envolver mais o adolescente na sua saúde, bem como criar um local seguro, com a privacidade e a confidencialidade necessárias para que se sinta confortável para abordar os seus receios e para explorar temas sensíveis, como abuso de substâncias, comportamentos sexuais e perturbações do foro psicológico.<sup>40,41</sup> Contudo, em cerca de metade das entrevistas foi feita referência ao facto de que se deve sempre incentivar os adolescentes a partilhar as informações com os seus pais ou acompanhantes, com vista a uma maior e melhor adesão aos planos terapêuticos, e a um maior apoio e suporte nos mais variados níveis que se espera que possa ser fornecido pelos acompanhantes.

Curiosamente, ao longo das entrevistas, existiu a referência ao fenómeno de *doctor shopping* como sendo um elemento que prejudica a comunicação. Ainda que a sua definição não seja consensual e embora seja um conceito bastante associado à dependência de opióides, é amplamente aceite o facto de se caracterizar pela procura e

recurso a vários médicos pelo mesmo utente, que se apresenta com um mesmo problema.<sup>42</sup> Os motivos são variados, desde a não aceitação do diagnóstico feito inicialmente, a procura da prescrição de um determinado método complementar de diagnóstico ou de fármacos para suportar uma adição, sensação de descontentamento face aos cuidados previamente prestados ou face à comunicação já estabelecida. <sup>42,43</sup> Sendo este um comportamento ainda pouco estudado, esta limitação no conhecimento é acentuada quando o foco está na especialidade de pediatria, sem embargo de se tratar de algo que acontece com considerável frequência. O fenómeno de *doctor shopping* reflete-se num maior gasto de recursos, maior dificuldade em estabelecer a continuidade dos cuidados e menor satisfação com os cuidados prestados e com a relação estabelecida com o médico.<sup>43,44</sup> Todas estas consequências têm um impacto negativo na comunicação que se estabelece na tríade médico-doente-acompanhante e nos cuidados prestados ao paciente, demonstrando assim a urgência de um combate efetivo a este fenómeno.

Ainda no grupo dos fatores que configuram um desafio à comunicação triádica profícua em pediatria, as barreiras linguísticas e as diferenças culturais foram apontadas como tendo uma influência inequívoca. Segundo dados da PORDATA referentes a Portugal no ano de 2022, aproximadamente 17% do total de nados-vivos eram filhos de mãe estrangeira <sup>45</sup> e de acordo com os Censos 2021, cerca de 5% das crianças e jovens com idade inferior a 15 anos residentes em Portugal são de nacionalidade estrangeira.<sup>46</sup> Estes valores são uma clara demonstração da multiculturalidade existente em Portugal e do desafio que isso acarreta na prestação de cuidados médicos. Contudo, sendo o domínio da língua um indicador de inclusão e de integração no país, é inevitável que a sua aprendizagem seja um processo extremamente moroso e com inúmeras consequências. Desde logo, estudos indicam que a existência de barreiras linguísticas entre a equipa médica prestadora de cuidados e a criança e os seus acompanhantes, pode potenciar um acesso desigual aos cuidados de saúde, aumento da ocorrência de eventos adversos e menos segurança.<sup>47,48</sup>

Sendo a comunicação um dos elementos centrais da prestação de cuidados, a dificuldade de conseguir estabelecer uma compreensão eficaz entre os interlocutores envolvidos, pode levar a interpretações erróneas de sintomas e a diagnósticos, por sua vez, também eles errados. Também a instauração de terapêuticas ajustadas e adequadas para as situações em questão pode ficar comprometida, e em última instância, existe a possibilidade de incompreensão sobre a utilização e/ou administração das terapêuticas.<sup>49</sup> Todos estes elementos culminam numa maior insatisfação por parte de quem procura os cuidados e de quem os presta. Importa ainda assim ressaltar que as

diferenças culturais, crenças e demais especificidades que cada criança e família apresentem, devem ser sempre aceites e respeitadas.<sup>31,48,50</sup>

Não é inesperado que a questão da existência de tempo para a preparação das consultas, previamente mencionada como sendo um fator facilitador para a comunicação, nos impele a pensar sobre o revés da moeda: a falta de tempo. Esta foi uma queixa apresentada por todos os entrevistados. Pressão para realizar várias consultas em pouco tempo e longos turnos no serviço de urgência, foram alguns dos obstáculos referidos, e com os quais certamente mais médicos se deparam atualmente. Os entrevistados revelaram que estas condições de trabalho, pela forma como as instituições se encontram organizadas, implicava uma menor predisposição para a comunicação, tendo até chegado a utilizar a palavra “exaustão” para definir a forma como se sentiam. Esta é uma preocupação real e alarmante, que nos remete para o quadro atual do Serviço Nacional de Saúde Português.

Foi realizado em 2023 pelo Conselho Nacional do Médico Interno da Ordem dos Médicos o estudo “Avaliação do *burnout* no Internato Médico Português – Relatório do Estudo Nacional 2023”, que revelou que cerca de 23% dos IFEs em pediatria apresentam *burnout* e que 52% se encontram em risco.<sup>51</sup> Já um estudo realizado em 2017 a pedido da Ordem dos Médicos (OM), intitulado de “*Burnout* na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas”, demonstrou que na especialidade de pediatria, cerca de 65% dos médicos especialistas se encontravam em níveis altos de exaustão emocional.<sup>52</sup> O *burnout* caracteriza-se por ser o somatório de exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.<sup>53</sup> Embora os fatores que contribuem para o desenvolvimento desta doença profissional sejam inúmeros, é inegável o peso que a carga de trabalho e que a falta de tempo podem ter. Assim, e tentando não incorrer em algum tipo de erro de extrapolação, os dados das entrevistas e as menções à sensação de falta de tempo e de exaustão são preocupantes e devem servir de alerta para uma tomada de ação no que diz respeito à forma como as instituições estão organizadas e como isso se reflete nos seus profissionais.

Altamente correlacionada com a existência de tempo, está a oportunidade de poder realizar uma escuta ativa e empática. Demasiadas vezes sacrificada em prol do cumprimento de horários, é extremamente necessária para uma boa colheita de história clínica, para que o doente se sinta escutado e acolhido e para que se possa criar uma boa relação médico-doente com a qual ambos se sintam satisfeitos. Vários médicos entrevistados indicaram que, no início de cada consulta, a criança deveria poder realizar um discurso sem interrupções para poder expor os seus sintomas, dúvidas e anseios.

Contudo, estudos indicam que o tempo médio ao fim do qual os doentes são interrompidos situa-se entre os 18 e os 23 segundos, sendo que, caso não fossem interrompidos, teriam um discurso que em média não ultrapassaria a duração de 30 segundos. <sup>54</sup> Revela-se assim importante que exista espaço a uma comunicação sem juízos e que inclua silêncios e momentos reflexivos.

Sendo que em pediatria está geralmente inerente a comunicação triádica, torna-se ainda mais difícil a gestão da escuta ativa e da divisão de tempo que cada um destes pode e deve ter para se expressar. Foi unânime entre todos os entrevistados que, sempre que as crianças apresentem capacidade e maturidade suficientes, devem ser elas os alvos das perguntas da entrevista clínica e devem ser elas as principais fontes de informação. Detêm assim um papel central e fundamental, uma vez que é nelas que pode estar o problema de saúde, mas é também por elas que passa a solução do mesmo. Devem, portanto, ser informadas e esclarecidas acerca da doença, plano terapêutico, possíveis efeitos adversos e evolução do quadro. Esta possibilidade reveste-se de ainda mais importância quando se trata de adolescentes capazes, que devem ter o direito a informação, à participação e a uma opinião relativamente à sua saúde. <sup>31</sup> Isto permite que se sintam parte integrante dos seus cuidados e que ganhem as ferramentas necessárias para que um dia sejam adultos capazes de tomar decisões conscientes e informadas sobre a sua própria saúde. <sup>29</sup>

No caso de se tratarem de crianças pequenas (como recém-nascidos ou lactentes) ou de doentes com patologias do desenvolvimento que se tornem impeditivas de uma total compreensão, deve recair nos familiares ou acompanhantes a tarefa de informador primário, bem como de facilitador no momento da realização do exame objetivo. Ainda assim, deve-se procurar obter sempre que possível o consentimento da criança ou adolescente. Para além de facilitador, o acompanhante é um elemento que se deve comportar como aliado na promoção de cuidados, pelo que, mesmo em adolescentes que já têm direito a confidencialidade em diversos assuntos, é comum, como já referido previamente, o aconselhamento à partilha das situações com os progenitores ou acompanhantes, para que estes funcionem como rede de suporte, permitindo maximizar ainda mais os ganhos e a adesão aos tratamentos, por exemplo. <sup>30</sup> É, sem dúvida, uma tarefa árdua e complexa a de conseguir satisfazer tanto as necessidades cognitivas dos intervenientes, fornecendo informações e assegurando que todos entenderam a informação, bem como as necessidades afetivas, fazendo com que se sintam ouvidos e compreendidos, como também já referido anteriormente. <sup>31</sup>

Por fim, mas não menos importante, surgiu a necessidade de fazer um levantamento das estratégias utilizadas pelos médicos entrevistados de modo a ultrapassar os entraves com que se deparam no estabelecimento de uma comunicação triádica eficaz. Adaptar a linguagem à idade, maturidade e ao conhecimento de cada pessoa, quer se trate da criança ou do acompanhante, foi talvez a estratégia mais vezes referida. Torna-se um elemento fundamental da prestação de cuidados centrados no doente. Em virtude disso, termos médicos devem ser geralmente excluídos em detrimento de palavras e expressões que possam ser compreendidas facilmente. <sup>31,55</sup> Desta forma, o fosso que se poderia criar entre os três elementos da tríade fica encurtado, havendo uma aproximação de ambas as partes e um esbatimento do diferencial de poder e de conhecimento.

Em situações de maior ansiedade, das quais as idas ao serviço de urgência podem configurar um bom exemplo, é compreensível que a informação que está a ser transmitida pelo profissional de saúde possa não ser integrada na sua totalidade por quem a está a ouvir. Assim, vários médicos entrevistados admitiram fazer registos escritos para que as crianças e seus acompanhantes os possam consultar mais tarde. Estes registos variam desde dosagens e formas de administração de fármacos, duração da terapêutica instaurada e sinais de alarme.

Ainda no sentido de conseguir ultrapassar algumas resistências de crianças mais pequenas em comunicar, foi mencionado que pedir-lhes que façam um desenho pode ser uma forma adequada à idade e eficaz para estabelecer uma comunicação simbólica com elas. De forma inadvertida, podem revelar sentir dor, os seus medos, problemas familiares e até situações de abuso ou de violência que estejam a experienciar. <sup>56-58</sup>

No que diz respeito a estratégias de comunicação não verbal, a realização de contacto visual foi uma das mais citadas pelos entrevistados. Ao olhar a criança e os seus acompanhantes nos olhos, criam-se as condições ideais para que estes se sintam ouvidos e acolhidos pelo profissional de saúde.

Torna-se ainda importante salientar as limitações desta recolha de opiniões. Uma vez que se tratou de uma amostra por conveniência, existiu certamente um viés na seleção dos participantes. Desde logo pelo facto de terem sido entrevistados poucos médicos pediatras e nenhum IFE do sexo masculino, levando a uma discrepância entre a proporção de entrevistados do sexo feminino e masculino, o que pode configurar uma limitação deste trabalho. Também a distribuição geográfica dos médicos entrevistados não é representativa do país. Com relação às entrevistas *per se*, e pelo seu carácter semiestruturado, compuseram-se de perguntas abertas, o que fez com que, por vezes,

existissem respostas muito díspares, dificultando a análise do conteúdo das mesmas. Relativamente aos resultados, é pertinente referir que estes são influenciados pela forma como as perguntas são formuladas, e pela posterior interpretação do investigador, fazendo com que diferentes pessoas pudessem extrair conclusões e interpretações ligeiramente diferentes a partir das mesmas entrevistas que serviram de base a este estudo. Tendo tratado das opiniões e perceções de diferentes pessoas, é inevitável a existência de um elevado grau de subjetividade.

Numa nota mais abrangente, a realização do mesmo estudo a profissionais de saúde de outras especialidades (como é o caso da obstetrícia ou da área da geriatria), teria benefícios igualmente valiosos. Esta abordagem transversal permitiria consolidar perspetivas sobre a comunicação com vários intervenientes, de diferentes faixas etárias, com patologias e desafios igualmente distintos dos observados na especialidade estudada.



## Capítulo 5

### Conclusão e Considerações Finais

Este estudo permitiu perceber melhor e reforçar o papel fundamental que a comunicação desempenha na prática clínica, com particular destaque para a comunicação triádica na especialidade de pediatria e em todos os cuidados prestados a crianças e adolescentes.

Foi possível entender de que forma é que a idade das crianças, as características das famílias, dos pais ou acompanhantes e fatores relacionados com a organização das instituições têm impacto direto na comunicação que se desenvolve com todos os envolvidos numa consulta pediátrica. Conceitos como empatia, escuta ativa e uma postura calma por parte do profissional de saúde, em prol de uma boa relação médico-doente e médico-doente-família foram elementos centrais das entrevistas. Também a falta de tempo e a pressão que se faz sentir durante os turnos nos serviços de urgência foram elementos preponderantes nas mesmas, refletindo a influência negativa que representam na comunicação, e em última instância, na criação de uma ligação positiva com as crianças e com os seus acompanhantes. Ficou ainda claro que o aumento da literacia em saúde por parte da população em geral deveria estar no centro dos esforços de todos, para permitir aumentar os ganhos em saúde, e conseguir realizar uma gestão mais benéfica dos recursos existentes.

Posto isto, é da máxima importância que cada pessoa e, em particular, cada profissional da área da pediatria, conheça os seus pontos fortes no que diz respeito à sua capacidade comunicativa e os tente melhorar. Tem vindo a revelar-se da máxima importância que exista investimento no treino e formação em comunicação clínica e em comunicação em saúde, já com aplicações em inúmeras universidades e faculdades médicas (incluindo em Portugal). Esta deve continuar a ser uma prioridade e uma aposta clara e objetiva dos currículos médicos, de modo a criar uma relação médico-doente efetiva, promover o exercício de cuidados centrados no doente e conseguir maximizar os ganhos em saúde. Para além disso, deve ser feito um esforço adicional por parte das entidades competentes, para fornecerem o tempo e o espaço adequados ao exercício de uma comunicação eficaz.



## Referências bibliográficas

1. Wrench JS, Punyanunt-Carter N. An Introduction to Organizational Communication [Internet]. Available from: <http://lardbucket.org>
2. Berry Dianne. Health communication: theory and practice. Vol. 1. Open University Press; 2007. 151 p.
3. Hovey R, Massfeller H. Exploring the relational aspects of patient and doctor communication. *J Med Person*. 2012 Aug;10(2):81–6.
4. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 Mar;74(3):295–301.
5. Health Promotion [Internet]. World Health Organization. [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>
6. Fong Ha J, Longnecker N, Surg Anat D. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J* [Internet]. 2010;10(1):38–43. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/51156931>
7. Committee on Patient Safety and Quality Improvement, Committee on Health Care for Underserved Women. Effective Patient-Physician Communication Committee on Patient Safety and Quality Improvement Committee on Health Care for Underserved Women. 2014.
8. Miller TA, DiMatteo MR. Communication. In: *Psychology and Geriatrics: Integrated Care for an Aging Population*. Elsevier Inc.; 2015. p. 69–91.
9. Silva PR. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2008;24:505–12.
10. Lee T, Lin EC, Lin HC. Communication skills utilized by physicians in the pediatric outpatient setting. *BMC Health Serv Res*. 2022 Dec 1;22(1).
11. Govindaraju V, Kunachagan K. A Review On Communication Theories And Practices In Health Perspective. *International Journal Documentation & Research Institute*. 2021;7(12):75–80.
12. Chichirez CM, Assistant P. Interpersonal communication in healthcare. *J Med Life*. 2018;11(2):119–22.
13. Martin LR, Dimatteo M, editors. *The Oxford Handbook of Health Communication, Behaviour Change, and Treatment Adherence*. Oxford University Press; 2013.
14. Mills TM. Power Relations in Three-Person Groups. *Am Sociol Rev*. 1953;18(4):351–7.
15. Caplow T. Some Consequences of Power Differences on Decision Making in Permanent and Temporary Three-Man Groups. *American Sociological Review*, XVIII. Alfred A. Knopf; 1956.
16. Conseil de l'Europe. Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on child-friendly health care [Internet]. Council of Europe Publishing; 2018 [cited 2024 Jan 13]. 1–50 p. Available from: <https://rm.coe.int/guidelines-of-the-committee-of-ministers-of-the-council-of-europe-on-c/16808c3a9f>
17. Cahill P, Papegeorgiou A. Triadic communication in the primary care paediatric consultation: a review of the literature. *British Journal of General Practice*. 2007 Nov;57(544):904–11.

18. Bell J, Condren M. Communication Strategies for Empowering and Protecting Children. *The Journal of Pediatric and Pharmacology and Therapeutics* [Internet]. 2016;21(2):176–84. Available from: [www.jppt.org](http://www.jppt.org)
19. Ehrich J, Pettoello-Mantovani M, Lenton S, Damm L, Goldhagen J. Participation of Children and Young People in Their Health Care: Understanding the Potential and Limitations. Vol. 167, *Journal of Pediatrics*. Mosby Inc.; 2015. p. 783–4.
20. Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. Vol. 52, *Social Science and Medicine*. 2001.
21. Damm L, Leiss U, Habeler U, Ehrich J. Improving Care through Better Communication: Continuing the Debate. Vol. 167, *Journal of Pediatrics*. Mosby Inc.; 2015. p. 501-502.e5.
22. Kohlsdorf M, Costa ÁL. Comunicação Triádica em Pediatria: Revisão de Literatura. *Temas em Psicologia*. 2016 Jun 1;24(2):609–29.
23. Davison G, Conn R, Kelly MA, Thompson A, Dornan T. Fifteen-minute consultation: Guide to communicating with children and young people. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2023 Apr 1;108(2):91–5.
24. Henderson S. Research methodology. *International Journal of Sales, Retailing and Marketing*. 2015;4(9).
25. Thorne S. Data analysis in qualitative research. Vol. 3, *Evidence-Based Nursing*. 2000. p. 68–70.
26. Saunders MNK, Lewis P, Thornhill Adrian. *Research methods for business students*. Financial Times/Prentice Hall; 2007. 624 p.
27. Cristo L, Araújo T. Comunicação em saúde da criança - estudo sobre a percepção de pediatras... *Revista Psicologia e Saúde*. 2013;5(1):59–68.
28. Frankel RM. The Many Faces of Empathy: Biological, Psychological, and Interactional Perspectives. *J Patient Exp*. 2017 Jun 1;4(2):55–6.
29. Baston J. Healthcare decisions: a review of children’s involvement. *Paediatr Nurs* [Internet]. 2008;20(3):24–6. Available from: [www.dh.gov.uk/en/](http://www.dh.gov.uk/en/)
30. Eichner JM, Johnson BH, Betts JM, Chitkara MB, Jewell JA, Lye PS, et al. Patient- and family-centered care and the pediatrician’s role. *Pediatrics*. 2012;129(2):394–404.
31. Levetown M. Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*. 2008 May;121(5):1441–60.
32. Qi Y, Yan Y, Lau SS, Tao Y. Evidence-based design for waiting space environment of pediatric clinics—three hospitals in shenzhen as case studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 1;18(22).
33. Babbu AH, Haque M. Effects of the Physical Environment of Paediatric Healthcare Settings on Health Outcomes of Patient & Family and Staff. *International Transaction Journal of Engineering* [Internet]. 2021;12(12):1–12. Available from: <http://TuEngr.com>  
<http://TUENGR.COM/V12/12A12I.pdf><http://TuEngr.com>
34. Pati D, Ap L®, Nanda U, Aia A. Influence of Positive Distractions on Children in Two Clinic Waiting Areas. *Health Environments Research & Design Journal*. 2011;4(3):124–40.
35. Morrison AK, Schapira MM, Gorelick MH, Hoffmann RG, Brousseau DC. Low Caregiver Health Literacy Is Associated With Higher Pediatric Emergency Department Use and Nonurgent Visits. *Acad Pediatr*. 2014 May;14(3):309–14.

36. Morrison AK, Myrvik MP, Brousseau DC, Hoffmann RG, Stanley RM. The Relationship Between Parent Health Literacy and Pediatric Emergency Department Utilization: A Systematic Review. *Acad Pediatr*. 2013;13(5):421–9.
37. Espanha Rita, Mendes R Veloso, Ávila P, CIES/IUL Centro de Investigação e estudos de Sociologia. Literacia em saúde em Portugal : relatório síntese [Internet]. Fundação Calouste Gulbenkian; 2016 [cited 2024 Feb 23]. Available from: <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal-relatorio-sintese/>
38. Rocha E. Hospital e crianças: Quando a literacia em saúde entre na história. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*. 2023;1(1):16–41.
39. Menezes B, Oliveira D, Sasseti L, Prazeres V. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [Internet]. 2013. Available from: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
40. Al-Shimari F, Kahn NF, McCarty CA, Parker EO, Richardson LP, Shafii T. Provider Use of Time Alone With Adolescents: Differences by Health Concern. *Journal of Adolescent Health*. 2022 Oct 1;71(4):508–11.
41. McKee D, Rubin SE, Campos G, O’Sullivan LF. Challenges of providing confidential care to adolescents in urban primary care: Clinician perspectives. *Ann Fam Med*. 2011;9(1):37–43.
42. Sansone RA, Sansone LA. Doctor Shopping: A Phenomenon of Many Themes. *Inovations in Clinical Neuroscience*. 2012 Nov;9(11–12):42–6.
43. Biernikiewicz M, Germain N, Toumi M. Second opinions, multiple physician appointments, and overlapping prescriptions in the paediatric population: A systematic literature review. *J Eval Clin Pract*. 2020 Dec 1;26(6):1761–7.
44. Macpherson AK, Kramer MS, Ducharme FM, Yang H, Bélanger FP. Doctor shopping before and after a visit to a paediatric emergency department. *Paediatr Child Health*. 2001 Jul;6(6):341–6.
45. PORDATA. Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por nacionalidade da mãe [Internet]. FFMS. 2023 [cited 2024 Feb 20]. Available from: <https://www.pordata.pt/portugal/nados+vivos+de+maes+residentes+em+portugal+total+e+por+nacionalidade+da+mae-2512-197690>
46. Instituto Nacional de Estatística. População residente (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Nacionalidade [Internet]. Censos 2021. 2022 [cited 2024 Feb 20]. Available from: <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011627>
47. Cohen AL, Rivara F, Marcuse EK, McPhillips H, Davis R. Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*. 2005 Sep;116(3):575–9.
48. Britton C V., American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Workforce. Ensuring culturally effective pediatric care: Implications for education and health policy. Vol. 114, *Pediatrics*. 2004. p. 1677–85.
49. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of language barriers for healthcare: A systematic review. *Oman Med J*. 2020 Mar 1;35(2):1–7.
50. Clay AM, Parsh B. Patient-and Family-Centered Care: It’s Not Just for Pediatrics Anymore. *American Medical Association Journal of Ethics* [Internet]. 2016;18(1):40–4. Available from: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/>
51. Bastos J, Inácio R, Martins S. Avaliação do Burnout no Internato Médico Português - Relatório do Estudo Nacional 2023 [Internet]. 2023 Nov [cited 2024 Jan 24]. Available from: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/12/Relato%CC%81rio-Estudo-Burnout.pdf>

52. Vala J, Marques A, Sérgio P, Rui M, Lopes C. Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas Relatório Final. 2017.
53. Edú-valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 1;19(3).
54. Carrapiço E, Ramos V. A comunicação na consulta - Uma proposta prática para o seu aperfeiçoamento contínuo. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2012;28(3):212–22.
55. Lee T, Lin EC, Lin HC. Communication skills utilized by physicians in the pediatric outpatient setting. *BMC Health Serv Res*. 2022 Dec 1;22(1).
56. Farokhi M, Hashemi M. The analysis of children's drawings: Social, emotional, physical, and psychological aspects. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;30:2219–24.
57. Fabris MA, Lange-Küttner C, Shiakou M, Longobardi C. Editorial: Children's drawings: evidence-based research and practice. *Front Psychol*. 2023;14.
58. Driessnack M. Children's drawings as facilitators of communication: A meta-analysis. *J Pediatr Nurs*. 2005 Dec;20(6):415–23.