



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO



ADÉLIA KARLA FALCÃO SOARES

**PROCESSO EDUCATIVO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE
COMUNICAÇÃO E LETRAMENTO EM SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Recife
2022

ADÉLIA KARLA FALCÃO SOARES

**PROCESSO EDUCATIVO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE
COMUNICAÇÃO E LETRAMENTO EM SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes cenários do cuidar.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano- Marinus.

**Recife
2022**

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

S676p Soares, Adélia Karla Falcão.
 Processo educativo com a equipe de enfermagem sobre comunicação e
 letramento em saúde na emergência pediátrica / Adélia Karla Falcão Soares.
 – 2022.
 131 f. : il. ; 30 cm.

 Orientadora : Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro
 de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
 Recife, 2022.

 Inclui referências, apêndices e anexos.

 1. Comunicação em Saúde. 2. Letramento em Saúde. 3. Criança
 Hospitalizada. 4. Emergências. 5. Enfermagem Pediátrica. I. Coriolano-
 Marinus, Maria Wanderleya Lavor (Orientadora). II. Título.

610.73 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2022-218)

ADÉLIA KARLA FALCÃO SOARES

**PROCESSO EDUCATIVO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE
COMUNICAÇÃO E LETRAMENTO EM SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Aprovada em: 03 / 05 / 22

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª.Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano- Marinus (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof^ª. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof^ª. Dra. Fernanda Machado Silva Rodrigues
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP)

Prof^ª. Dra. Erika Acioli Gomes Pimenta
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

AGRADECIMENTOS

*“Ora,
a fé e a certeza de coisas que se esperam,
a convicção de fatos que se não veem”.*

Hebreus 11:1

Agradeço em primeiro lugar a Deus por sua infinita graça em minha vida, tornando-se real e sempre presente diante das impossibilidades enfrentadas ao longo dessa jornada.

Aos meus pais biológicos, Sra. Cleonice Vitória Falcão Soares e Sr. Jorge Luiz Soares da Silva que sempre investiram o melhor que podiam na minha formação – me motivaram a não desistir dos meus sonhos. Este título é resultado do esforço de anos de luta e renúncias para oferecer a sua filha um futuro e uma profissão.

A minha Irmã, Aurélia Carolina Soares Costa, pela cumplicidade e apoio em seus concelhos assertivos, que sempre me encorajou a seguir o meu propósito. A ela, toda minha admiração.

A minha orientadora Prof^ª.Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus pelo diálogo, generosidade, incentivo, dedicação, seriedade, e, acima de tudo, pela afetividade que permeou nossa relação durante as orientações. A ela, todo meu respeito.

Agradeço aos espaços parceiros que possibilitaram a realização desta pesquisa na Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra – RH como: Núcleo de Educação Permanente (NEP/HR), Coordenação de Ensino do HR, Coordenação e Equipe de Enfermagem da Emergência Pediátrica do HR que de alguma forma contribuíram com o planejamento e execução deste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UFPE) e colegas que se dispuseram a vivenciar experiências e conhecimentos que enriqueceram meu crescimento pessoal e profissional, principalmente os colegas de curso, que se tornaram amigos, com os quais pude compartilhar meus anseios e que puderam ser apoios nos momentos de dificuldade: Carina Tabosa e Jefferson Wildes.

Aos meus Mestres, minha Gratidão!!

“O diálogo que alimenta a comunicação é a alavanca do verdadeiro
processo educativo do ser humano”
(ZITKOSKI, 2010, p.23)

RESUMO

A assistência destinada à criança em um contexto de emergência, exige da equipe de saúde uma atuação rápida e eficiente, para minimizar as situações de risco de morte. Nesse cenário, o profissional precisa desenvolver o cuidado técnico e emocional, estabelecer vínculos de confiança com a criança/família e aperfeiçoar o processo de comunicação e letramento em saúde com a criança e suas particularidades. Este estudo tem como objetivo analisar as contribuições de um processo educativo com a equipe de enfermagem sobre comunicação e letramento em saúde no contexto de uma emergência pediátrica. Trata-se de uma pesquisa participativa em saúde, com abordagem qualitativa, desenvolvida por meio de um processo educativo realizado em um hospital do município de Recife-PE, nos meses de agosto a novembro de 2021. A pesquisa ocorreu em quatro etapas: 1- Revisão integrativa; 2- Planejamento da ação educativa; 3- Exploração da realidade por meio de pequenos grupos operativos; 4- Avaliação da intervenção durante todo o processo formativo. Participaram 10 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem, selecionados de forma intencional. Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de grupos operativos a partir de sessões grupais desenvolvidas durante os encontros presenciais e no ambiente de trabalho ao longo do processo educativo. A análise dos dados seguiu as etapas propostas por Graham Gibbs (2009): codificação linha por linha, categorização dos temas e análise dos dados analíticos. Nesse processo foi usado o software atlas. ti (versão 8.0), para a codificação e recorte dos núcleos de sentido, os dados empíricos foram articulados com os conceitos da educação permanente, comunicação em saúde e o construto do letramento em saúde. Na codificação dos dados foram gerados 1014 códigos descritivos, destes 997 códigos foram selecionados e agrupados em 12 grupos de códigos que deram origem às 4 categorias temáticas: 1- Resgatando a criança interior dos profissionais de enfermagem; 2- Desenvolvendo a empatia com a crianças/família; 3- Comunicação e letramento em saúde; 4- Novas ações a partir dos conhecimentos construídos. O processo educativo contribuiu para o ensino-aprendizagem dos participantes, aperfeiçoando os conhecimentos já adquiridos e potencializando a comunicação e o letramento em saúde entre a equipe de enfermagem e a criança/família no contexto de uma emergência pediátrica.

Palavras-chaves: comunicação em saúde; letramento em saúde; criança hospitalizada; emergência; enfermagem pediátrica

ABSTRACT

Assistance for children in an emergency context requires the health team to act quickly and efficiently, to minimize situations of risk of death. In this scenario, the professional needs to develop technical and emotional care, establish bonds of trust with the child/family and improve the process of communication and health literacy with the child and their particularities. This study aims to analyze the contributions of an educational process with the nursing team on communication and health literacy in the context of a pediatric emergency. This is a participatory health research, with a qualitative approach, developed through an educational process carried out in a hospital in the city of Recife-PE, from May to November 2021. The research was developed in four stages: 1 - Integrative review; 2- Planning of educational action; 3-Exploration of reality through small operative groups; 4- Evaluation of the intervention throughout the training process. Ten nurses and 28 nursing technicians participated, intentionally selected. For data collection, the technique of operative groups was used from focus group (FG) sessions developed during face-to-face meetings throughout the educational process. Data analysis followed the steps proposed by Graham Gibbs (2009): line-by-line coding, categorization of themes and analysis of analytical data. The atlas software was used in this process. ti (version 8.0), for coding and cutting out the nuclei of meaning, the empirical data were articulated with the concepts of continuing education, communication in health and the construct of health literacy. In the coding of the data, 1014 descriptive codes were generated, of these 997 codes were selected and grouped into 12 groups of codes that gave rise to the 4 thematic categories: 1- Rescuing the inner child of the nursing professionals; 2- Developing empathy with the children/family; 3- Communication and health literacy; 4- New actions based on the knowledge built. The educational action contributed to the teaching-learning of the participants, improving the knowledge already acquired and enhancing communication and SL between the nursing team and the child/family

Keywords: health communication; health literacy; hospitalized child; emergency; pediatric nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Modelo conceitual analítico 5D do Letramento em Saúde para crianças e adolescentes.	21
Figura 2- Etapas do estudo	27
Figura 3- Ciclo de aprendizagem experiencial.	29
Figura 4- Organograma de planejamento dos grupos focais. Recife, PE 2022.	35
Figura 5- Operacionalização dos encontros presenciais e sessões GF. Recife-PE, 2022.	36
Figura 6- Subcategoria 2.4 Ações e vínculos dos profissionais com a criança.	41
Figura 7- Categorização dos temas em quatro categorias. Recife-PE, 2022.	44
Figura 8- Desenhos realizados pelos participantes. Recife-PE, 2022.	45
Figura 9- Autorreflexão dos participantes realizada a partir do Método Criativo Sensível (MCS) - Árvore do conhecimento. Recife-PE, 2022.	67
Quadro 1- Cronograma do processo educativo com os quatro eixos temáticos das sessões dos grupos focais. Recife, PE 2020.	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCS Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade

GF Grupo Focal

HR Hospital da Restauração

LS Letramento em Saúde

MCS Método Criativo Sensível

OMS Organização Mundial de Saúde

PNEPS Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

TDAH Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	12
2	INTRODUÇÃO	14
3	OBJETIVOS.....	18
3.1	OBJETIVO GERAL.....	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4	REFERENCIAL	19
4.1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
5	MÉTODO	25
5.1	TIPO DO ESTUDO.....	25
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO	25
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	26
5.4	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	26
5.5.1	Revisão integrativa sobre a temática	27
5.5.2	Planejamento do processo formativo.....	28
5.5.3	Exploração da realidade – coleta de dados.....	35
5.5.4	Avaliação ao longo do processo formativo	38
5.6	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	38
5.7	CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	39
5.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
6	RESULTADOS	43
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	43
6.2	CATEGORIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS.....	43
6.3	CATEGORIA 1 - RESGATANDO A CRIANÇA INTERIOR DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	44
6.4	CATEGORIA 2- DESENVOLVENDO A EMPATIA COM AS CRIANÇAS/FAMÍLIA DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	50
6.5	CATEGORIA 3 - COMUNICAÇÃO E LETRAMENTO EM SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: BARREIRAS E ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA/FAMÍLIA.	55
6.6	CATEGORIA 4 - COMUNICAÇÃO E LETRAMENTO EM SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: NOVAS AÇÕES A PARTIR DOS	

	CONHECIMENTOS CONSTRUÍDOS DURANTE O PROCESSO FORMATIVO.	66
7	DISCUSSÃO	74
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS.....	90
	APÊNDICE A - CARTA CONVITE À EQUIPE DE ENFERMAGEM	101
	APÊNDICE B - ROTEIRO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA.....	103
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105
	APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO.....	110
	APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA	111
	APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO	114
	APÊNDICE G - ÁRVORES DE CÓDIGOS.....	116
	ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO	128
	ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	130

1 APRESENTAÇÃO

“Mestre não é quem ensina,
mais quem de repente aprende”
Guimarães Rosa

Há cerca de dois anos, a partir de experiências que a docência me proporcionou como professora substituta da UFPE nos anos de 2018-2019 durante as atividades práticas com os alunos da graduação do 8º período no serviço da emergência pediátrica do hospital da Restauração Governador Paulo Guerra (HR), deparei-me com um cenário complexo e altamente estressante que me fez refletir sobre as práticas e as competências que a equipe de enfermagem precisa desenvolver nas ações de cuidado a criança/família.

Neste contexto, tive a oportunidade de vivenciar experiências também como enfermeira no serviço, conhecendo de forma mais aprofundada a dinâmica da equipe multiprofissional, os processos de trabalho e a assistência de enfermagem pediátrica. Durante esse tempo, me familiarizei com várias histórias de enfrentamento e superação das dificuldades de profissionais de enfermagem que atuam na assistência a crianças/família em situação de emergência, desde a superlotação do serviço, demandas de trabalho e impessoalidade nas ações de cuidado com a criança/família no processo de internação.

Eis o momento que refleti sobre a importância em aprofundar meu olhar para as questões referentes a educação em saúde e a educação permanente no que diz respeito as práticas de cuidado com a criança/família. Então, surgiu a oportunidade no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (PPGENF/UFPE), a partir da elaboração do projeto de pesquisa do mestrado.

Os primeiros encontros de orientação com minha orientadora Prof^ª.Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus, me fez enxergar a possibilidade em realizar um processo formativo com os profissionais de enfermagem na emergência pediátrica do HR que contemplasse a competência “Comunicação” na promoção do cuidado à criança/família no contexto da emergência pediátrica.

Um ponto fundamental na construção dessa pesquisa, também foi participar do Grupo de Pesquisa da minha orientadora << Assistir/Cuidar em Enfermagem>> que permitiu ampliar meus conhecimentos sobre a temática e conhecer o construto Letramento em Saúde, referencial utilizado nesta pesquisa. Ressalto que a temática deste estudo adveio em atendimento a exigência do Programa de estar atrelado a linha de pesquisa da orientadora, no caso, << Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes cenários do cuidar>>.

Destaco que desenvolver essa pesquisa não foi fácil, principalmente em tempos de pandemia e medidas sanitárias de prevenção à Covid-19. Mesmo diante dessas restrições, sempre existiu diálogo e colaboração do Núcleo de Educação Permanente (NEP/HR) e Coordenação de Enfermagem da Emergência Pediátrica do HR em realizar essa proposta com os profissionais do serviço, tornando viável sua execução.

Esta pesquisa almeja, construir um espaço de diálogo e problematização do cotidiano entre os profissionais de enfermagem da emergência pediátrica ao refletirem as suas atuações no processo permanente de qualificação, promovendo um cuidado humanizado e acolhedor para a crianças/família, por meio da Comunicação e Letramento em Saúde em ambientes de cuidado.

2 INTRODUÇÃO

A hospitalização infantil representa uma situação diferente de todas as vivenciadas pela criança. A inserção da criança em outra realidade, em um ambiente impessoal, repleto de restrições e rotinas, com significados diferentes do seu contexto diário e longe de seus familiares e amigos, representa uma ameaça momentânea ou duradoura, que pode ocasionar em impactos no seu crescimento e desenvolvimento. O contato com adultos estranhos que realizam procedimentos que causam desconforto constitui uma ameaça (BARROSO, 2020).

O contato ou internação da criança em um serviço de emergência pediátrica pode ser considerada um evento estressante tanto para a criança quanto para sua família. Devido à natureza de trauma, doenças e fatalidades com que a equipe da sala de emergência tem que lidar, é um cenário muitas vezes caótico, em que uma boa comunicação pode ser difícil de ser estabelecida (GRAHN *et al.*, 2016). Alguns estudos apontam, que mesmo quando os enfermeiros se comunicam bem, as crianças raramente são envolvidas em discussões relacionadas aos seus próprios cuidados (GRAHN *et al.*, 2016; PHONPRUK *et al.*, 2018; JACKSON *et al.*, 2018 EMILIANA *et al.*, 2019;).

De acordo com a Carta das Nações Unidas “Direitos da Criança”, toda criança tem o direito de receber cuidados de saúde adequados e necessários, informação, educação e estar envolvida em seus próprios cuidados (UNICEF, 2009). Quando a criança não é inserida de forma participativa no seu próprio cuidado irá refletir em suas ações de enfrentamento durante a internação, quanto a perda de controle, insegurança, desconforto e dor (PHONPRUK *et al.*, 2018; GRAHN *et al.*, 2016).

Na emergência pediátrica que o enfermeiro fornece a primeira linha de contato de saúde no momento da triagem da criança, sendo oferecidas várias oportunidades de se envolver e apoiar as crianças e os pais, fornecendo informações compostas de educação e conselhos. Portanto, ao estabelecer uma relação de ajuda e confiança, cria-se um vínculo entre os profissionais, crianças e acompanhantes que irá facilitar o processo do cuidado. Deste modo, a comunicação é um meio de tornar o atendimento de emergência menos traumático (NEVES *et al.*, 2016).

Para desenvolver uma boa comunicação é necessário empatia entre os atores envolvidos profissional-criança-família. A empatia é multidimensional, sendo a capacidade de entender como os outros sentem e o que eles significam, e para transmitir essas emoções a outros, envolve as particularidades de desenvolvimento da criança, como o emocional, o cognitivo, a dimensão comunicativa, comportamental, moral e relacional para compreender e lidar com as

expressões verbais e não verbais dos pacientes. Assim, as habilidades empáticas são essenciais para a provisão de cuidados de enfermagem eficazes (KAHRIMN *et al.*, 2016).

Segundo Dowell *et al.*, (2020), as barreiras e habilidades limitadas de comunicação dos profissionais podem interferir na capacidade de interpretar a comunicação verbal e não verbal da criança, assim como identificar as informações compartilhadas sobre o seu estado de saúde. Também, existem vários fatores que podem limitar a compreensão dos pais a respeito das informações de alta hospitalar da criança: nível de educação; letramento em saúde, habilidades de linguagem; ansiedade dos pais; preocupação dos pais quanto ao sofrimento de seu filho; comunicação inadequada entre o pessoal do serviço de emergência pediátrica e os pais durante a internação (PHONPRUK *et al.*, 2018).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de Letramento em Saúde (LS) consiste na “capacidade de obter, processar e compreender as informações em saúde, no intuito de tomar decisões apropriadas para a gestão do autocuidado”, e surgiu como construto que pode intermediar as atividades educativas nos serviços de saúde (MALVEIRA, 2019; WHO, 1998). Portanto, estudos demonstraram que o LS pode ser um preditor mais forte dos resultados gerais de saúde do que a raça, idade, educação e nível socioeconômico (BAKER *et al.*, 1997; NAOMI; NAHN, 2020).

Associadas às questões de desigualdade no acesso ao sistema de saúde, o letramento em saúde afeta a equidade e os resultados em saúde por meio de quatro principais vias causais: acesso e utilização do cuidado em saúde; interação com os serviços de saúde; cuidado de si e da saúde dos outros e a participação de debates e tomadas de decisão (BATTERHAM *et al.*, 2016).

O conceito de LS para crianças e adolescentes, envolve particularidades específicas que abrangem aspectos do desenvolvimento infantil (cognitivos e emocionais) atrelados aos determinantes sociais da saúde. Por esse motivo, os autores desenvolveram um modelo conceitual analítico 5D (cinco dimensões) com o objetivo de ampliar o protagonismo da criança frente às habilidades de LS para acessar; compreender; avaliar e aplicar as informações de saúde (OKAN *et al.*, 2016; SORENSEN *et al.*, 2012).

Segundo a revisão sistemática desenvolvida por Bröder e colaboradores (2017), existem na literatura poucos estudos que abordam o LS para o público infantil. Por isso, Bröder e Carvalho (2019) alertam para a necessidade de futuras pesquisas, políticas e práticas de LS voltadas às habilidades de LS das crianças, como sua participação, percepção e informação nas questões que dizem respeito à sua saúde (BRÖDER *et al.*, 2017; OKAN *et al.*, 2019).

Verifica-se que alguns estudos sobre às habilidades de comunicação com a criança, têm sido desenvolvidos. Um estudo realizado na Suécia (2020), com uso de um abordagem interativa, desenvolveu um software (Sisom) com o objetivo de estimular a criança a participar do seu próprio cuidado em ambientes ambulatoriais e de internação. Essa estratégia de comunicação facilita o diálogo com os profissionais de saúde (CARLSSON *et al.*, 2020). Outro estudo realizado no Reino Unido (2020), corrobora com o já citado a respeito do uso de tecnologias interativa 3D (jogos lúdicos) como abordagens de distração e participação da criança durante os procedimentos realizados no contexto hospitalar (DRAPE; GREENSHIELDS, 2020).

No cenário nacional, um estudo de (2020), realizado em um contexto hospitalar, afirma também, a importância do uso da comunicação entre a criança e o profissional durante procedimentos invasivos. Nesse estudo, a estratégia usada foi o brinquedo terapêutico como um instrumento facilitador para a interação e colaboração na realização da punção venosa (CLARA *et al.*, 2020). Também, outro estudo quase experimental realizado na Indonésia (2017), com crianças 3-6 anos em um unidade de emergência pediátrica, avaliou o uso da abordagem de distração (roupas com desenhos e bolhas de sabão) para facilitar a participação da criança, diminuição da dor e ansiedade durante os procedimentos invasivos. Então, desenvolver estratégias de comunicação participativa a partir das características específicas da criança e dos determinantes sociais de saúde, poderá contribuir na promoção do LS e na qualidade de vida do indivíduo (LESTARI *et al.*, 2017).

Abordar o LS desde a mais tenra idade é considerado um investimento promissor na saúde e bem-estar das crianças agora e ao longo de sua adolescência e vida adulta (OKAN *et al.*, 2019). Estudos realizados em Portugal e países europeus, ao avaliar o nível de LS, concluíram que o baixo LS acarreta custos individuais e sociais, e está associado a baixos níveis educacionais e de acesso a informações, interferindo na autonomia e qualidade de vida das pessoas. Então, entre esses fatores relacionados, estão o aumento do número de internamentos; maior procura e utilização dos serviços de urgência; maior preocupação e ação para a prevenção de doenças e promoção da saúde (PORTUGAL *et al.*, 2019). Com isso, promover o LS de forma integral, torna-se um grande desafio que envolve vários atores: a população; ações dos serviços de saúde; decisores políticos e outros setores da sociedade. (PORTUGAL *et al.*, 2019).

Com relação a participação dos serviços de saúde, a educação permanente em saúde tem se mostrado um espaço de diálogo e de problematização sobre o cotidiano entre os profissionais de saúde, ao serem incitados a repensarem suas atuações em um processo permanente de qualificação. Esse processo deve promover mudanças nas rotinas com vistas a

melhoria da qualidade e da eficácia da atenção à saúde a uma determinada população (PORTELA *et al.*, 2016).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) do Ministério da Saúde, criada pela Portaria GM nº 198/2004 1, é uma estratégia que almeja transformar as práticas e a organização do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Diante desse contexto, a Educação na Saúde, voltada a essa estratégia educativa, realizada no espaço de trabalho/produção/educação em saúde, apresenta-se como de grande contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços e das condições de trabalho ao incorporar os princípios da problematização, contextualização da realidade, pedagogias inovadoras e o pensamento reflexivo (PEREIRA *et al.*, 2018).

Dados sobre a importância de ações de intervenção com enfermeiros em outros países, mostra que há necessidade de estratégias de qualificação dos profissionais e essas contribuições podem prover um melhor letramento em saúde, tanto do público infantil como de seus cuidadores. A exemplo, no contexto de uma emergência pediátrica, na Suécia (2016), o estudo com enfermeiras que interagiam com crianças de 3-6 anos, confirma a necessidade de treinamentos com a equipe de enfermagem a respeito da postura empática e das barreiras de comunicação com a criança (GRAHN *et al.*, 2016).

Diante da problematização exposta, a qual enfatiza a relevância da comunicação entre enfermeiros e crianças para o alcance de práticas humanizadas e um maior letramento em saúde das crianças e de seus cuidadores, a partir das especificidades da realidade brasileira, na qual o cuidado de enfermagem é prestado por enfermeiros e técnicos de enfermagem, este estudo foi conduzido a partir da seguinte questão de pesquisa: Quais as contribuições de um processo educativo com a equipe de enfermagem sobre comunicação e letramento em saúde com a criança no contexto de uma emergência pediátrica?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as contribuições de um processo educativo com a equipe de enfermagem sobre comunicação e letramento em saúde no contexto de uma emergência pediátrica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar revisão integrativa para nortear as etapas de planejamento e execução do processo educativo sobre abordagens comunicativas entre profissionais de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada.
- Identificar as principais estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais de enfermagem na assistência à criança e à família durante o processo formativo.
- Conhecer as habilidades de letramento em saúde da equipe de enfermagem ao longo do processo educativo;
- Identificar percepções sobre mudanças na comunicação e letramento em saúde entre equipe de enfermagem e criança/família ao longo do processo formativo.

4 REFERENCIAL

4.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo Letramento em Saúde foi utilizado, pela primeira vez, no contexto da educação em saúde, na década de 1970, ao estabelecer competências mínimas de letramento em saúde no contexto da educação escolar, a partir da Conferência Interdisciplinar Will Rogers sobre Educação em Saúde em Saranac Lake, uma pequena vila no estado de Nova York nos EUA, com o objetivo de determinar como a educação em saúde poderia avançar na prevenção de doenças. Nesse momento, reuniam-se especialistas da educação, saúde, comunicação e indústria do entretenimento que abordaram várias questões de pesquisa, prática e políticas relacionadas as novas direções para a educação em saúde e comunicação na saúde pública (SIMONDS, 1974; OKAN *et al.*, 2019).

Sabe-se que o desenvolvimento do LS está intimamente relacionado ao movimento de promoção da saúde que começou com a Carta de Ottawa da OMS em 1986 e foi impulsionado principalmente na Europa. De fato, a base do LS foi formada muito antes, quando o chamado relatório Lalonde no Canadá em 1974, introduziu o termo “promoção da saúde” para públicos mais amplos e políticas de saúde. Essas ideias inovadoras abordavam especificamente o ambiente, estilo de vida e decisões de saúde, responsabilidade individual e comportamento de saúde, determinantes sociais da saúde e populações em risco, em um esforço para reduzir as desigualdades em saúde (LALONDE, 1974; WHO, 1986; OKAN *et al.*, 2019).

Na Conferência de Jacarta da OMS, o LS foi introduzido para expandir e resumir a estratégia de habilidades pessoais apresentada na Carta de Ottawa. Foi então entendido como um indicador de habilidades pessoais, a saber, conhecimento em saúde, autoconfiança, autoeficácia, autocapacitação, atitudes, comportamento, orientação para o futuro, participação, enfrentamento, cuidado e navegação no setor de saúde (KICKBUSCH, 2001). Durante as conferências de promoção da saúde da OMS, a Declaração de Xangai sobre promoção da saúde priorizou o desenvolvimento do LS como uma importante meta de promoção da saúde e desenvolvimento sustentável, definiu o desenvolvimento do LS como um dos três pilares centrais da sua agenda e identificou-o como a chave para o empoderamento e o aumento da equidade (OMS, 2017; OKAN *et al.*, 2019).

Segundo Nutbeam (2000) o LS é uma habilidade essencial para o século XXI, sendo um modelo constituído em três níveis que compreende o letramento funcional em saúde, letramento interativo em saúde e letramento crítico em saúde. Esta abordagem é informada pela interação, participação e avaliação crítica, e está ligada à educação crítica de Paulo Freire, que

buscou capacitar os cidadãos em geral, principalmente os mais carentes. Nesse contexto, o LS foi rotulado como uma importante habilidade para a saúde e bem-estar, permitindo a participação da sociedade de forma ativa e dinâmica, entendido como um importante potencializador na promoção da saúde baseada nos determinantes sociais de saúde (KICKBUSCH, 1997; KICKBUSCH et al., 2005; KICKBUSCH, 2006; OKAN *et al.*, 2019).

Desde então, a evolução deste construto tem vindo a conquistar, progressivamente, importância e impacto significativos nas abordagens em saúde (LOPES; ALMEIDA, 2019). Segundo Parker *et al* (1995) esse construto descreve um conjunto de quatro habilidades básicas de literacia oral “falar e “ouvir”, literacia impressa “ler” e “escrever” e numeracia, esses fatores são especialmente importantes no âmbito da saúde, em que a participação dos pacientes no plano terapêutico é um ponto crítico para o sucesso dos tratamentos (MARAGNO *et al.*, 2019).

Com o passar do tempo, o conceito Letramento em Saúde (LS) se tornou multifatorial, saindo do campo das competências individuais para um contexto da saúde pública. Diante disso, uma revisão sistemática da literatura construída por Sorensen *et al* (2012) reuniu as definições de LS, desenvolvendo um modelo conceitual integrado que abrange as diversas dimensões desse construto, que impactam o nível de letramento e os resultados em saúde. Essas dimensões foram descritas em quatro competências: 1- Acesso (capacidade de procurar e obter informações em saúde); 2- Entendimento (capacidade de compreensão das informações obtidas); 3- Avaliação (habilidade de interpretar, filtrar e avaliar uma informação em saúde); 4- Aplicação (competência de comunicar e utilizar a informação para tomar decisões que mantenham ou melhorem a saúde). Então, percebe-se que essas dimensões interferem diretamente nos três domínios do cuidado em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças (SORENSEN *et al.*, 2012; MALVEIRA, 2019; PASSIMI *et al.*, 2019).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de LS consiste na “capacidade de obter, processar e compreender as informações em saúde, no intuito de tomar decisões apropriadas para a gestão do autocuidado”, e surgiu como instrumento que pudesse intermediar as atividades educativas nos serviços de saúde (LOPES *et al.*, 2019; WHO, 1998). A organização The World Health define a alfabetização em saúde como habilidade "cognitiva e social" que determina a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e usar informações de maneiras que promovam uma boa saúde (WHO, 1998; MALVEIRA, 2019).

O conceito de LS para crianças e adolescentes são diversos e sobrepostos, envolve particularidades específicas como os aspectos do desenvolvimento infantil (cognitivos e emocionais) e os determinantes sociais da saúde. Para melhor compreender os atributos

individuais da criança, uma revisão sistemática desenvolvida por Janine Bröder *et al* (2017), relaciona as habilidades do LS (acesso, avaliação, compreensão e aplicação) em três aspectos do desenvolvimento: 1- atributo cognitivo (compreensão/avaliação); 2- atributos comportamentais ou operacionais (acesso/aplicação); 3- atributos afetivos e conativos (interesse e motivações) (BRÖDER *et al* 2017).

No que se refere aos determinantes sociais da saúde, Okan e autores em 2016, desenvolveram um modelo conceitual analítico 5D (cinco dimensões) com o objetivo de ampliar o protagonismo da criança frente às habilidades de LS proposto por Sorensen *et al* (2012), necessárias para a promoção da saúde da criança. Essas cinco dimensões são: 1- epidemiologia diferencial e padrões de saúde (fatores de risco, vulnerabilidades e características epidemiológicas); 2- padrões demográficos e desigualdades (aspectos sócio-estruturais e situações sociais); 3- processos de desenvolvimento (aspectos físicos, psicológicos, cognitivos, social e emocional); 4- dependência nas relações intergeracionais e estruturas de poder (dependências dos pais e cuidadores adultos); 5- a democracia pela participação e cidadania (participação ativa no processo saúde na tomada de decisão), conforme Figura 1 (OKAN *et al.*, 2016).

Figura 1- Modelo conceitual analítico 5D do Letramento em Saúde para crianças e adolescentes.



Fonte: adaptado de Okan *et al.*, 2016.

Nesse contexto, Bröder e colaboradores em 2019, a partir de estudos anteriores sobre LS para crianças e adolescentes, elaboraram um conceito de LS que envolve os diversos atributos individuais, sociais e situacionais desse público-alvo (2019, p.12):

A alfabetização em saúde de crianças e jovens começa desde o início da vida e pode ser definida como uma construção social e relacional. Abrange as informações multimodais relacionadas à saúde para acessar, compreender, avaliar, comunicar e aplicar as informações para tomar decisões em diferentes situações e ambientes de saúde (cuidados) e contextos da vida cotidiana, levando em consideração aspectos sociais, cognitivos e de dependência jurídica. Como tal, a alfabetização em saúde é observável na interação e nas práticas de crianças e jovens com informações, conhecimentos e mensagens relacionadas à saúde em um determinado ambiente (os chamados “eventos ou interações de alfabetização em saúde”), enquanto encontram e são promovidos ou impedidos por estruturas sociais (em contextos micro, meso e macro), relações de poder e demandas da sociedade.

Essa definição reconhece o LS como uma combinação de processos complexos relacionados à forma como crianças e jovens buscam e interagem com informações relacionadas à saúde em diferentes contextos da vida. Também, abrange uma perspectiva de saúde pública e promoção da saúde a partir do LS, afirmando explicitamente a relevância do conceito em diferentes situações da vida cotidiana e ambientes de saúde (cuidados) (BRÖDER *et al.*, 2019).

Com isso, integrar as características dos respectivos grupos-alvo, reconhecendo não só as crianças e os jovens como seres sociais por direito próprio, mas também a necessidade de alcançar um equilíbrio entre as suas necessidades de participação e as suas necessidades de proteção. Além disso, os fatores socioecológicos, especialmente aqueles subjacentes às práticas sociais e ambientais, como as condições específicas do meio social de origem são considerados fatores que exercem forte influência sobre o LS na infância e juventude. Portanto, o LS pode ser considerado uma variável que influencia a saúde ao longo da vida. Assim, Bröder *et al.*, 2019, propõe que o LS centrado na criança e adolescente, integra três dimensões que estão inter-relacionadas, mas precisam ser operacionalizadas de forma independente:

1) Ativos do letramento em saúde individual: são as características/atributos cognitivos e hábitos pessoais, que incluem o conhecimento e a participação ativa da criança, envolve as habilidades e a capacidade de mudar sistemas de crenças, normas culturais e motivações.

2) Bens de literacia social em saúde: são os recursos sociais e culturais em que se pode acessar as informações de saúde através das estruturas de apoio social presentes no ambiente social próximo (contexto familiar/pares/comunidade). Isso também aponta para a importância do LS em estar disponível para indivíduos e grupos em seu meio social.

3) Atributos situacionais em que o letramento em saúde é relevante: são as características e demandas de um determinado ambiente, em que as interações, informações ou o ambiente de cuidados de saúde podem promover ou dificultar a participação da criança e suas habilidades de LS individual e social.

A comunicação com a criança é uma competência indispensável para o LS e envolve linguagem e conhecimentos específicos, sendo uma ferramenta necessária com a qual a equipe de saúde esclarece informações com as crianças e seus familiares, gerando maior interação com suas crenças, valores e estilo de vida. Com isso, torna-se fundamental que os profissionais enfermeiros desenvolvam habilidades de empatia para entender as características peculiares da criança, como as expressões da linguagem verbal e não verbal (NUTBEAM, 2000; BRÖDER *et al* 2017; FALKE; MILBRATH; FREITAG, 2018).

Uma das dificuldades na prestação de cuidados hospitalares tem sido dar voz e incentivar a participação ativa da criança nos cuidados realizados por profissionais de saúde. O cuidado centrado apenas no âmbito técnico, sem valorização da expressão de anseios e medos da criança, pode refletir em práticas impessoais e dificuldades para efetivação de um cuidado humanizado (QUAYE; COYNE; SODERBACK, 2019).

Nesse contexto, para que ocorra uma comunicação efetiva é necessária a utilização de estratégias capazes de facilitar a percepção da criança sobre a realidade do tratamento e sua finalidade, apoiando-a para que possa se sentir segura de acordo com o seu nível de entendimento. Assim, estabelecer uma comunicação que transmita respeito e segurança durante a sua hospitalização é fundamental (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013)

Entretanto, algumas dificuldades têm sido apontadas como entraves para o estabelecimento de uma comunicação horizontal e multidimensional, uma delas é a impessoalidade na prestação dos cuidados e o mecanismo das ações de saúde pelos profissionais (CORIOLANO-MARINUS; ANDRADE; LIMA, 2013). Outra questão importante é o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil em seus aspectos cognitivos e emocionais, sendo imprescindível a apropriação desses saberes para o estabelecimento de uma relação empática, sensível e ativa na relação do profissional de saúde com a criança.

Outro aspecto importante relacionado à comunicação com a criança, diz respeito à valorização ativa e empoderamento de informações não apenas pelos cuidadores, mas a

habilidade dos enfermeiros em fomentarem o papel ativo das crianças nos cuidados que as envolvem. Para fortalecer a educação em saúde por meio da comunicação e LS voltada à criança/família no contexto de hospitalização, a educação permanente em saúde constitui uma estratégia singular para profissionais de saúde refletirem a respeito das boas práticas de forma comprometida com a população, viabilizando mudanças nas práticas de saúde, por meio da melhoria da qualidade dos serviços.

A educação permanente em saúde, como diretriz pedagógica, tornou-se política pública na área da saúde por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde. Essa estratégia pedagógica tem em vista a interdisciplinaridade, a integralidade das ações de saúde, o compromisso com o processo de trabalho e a comunidade, bem como a melhoria das relações interpessoais no ambiente laboral (OLIVEIRA et al., 2020; MARTINS et al., 2018; FRANÇA et al., 2017).

Percebe-se que mesmo com a institucionalização da PNEPS, no cotidiano de trabalho, existe alguns impedimentos dos profissionais de Enfermagem, principalmente, dos serviços de Urgência e Emergência, em participar de capacitações no serviço, devido a vários fatores, como a alta demanda de trabalho, escassez de pessoal, a natureza e o próprio processo de trabalho. Também, os serviços de saúde oferecem momentos de educação permanente por meio de estratégias de ensino tradicionais, baseadas na mera transmissão de conhecimentos em que, na maioria das vezes, as equipes não participam ativamente do seu processo de ensino-aprendizagem (OLIVEIRA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2021).

Segundo Oliveira *et al* (2021), torna-se necessário romper com a ideia de que a educação para enfermeiros é somente aplicar ou relembrar técnicas cotidianas em procedimentos operacionais padrão. Neste cenário assistencial, o enfermeiro precisa estar mais engajado nos processos de ensino-aprendizagem na educação permanente, a fim de promover o seu desenvolvimento e da sua equipe, para acompanhar as mudanças e intervir no processo de trabalho, encontrando soluções efetivas para os problemas do cotidiano (OLIVEIRA et al., 2020).

5 MÉTODO

5.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa participativa em saúde, com abordagem qualitativa realizada por meio de um processo educativo. A pesquisa participante possibilita incluir os sujeitos pesquisados, suas vivências, experiências e reflexões (RAMOS *et al.*, 2018). É uma metodologia de produção de conhecimento baseada na inter-relação entre os atores e saberes envolvidos em uma prática social, dialógica na perspectiva de Paulo Freire, em que os encontro entre os homens, a relação existente entre eles, considera os saberes específicos e constitutivos de todos os atores envolvidos da ação (FREIRE 2003; FURLAN; CAMPOS 2014). Nesta perspectiva o conhecimento construído a partir das múltiplas perspectivas do coletivo interpreta uma realidade.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida através de encontros presenciais na sala de aula do 5º andar do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra, referência no atendimento à criança em situação de emergência de 0 a 13 anos 11 meses e 29 dias, com agravos de média e alta complexidade, referenciados e regulados pela rede de saúde pública no âmbito do Estado de Pernambuco. As áreas de atuação envolvem Traumas multissistêmico, quadros Neurológicos A/E, Pediatria, Neurocirurgia, Traumatologia, Ortopedia, Toxicológico, Cirurgia Pediátrica, Vascular, Oftalmo, Endoscopia, Bucomaxilofacial. A gerência do serviço, possui a Coordenação de Enfermagem e a Coordenação Médica, e o número de atendimentos em média é de 47 crianças nas 24h.

A emergência pediátrica possui 38 leitos que são distribuídos conforme o acolhimento e classificação de risco com base no protocolo de Manchester e do Ministério da Saúde (BRASIL,2004). As salas são divididas em verde interna 10 leitos, verde externa 7 leitos, amarela 10 leitos, laranja 6 leitos, vermelha 5 leitos e estabilização 2 leitos.

O corpo de enfermagem é composto por seis equipes, perfazendo um total de 90 técnicos de enfermagem e 24 enfermeiras assistenciais, distribuídas em 3 equipes para os plantões diurnos e 3 equipes para os plantões noturnos, conforme a carga horária de trabalho de cada profissional. Para cada plantão, existem 4 enfermeiras, divididas nos setores de classificação de risco e salas verdes interna e externa: 2 enfermeiros; as salas amarela, laranja,

vermelha e estabilização: 2 enfermeiros. Com relação aos técnicos de enfermagem, existem 15 técnicos distribuídos nos seguintes setores: balcão e classificação de risco 1 técnico de enfermagem; sala verde interna 2 técnicos de enfermagem; sala verde externa: 2 técnicos de enfermagem; sala amarela: 2 técnico de enfermagem; sala laranja: 2 técnicos de enfermagem; sala vermelha e estabilização: 4 técnicos de enfermagem. Também, existe uma técnica de enfermagem responsável pela distribuição dos materiais no setor, e uma técnica responsável em acompanhar os pacientes para realizar exames.

Toda a equipe de enfermagem possui experiência e prática na assistência à criança em situação de emergência, e o setor de educação permanente oferece treinamentos em serviço para aperfeiçoar as ações em saúde. A equipe como um todo, realiza rodízios em todos os setores, vivenciando as particularidades e necessidades da criança em emergência pediátrica.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes foram as três equipes de enfermagem do plantão diurno, 10 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem atuantes na assistência à criança em situação de emergência. Os critérios de inclusão foram profissionais que desenvolviam ações de cuidado direto às crianças de 6 a 12 anos, com experiência de 1 ano de atuação e ter disponibilidade em participar da ação educativa e de todas as atividades propostas. Os critérios de exclusão foram os profissionais que estavam de licença durante o período de realização do processo educativo.

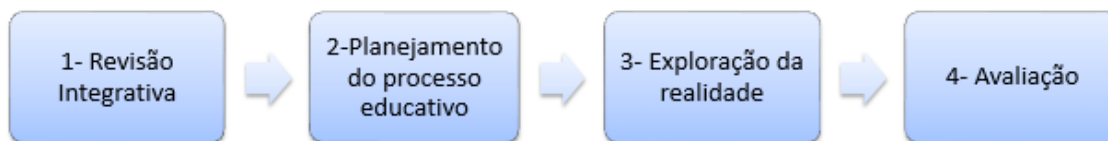
5.4 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

O tamanho da amostra foi definido de forma intencional. Todos os participantes elegíveis foram convidados a participar de um processo educativo com a temática da pesquisa: “Letramento em saúde e comunicação no contexto de cuidado à criança” por meio de visitas presenciais da pesquisadora no serviço e convite via aplicativo *WhatsApp*®. Aceitaram o convite para participar do processo educativo um total de 44 inscritos, sendo 10 enfermeiros e 34 técnicos de enfermagem, porém 06 técnicos de enfermagem que realizaram a inscrição, não participaram de nenhum encontro do processo educativo por motivos pessoais e indisponibilidade em envolver-se nas atividades propostas.

5.5 ETAPAS DO ESTUDO

O estudo foi realizado em quatro etapas, conforme a Figura 2.

Figura 2- Etapas do estudo.



Fonte: Autor.

5.5.1 Revisão integrativa sobre a temática

O planejamento foi antecedido pelo levantamento da literatura por intermédio de uma revisão integrativa com a temática “Abordagens comunicativas entre profissionais de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada”. O estudo teve como objetivo analisar na literatura científica as concepções, práticas e benefícios da comunicação entre profissionais enfermeiros com crianças hospitalizadas. Foi estruturada em seis etapas distintas: 1) elaboração da questão de pesquisa; 2) definição das bases de dados e critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (WHITTEMORE; KNAFL 2005; SÁ *et al.*, 2019).

A questão de pesquisa foi elaborada de acordo com a estratégia População Interesse Contexto (PICO) (LOCKWOOD *et al.*, 2017). Considerou-se, assim, a seguinte estrutura: P – enfermeiros e crianças; I – tipos de abordagens comunicativas; Co – emergência pediátrica; hospital. Dessa forma, elaborou-se a seguinte questão: Quais as concepções, práticas e benefícios das abordagens comunicativas de enfermeiros com crianças no contexto da hospitalização?

A revisão integrativa, foi realizada entre os meses de outubro a novembro de 2020, com as publicações dos últimos 10 anos, nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio da consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), acessada por meio do portal PubMed; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) via Coleção Principal (Thomson Reuters); Scopus (Elsevier); Web of Science.

Para a busca nas bases de dados foram usados os termos: “enfermagem”, “profissionais de enfermagem pediátrica”, “criança”, “criança hospitalizada”, “letramento em saúde”,

“tecnologia educacional”, “comunicação”, “comunicação em saúde”, “empatia”, “jogos e brincadeiras”, “enfermagem em emergência”, “medicina de emergência pediátrica” presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus equivalentes no idioma inglês no *Medical Subject Headings* (MeSH) e Títulos CINAHL, assim como descritores não controlados, estabelecidos de acordo com sinônimos dos controlados, e por meio de leituras prévias sobre o tópico de interesse. Foram aplicadas equações de busca a partir dos operadores booleanos OR e AND, sendo incluídos artigos originais, publicados entre 2010 e 2020, nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram identificadas 1.439 publicações, das quais foram selecionados 18 artigos. Para seleção das publicações, seguiram-se as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (MOHER *et al.*, 2009).

No que tange ao desenho dos estudos, dois (11%) eram experimentais, três (17%) estudos metodológicos, (11%) dois quase experimentais, um (5,5%) não experimental, seis (33,3%) com abordagem qualitativa e quatro (22,2%) consenso e opinião de especialistas. Quanto ao nível de evidência, três (17%) publicações foram classificadas com nível II, dois (11%) como nível III, nove (50%) como nível IV e quatro (22%) como nível VI. Dos 18 estudos primários incluídos, apenas quatro (22,2%) fundamentaram a construção/desenvolvimento em abordagens comunicativas com base em referenciais teóricos: teoria construtivista fundamentada, teoria de autorregulação, teoria ecológica de Bronfenbrenner e o construto do Letramento em saúde.

Os tipos de abordagens comunicativas predominantes foram por meio de softwares, vídeos animados, aplicativos presentes em quatro estudos e materiais lúdicos (desenho, brinquedo, brincadeiras), em três estudos. O tema mais abordado pelas abordagens foi o protagonismo da criança na comunicação com os profissionais enfermeiros.

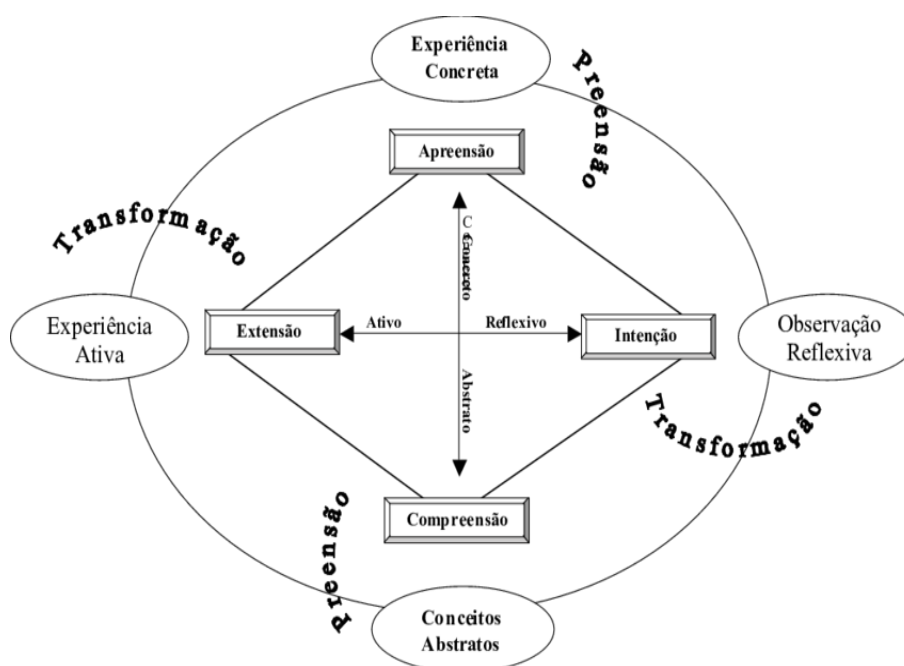
As evidências deste estudo possibilitam uma compreensão sobre a participação dos profissionais enfermeiros no processo de comunicação com a criança, a partir de estratégias/habilidades que correspondem com as particularidades socioemocionais, físicas e cognitivas da criança. Esse momento foi fundamental para nortear as etapas seguintes do processo educativo, bem como os principais temas a serem debatidos/refletidos durante os grupos focais no segundo e terceiro eixo temático da intervenção.

5.5.2 Planejamento do processo formativo

O processo educativo foi planejado a partir de metodologias ativas, tendo como principal metodologia, o referencial teórico da aprendizagem experiencial desenvolvido por

David Kolb (1984). Segundo o autor, a profissionalidade é um percurso permanente de aprendizagem que envolve a relação entre aprender, conhecer e desenvolver a partir de um ciclo de aprendizagem experiencial integrada em quatro modelos adaptativos: experiência concreta; observação reflexiva; conceituação abstrata e experiência ativa. Essas dimensões resultam no desenvolvimento de duas posições dialéticas do aprendiz: apreensão e transformação que são fundamentais para o processo holístico da aprendizagem, que a partir das experiências prévias e sua integração com a realidade, proporciona um ensino aprendizagem crítico e reflexivo para solucionar problemas (PIMENTEL 2007; KOLB 2009), conforme a Figura 3.

Figura 3- Ciclo de aprendizagem experiencial.



Fonte: Pimentel, 2007.

A organização da ação educativa ocorreu a partir de quatro eixos temáticos. No primeiro eixo foi trabalhado com dinâmicas do Método Criativo Sensível (MCS) para trazer as reflexões iniciais sobre "quem sou eu" e "como me coloco no lugar do outro", a partir de uma Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS). A aproximação entre pesquisadores e participantes foi considerada a partir da proposição por meio de desenhos que marcaram a infância dos participantes nas idades de 6 a 12 anos. Com esse método foi possível verificar as impressões

dos profissionais sobre suas vivências e sobre a comunicação e a empatia na abordagem com a criança/família.

No segundo eixo, foram explorados os tipos de abordagens de comunicação com a criança em um ambiente hospitalar. No terceiro eixo foram abordados os conceitos Comunicação e Letramento em Saúde, a partir da prática profissional, construção de novos saberes e sua importância na promoção da saúde da criança/família.

No quarto eixo, os participantes expressaram suas impressões sobre o processo educativo, a partir do uso de uma DCS “Árvore do conhecimento” para descrever suas percepções sobre o uso da comunicação e implementação das abordagens comunicativas para a promoção do Letramento em Saúde no contexto de uma emergência pediátrica, conforme o cronograma do Quadro 1.

Quadro 1 - Cronograma do processo educativo com os quatro eixos temáticos das sessões dos grupos focais. Recife, PE 2020.

Sessão (GF)	CRONOGRAMA – PROCESSO EDUCATIVO
1ª Semana/outubro Horários 10h-11:30h Manhã 13h-14:30h Tarde 30 minutos	1º EIXO - Dinâmica de sensibilização sobre a temática “Coloca-se no lugar do outro”. Desenhos que marcaram a sua infância com idade 6-12 anos. Quem é essa criança interior? Como essa criança interior tem se comunicado com as crianças que estão sob meus cuidados na emergência?
30 minutos	Exposição dialogada: Conhecer os aspectos físicos, emocionais e sociais da criança. Imagens e pressupostos do Livro "O cérebro da criança" (Daniel Siegel e Tina Payne). Cuidado com a criança: Ser humano e sua família; ouvir e incluir no processo de cuidado (sujeitos ativos).
Avaliação Formativa 15 minutos	A partir dos conhecimentos construídos ao longo desse grupo focal, o que eu levo para a minha vida e para a minha atuação como enfermeiro/técnico de enfermagem na minha relação com as crianças?
Atividade assíncrona	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho. Atividade de autorreflexão: Solicitar que os participantes se observem nas práticas de comunicação com a criança/família.

2ª Semana/outubro 10h-11:30h Manhã 13h-14:30h Tarde 15 minutos	2º EIXO - Tipos de abordagens de comunicação aplicadas em um ambiente hospitalar. Resgatar atividade de autorreflexão no ambiente de trabalho solicitado no 1º encontro.
10 minutos	Convidado- Mirelly Barros (Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente - UFPE) Participação via plataforma <i>Google Meet</i> com a temática: Contação de histórias como estratégia de comunicação com a criança no contexto de hospitalização. Narração da História “O coração e a garrafa” (Oliver Jeffers)
40 minutos	Exposição dialogada: A partir da Revisão de Literatura dos tipos de abordagem de comunicação com a criança/família no contexto de hospitalização. Exemplificar com as abordagens já utilizadas no serviço.
Avaliação Formativa 15 minutos	A partir dos conhecimentos construídos ao longo desse grupo focal, o que eu levo para a minha vida e para a minha atuação como enfermeiro/técnico de enfermagem na minha relação com as crianças?
Atividade assíncrona	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho: Aplicação prática e autorreflexão em (dupla ou trio) de uma das estratégias de comunicação. Realizar uma filmagem de 3-5 minutos e apresentar no 4º encontro.
3ª Semana/outubro 10h-11:30h Manhã 13h-14:30h Tarde 30 minutos	3º EIXO - Apresentar os conceitos de comunicação e Letramento em Saúde e sua importância na promoção da saúde da criança/família.
30 minutos	ROLE PLAYING - Simulação construída a partir da Teoria do Aprendizado Experimental de David Kolb. Articular as dimensões do LS e abordagens de comunicação. Aplicação prática (dupla ou trio): Duas situações construídas pelos participantes envolvendo a equipe de enfermagem com o propósito de articular as dimensões do LS e abordagens de comunicação, utilizando a comunicação empática e o Letramento em Saúde.

Avaliação Formativa 15 minutos	A partir dos conhecimentos construídos ao longo desse grupo focal, o que eu levo para a minha vida e para a minha atuação como enfermeiro/técnico de enfermagem na minha relação com as crianças?
Atividade assíncrona	Orientações para Atividade de ensino/aprendizagem em ambiente de trabalho: Aplicação prática e autorreflexão em (dupla ou trio) de uma das estratégias de comunicação e articular com o conceito de Letramento em Saúde. Realizar uma filmagem de 3-5 minutos e apresentar no 4º encontro.
4ª Semana/novembro 10h-11:30h Manhã 13h-14:30h Tarde 40 minutos	4º EIXO - As impressões dos participantes sobre o uso e implementação das abordagens comunicativas para a promoção do Letramento em Saúde no contexto de uma emergência pediátrica. Resgatar as atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho: Aplicação prática de uma das estratégias de comunicação e articulação com o conceito de Letramento em Saúde (filmagem e autorreflexão).
40 minutos	Método Criativo Sensível (MCS)- “Árvore do conhecimento” As impressões dos participantes sobre o uso e implementação das abordagens comunicativas para a promoção do Letramento em Saúde no contexto de uma emergência pediátrica. Avaliação e Autoavaliação dos participantes.

Fonte: Autor

Durante todo o processo formativo, foi realizada uma avaliação formativa permeadas por duas questões norteadoras. No início da ação educativa, os participantes foram indagados sobre os seguintes questionamentos:

- 1- Qual sua expectativa para esta formação sobre Letramento em Saúde e comunicação com a criança?
- 2- Quais motivos fizeram você optar em participar deste processo formativo?

Após cada sessão do grupo focal, foi realizado uma pergunta para avaliar as informações sobre a compreensão e percepção dos participantes a partir de cada eixo temático apresentado:

- 1- A partir dos conhecimentos construídos ao longo desse grupo focal, o que eu levo para a minha vida e para a minha atuação como enfermeiro/técnico de enfermagem na minha relação com as crianças?

Ao final desta formação, espera-se que os profissionais desenvolvam as seguintes competências com base nos respectivos objetivos de aprendizagem:

- **Competência 1: Fortalecimento da comunicação empática entre profissionais de saúde e a crianças/família.**

Objetivos cognitivos:

Compreender o conceito de comunicação empática na relação profissional e criança-família;
Apreender os aspectos do desenvolvimento infantil para contextualização de uma comunicação efetiva com a criança;

Objetivo procedimental:

Realizar a comunicação com a criança de forma crítica-reflexiva, considerando a temática comunicação entre profissionais e a criança/família;

Objetivo atitudinal:

Considerar nas abordagens comunicativas educativas, a importância da escuta e diálogo com público-alvo;

- **Competência 2: Realização de ações voltadas à promoção do Letramento em Saúde a partir da comunicação com a criança/família;**

Objetivos cognitivos:

Compreender as quatro habilidades de Letramento em Saúde com base nas particularidades da criança e no seu contexto de vida;

- 1- Acesso - capacidade de procurar e obter informações em saúde;
- 2- Entendimento - capacidade de compreensão das informações obtidas;
- 3- Avaliação (habilidade de interpretar, filtrar e avaliar uma informação em saúde);
- 4- Aplicação (competência de comunicar e utilizar a informação para tomar decisões que mantenham ou melhorem a saúde);

Fortalecer as habilidades do Letramento em Saúde, a partir das estratégias de comunicação com foco nas experiências desenvolvidas durante o processo formativo.

Objetivo procedimental:

Realizar escuta qualificada às famílias/crianças a partir dos novos conhecimentos mobilizados.

Objetivo atitudinal:

Reconhecer no território e nas pessoas, fatores que dificultam ou potencializam o alcance da aplicação das abordagens comunicativas para a promoção do Letramento em Saúde.

- **Competência 3: Aplicação das abordagens comunicativas em seu contexto de trabalho para a promoção da saúde da criança/família;**

Objetivos cognitivos:

Compreender a importância da comunicação efetiva com a criança/família para a promoção do Letramento em Saúde;

Objetivo procedimental:

Elaborar ações baseada nas abordagens comunicativas desenvolvidas durante o processo educativo, em seu contexto de trabalho;

Objetivo atitudinal:

Realizar no cotidiano de trabalho, abordagens comunicativas efetivas para a promoção do Letramento em Saúde, considerando o protagonismo de crianças e famílias.

Após a etapa de planejamento dos encontros e seus principais eixos, a ação educativa foi submetido no Sigproj-UFPE em junho de 2021 por meio de um curso de extensão intitulado LETRAMENTO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DE CUIDADO À CRIANÇA, composta por uma equipe de coordenação: uma coordenadora, orientadora e docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPE, a vice-coordenadora, pesquisadora e mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPE e nove alunos da Graduação em Enfermagem da UFPE do 3º, 7º e 8º períodos, selecionados via formulário online da plataforma *Google forms* no mês de maio de 2021 e devidamente treinados, por meio de encontros virtuais na plataforma *Google Meet* com duração de 1 hora, uma vez na semana, nos meses de agosto e setembro de 2021 para organizar e desenvolver os encontros do curso de extensão junto com a pesquisadora.

Para o curso de extensão foram ofertadas 40 vagas para a equipe de enfermagem da emergência pediátrica do Hospital da Restauração, com carga horária de 40 horas. Os encontros

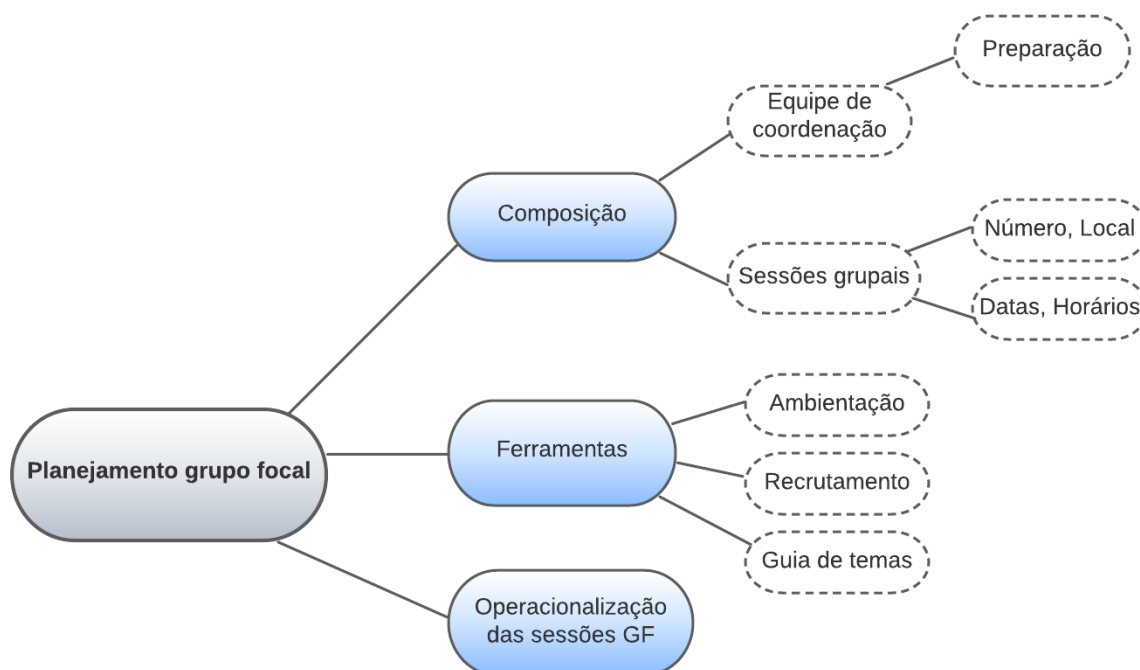
ocorreram durante o período diurno e vespertino nos horários (10h às 11:30h e 13h às 14:30h) para contemplar os profissionais de enfermagem plantonistas do período diurno.

5.5.3 Exploração da realidade – coleta de dados

Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de grupos operativos a partir de sessões grupais desenvolvidas durante os encontros presenciais e no ambiente de trabalho ao longo do processo educativo no período de outubro a novembro de 2021. Essa modalidade tem como objetivo coletar informações sobre um determinado tema específico por meio da discussão participativa entre os participantes, reunidos em um mesmo local e durante certo período de tempo, em que todos contribuem para a tarefa, pois estão envolvidos com sua experiência pessoal, forma de se relacionar e de se constituir, sendo uma ferramenta valiosa na operacionalização da pesquisa científica para construção do conhecimento na área da saúde (ROSALINE, 2009; DALL'AGNOL *et al.*, 2012; KINALSKI *et al.*, 2017).

Para a operacionalização das sessões de grupo focal (GF) foi necessário seguir as seguintes etapas de planejamento: composição, ferramentas e operacionalização das sessões grupais, conforme a Figura 4.

Figura 4 - Organograma de planejamento dos grupos focais. Recife, PE 2022.

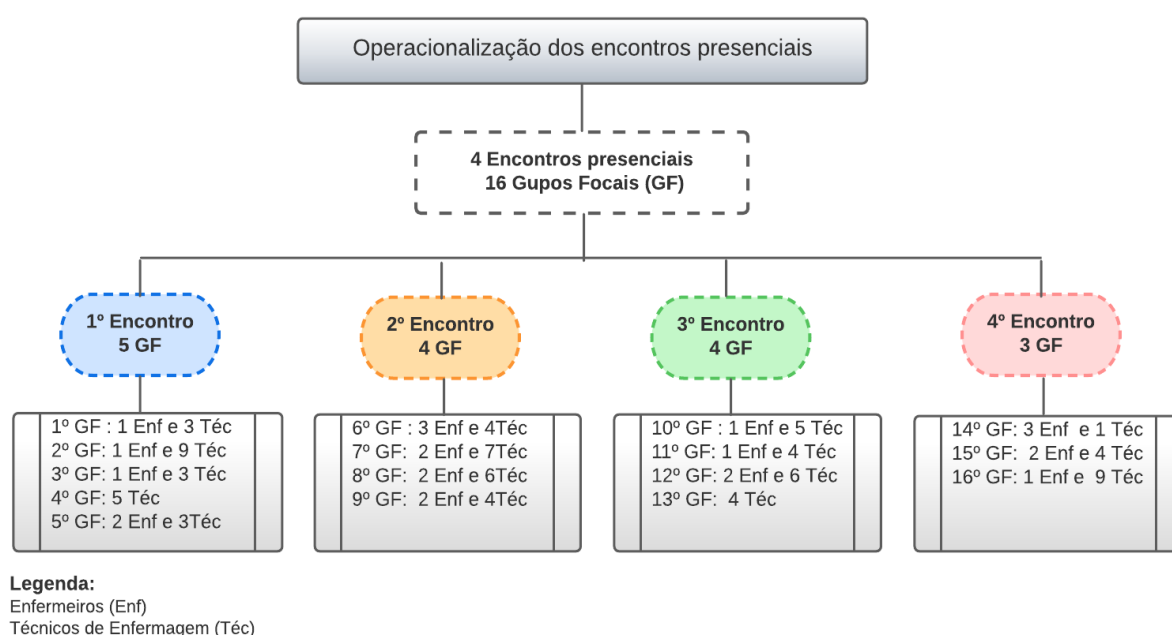


Fonte: adaptado de Kinalski et al., 2017.

O planejamento do GF tem impacto nos dados coletados e, conseqüentemente, na obtenção de resultados efetivos. Tradicionalmente, o grupo focal ideal é composto de 8 a 10 participantes, outros estudos recomendam um intervalo de 6 a 15 participantes, porém a dimensão do grupo vai depender dos objetivos da pesquisa (KINALSKI *et al.*, 2017). Em algumas situações se faz necessário o uso de grupos menores quando a temática aborda temas que precisam ser trabalhados com minúcia (ROSALINE, 2009; PIZZOL, 2004; TRAD, 2009).

A operacionalização das sessões GF ocorreram em quatro encontros presenciais, repetidos de 3 a 5 vezes em momentos distintos para contemplar os profissionais de enfermagem do plantão diurno da emergência pediátrica. Ao todo, foram operacionalizadas 16 sessões GF, com a participação de quatro a dez participantes por grupo, conforme a Figura 5.

Figura 5 - Operacionalização dos encontros presenciais e sessões GF. Recife-PE 2022.



Fonte: Autor.

Cada GF contou com uma equipe de coordenação composta por um moderador (mestranda, autor da pesquisa) e nove observadores (alunos de graduação, assistentes da pesquisa), distribuídos em dupla ou trio, para cada GF. Toda a equipe foi treinada previamente sobre a temática e condução de atividades em grupo.

O moderador é um facilitador do debate, possui um papel significativo para o bom funcionamento do encontro, a partir de uma perspectiva dialética (ROSALINE, 2009; BACKES *et al.*, 2015; KINALSKI *et al.*, 2017). Neste estudo, o moderador foi responsável pelo preparo, organização e instrumentalização em todas as etapas, de modo a mediar a

dimensão explícita da tarefa, retomando sempre que necessário o foco de que o grupo possuía um objetivo em comum.

Os observadores acompanharam e registraram as expressões dos participantes (verbais e não verbais – dimensão implícita da tarefa) e auxiliaram na condução dos encontros, além de controlar o tempo e o equipamentos de gravação, dois gravadores de voz e uma câmera de vídeo. Salienta-se que a equipe de coordenação foi previamente treinada e orientada pelo pesquisador principal (ROSALINE, 2009; BACKES *et al.*, 2011; KINALSKI *et al.*, 2017).

As ferramentas para a operacionalização das sessões grupais incluíam: ambientação; recrutamento dos participantes; guias de temas focados nos 4 eixos temáticos, sendo cada um como foco principal de uma sessão e uma pergunta de autoavaliação ao final de cada sessão grupal. Para contemplar a equipe diurna da emergência pediátrica, os encontros presenciais ocorreram três vezes por semana (segunda-feira, sexta-feira e sábado) antes e durante os intervalos de trabalho com duração de 1 hora e 30 minutos, conforme cronograma e disponibilidade dos participantes, em dois horários para realização da sessão, às (10h-11:30h) da manhã e às (13h-14:30h) da tarde, na sala de aula do 5º andar do Hospital da Restauração, conforme quadro 1.

O recrutamento dos participantes foi realizado por meio de parceria com o setor de Educação Permanente, através da carta convite individual e institucional (APÊNDICE A), pessoalmente e via aplicativo *Even3* (plataforma de gestão de ingressos, inscrições e eventos). O link de inscrição de participação foi divulgado nas redes sociais (*Instagram e WhatsApp®*). Após a confirmação das inscrições, os participantes receberam a programação do curso por meio da própria plataforma *Even3* via e-mail e das redes sociais, assim como todas as informações, divulgações das atividades e materiais didáticos disponibilizados durante todo o processo formativo.

Ainda, por meio das redes sociais (*Instagram e WhatsApp®*) e pela própria plataforma do *Even3*, os participantes do estudo foram convidados a comparecer presencialmente na sala de aula do 5º andar do Hospital da Restauração (HR) para participar do primeiro dia da ação educativa. Com o atual cenário de pandemia do novo coronavírus, medidas sanitárias foram tomadas a fim de resguardar a segurança e o bem-estar dos pesquisadores e público-alvo. Deste modo, foram evitadas aglomerações, não sendo permitido no recinto número superior a 30 pessoas. As cadeiras foram organizadas de forma a manter uma distância entre os participantes e recipientes com álcool em gel foram posicionados em pontos estratégicos.

Para a preparação dos encontros da ação educativa, foi construído um roteiro de entrevista (APÊNDICE E) para cada sessão dos grupos focais, com o objetivo de direcionar o

estudo com a questão de pesquisa, favorecendo as discussões entre os participantes, promovendo uma investigação mais produtiva (ROSALINE, 2009; DALL'AGNOL *et al.*, 1999; KINALSKI *et al.*, 2017).

No primeiro encontro da intervenção, foi fornecido instruções e orientações aos participantes, quanto às particularidades do desenvolvimento do GF e criação de um grupo virtual, via aplicativo WhatsApp®, onde os participantes foram adicionados objetivando otimizar a comunicação durante todo o processo formativo e discutir os detalhes relacionados aos encontros e seus eixos temáticos.

5.5.4 Avaliação ao longo do processo formativo

Após cada encontro do curso de extensão, os participantes realizavam uma atividade prática de ensino-aprendizagem de forma assíncrona, no seu ambiente de trabalho, de forma a trazer um feedback sobre os encontros seguintes. Também, após cada sessão do grupo focal, foi realizada uma pergunta para avaliar as informações sobre a compreensão e percepção dos participantes a partir de cada eixo temático apresentado.

Com o objetivo de refletir a respeito das contribuições do processo formativo para a prática profissional e da equipe, os participantes foram convidados a responder um instrumento de autoavaliação disponibilizado ao final do processo educativo.

5.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os participantes foram convidados a ler e responder um questionário e três formulários impressos, um com perguntas semiestruturadas disponibilizado no aplicativo *Even3* com o objetivo de caracterizar os participantes, um cronograma da ação educativa (APÊNDICE B), o consentimento de participação pelo TCLE (APÊNDICE C) e o termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento (APÊNDICE D), respectivamente, entregues no primeiro encontro da ação educativa. Ainda, por meio das redes sociais (*Instagram e WhatsApp*) e pela própria plataforma *Even3*, os participantes do estudo receberam instruções sobre todas as etapas da ação educativa, assim como a carga horária de todas as atividades até a sua conclusão, com a entrega do certificado de participação.

Os participantes foram convidados a ler e responder um questionário e três formulários impressos, um com perguntas semiestruturadas disponibilizado no aplicativo *Even3* com o objetivo de caracterizar os participantes, um cronograma da ação educativa (APÊNDICE B), o consentimento de participação pelo TCLE (APÊNDICE C) e o termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento (APÊNDICE D), respectivamente, entregues no primeiro encontro da ação educativa. Ainda, por meio das redes sociais (*Instagram e WhatsApp*) e pela própria plataforma *Even3*, os participantes do estudo receberam instruções sobre todas as etapas da ação educativa, assim como a carga horária de todas as atividades até a sua conclusão, com a entrega do certificado de participação.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponibilizado de forma impressa, para atendimento à Resolução nº 466/2012 e 510 de 2016 que trata de pesquisa com seres humanos na modalidade presencial e virtual, respeitando-se o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante a pesquisa. As narrativas foram gravadas em áudio e vídeo, após consentimento dos participantes, as pausas discursivas e entonações captadas pelo moderador e observadores, assim como as expressões faciais, gestos e outras linguagens corporais foram registradas sutilmente no formato de “nota de campo”.

Também, um instrumento de autoavaliação foi disponibilizado aos participantes no final do processo educativo (APÊNDICE F). Ao final dos encontros, os dados foram transcritos na íntegra e validados pelos participantes, que tiveram acesso às transcrições para realizar a leitura e fazer alterações, caso fossem necessárias. Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes da pesquisa, eles foram identificados conforme sistema alfanumérico, utilizando a letra “E” (Enfermeiros) e “T” (Técnicos de Enfermagem).

5.7 CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da análise qualitativa, segundo as etapas propostas por Graham Gibbs (2009): a codificação linha por linha, categorização dos temas e análise dos dados. Segundo Strausse e Cobin 1990, dividem a codificação em três etapas: codificação aberta, na qual o texto é lido de forma reflexiva para identificar categorias relevantes; categorização axial, em que as categorias são refinadas, desenvolvidas e relacionadas ou interconectadas; codificação seletiva, na qual a categoria central que faz com que todas as outras categorias na teoria se conectem em uma história, é identificada e relacionada a outra (GIBBS, 2009).

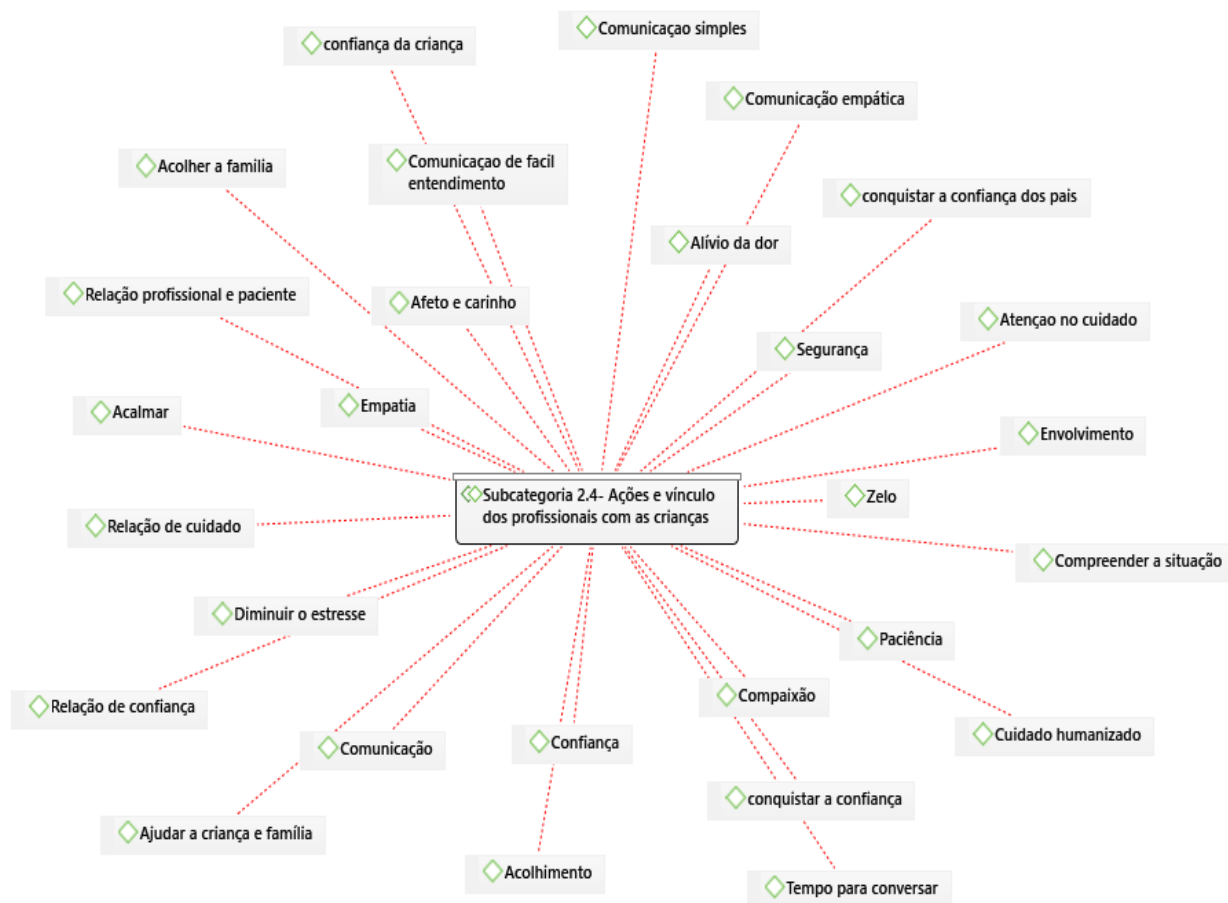
Na primeira etapa foi realizada a codificação linha por linha, uma abordagem baseada na teoria fundamentada nos dados, que significa repassar a transcrição nomeando ou codificando cada linha do texto, nesse momento, foram identificados 1014 códigos descritivos. A ideia é forçar o pensamento analítico enquanto mantém sua proximidade aos dados (GIBBS, 2009). Em seguida foi realizado o agrupamento dos códigos semelhantes de forma hierarquizada para refinar os códigos encontrados, sendo selecionados 997 códigos descritivos.

Os 997 códigos descritivos selecionados, foram divididos em 12 grupos de códigos que foram nomeados em subcategorias: 1.1-Experiências marcantes na infância dos profissionais (31 códigos); 1.2-Vínculo com a família (65 códigos); 1.3- Superação das dificuldades (23 códigos); 2.1-Características e sentimentos das crianças (28 códigos); 2.2- Percepções dos profissionais sobre as ações ao lidar com os sentimentos da criança (35 códigos); 2.3- Características e sentimentos dos profissionais frente aos cuidados realizados com a criança/família (40 códigos); 2.4- Ações e vínculos dos profissionais com a criança (28 códigos); 3.1 - Comunicação com a criança (118 códigos); 3.2- Comunicação com os cuidadores/família (140 códigos); 3.3- Conhecimento e práticas dos profissionais (246 códigos); 4.1- Ações desenvolvidas pelos profissionais (122 códigos); 4.2- Percepções dos profissionais sobre as mudanças e conhecimentos construídos (121 códigos), conforme a árvore de códigos da Figura 6 (APÊNDICE G).

A fim de auxiliar no processo de codificação e recorte dos núcleos de sentido na fase de exploração do material foi utilizado o programa Atlas.ti(versão 8.0). O software permitiu a segmentação do material coletado em códigos descritivos, grupos de códigos e categorias finais. A organização dos códigos em uma hierarquia envolve pensar sobre que tipo de coisas está sendo codificadas e quais perguntas estão sendo respondidas (GIBBS, 2009). Com isso, as categorizações dos temas foram definidas em quatro categorias e doze subcategorias.

A partir dos pressupostos da educação permanente, que considera o processo de ação, reflexão, ação, os conhecimentos e práticas dos profissionais e os conceitos de comunicação em saúde e letramento em saúde, ocorreram por meio das narrativas dos grupos focais durante o processo educativo e foram analisados considerando tais etapas e as mudanças no cuidado integral à criança decorrente do processo formativo.

Figura 6- Subcategoria 2.4 Ações e vínculos dos profissionais com a criança.



Fonte: Autor.

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, assim como de seus direitos tais como o anonimato, a manutenção do sigilo, o livre acesso às informações, o direito de participar ou não da pesquisa, como também o direito de sair da pesquisa a qualquer momento. Todas as recomendações e princípios éticos previstos em pesquisas que envolvem seres humanos serão respeitados e seguidos de acordo com a Resolução 466/2012 e a 510 de 2016, conforme ofício nº 25000.026908/2021-15 instituído em 24 de fevereiro de 2021 pelo Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que envolve o contato com participantes e/ou coleta de dados em qualquer etapa da pesquisa, em ambiente virtual (BRASIL, 2021).

A pesquisa foi submetida para apreciação nos Comitês de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com número de

CAAE:46263121.4.0000.5208 e a instituição coparticipante o Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra- PE - PE com número de CAAE: 46263121.4.3001.5198, sendo aprovado para realizar a coleta dos dados em 02 de julho de 2021. Para participar do estudo foi necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de autorização de uso de imagem e depoimento, a fim de resguardar os pesquisadores e os pesquisados.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 38 participantes, 10 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem. Destes a maioria do sexo feminino (95,46 %), idade compreendida entre 26 e 62 anos, residentes da região metropolitana do Recife-PE. Possuíam em média 17 anos de formação na área e 13 anos de atuação na instituição. Com relação às titulações, quatro enfermeiros possuíam título de mestre, um com especialização em urgência e emergência, dois com especialização em saúde da criança, um com especialização em saúde coletiva, dois com especialização em auditoria em serviços de saúde, dois com especialização em UTI neonatal, um com especialização em UTI pediátrica, um com especialização em enfermagem oncológica. A respeito dos técnicos de enfermagem, dois possuíam especialização em urgência e emergência, um com especialização em enfermagem do trabalho e um com especialização em UTI adulto.

6.2 CATEGORIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

A partir dos conhecimentos construídos ao longo dos grupos focais, foram construídas indutivamente e dedutivamente quatro categorias temáticas, a partir dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde e dos conceitos de Comunicação e Letramento em Saúde: 1)Resgatando a criança interior dos profissionais de enfermagem da emergência pediátrica; 2)Desenvolvendo a empatia com as crianças/família da emergência pediátrica; 3) Comunicação e Letramento em Saúde na emergência pediátrica: barreiras e estratégias de comunicação para a promoção da saúde da criança/família; 4) Comunicação e Letramento em Saúde na emergência pediátrica: Novas ações a partir dos conhecimentos construídos durante o processo formativo, conforme a figura 7.

Figura 7 - Categorização dos temas em quatro categorias, Recife-PE, 2022.

Categorização dos temas	
Categoria 1	RESGATANDO A CRIANÇA INTERIOR DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA
Categoria 2	DESENVOLVENDO A EMPATIA COM AS CRIANÇAS/FAMÍLIA DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA
Categoria 3	COMUNICAÇÃO E LETRAMENTO EM SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: BARREIRAS E ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA/FAMÍLIA
Categoria 4	COMUNICAÇÃO E LETRAMENTO EM SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: NOVAS AÇÕES A PARTIR DOS CONHECIMENTOS CONSTRUÍDOS DURANTE O PROCESSO FORMATIVO

Fonte: Autor.

6.3 CATEGORIA 1 - RESGATANDO A CRIANÇA INTERIOR DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Na primeira categoria o pressuposto da educação permanente em seu processo ação, reflexão, ação, resgatou dos profissionais suas experiências, conhecimentos a partir de uma autorreflexão sobre sua infância nas idades de (6-12 anos) por meio de uma atividade de sensibilização realizada pelos participantes ao desenvolver um desenho que representasse sua infância: “Quem é essa criança interior ?” e “Como essa criança tem se comunicado com as crianças que estão sob seus cuidados na emergência pediátrica?” no momento de sua apresentação no primeiro dia do curso de extensão, conforme Figura 8.

Figura 8 - Desenhos realizados pelos participantes. Recife-PE,2022.



Fonte: Autor

Através da análise dos grupos de códigos e de sua relação com os segmentos dos textos, foi possível alcançar e compreender as principais características e sentimentos dos profissionais e as experiências que marcaram a sua infância. Assim, a primeira subcategoria 1.1 irá tratar das "experiências marcantes na infância dos profissionais" através do agrupamento dos códigos descritivos.

As experiências da infância dos profissionais, principalmente relacionada a algum tipo de brinquedo ou animal de estimação que de alguma forma marcaram significativamente sua infância, repercutem na sua forma de ver e lidar com as situações, trazendo repercussões na vida adulta.

[...]de seis a doze anos, naquela época, na década de 70, as crianças andavam muito de bicicleta, mas nem todo mundo podia andar de bicicleta porque era algo muito caro na época, né. E uma colega minha ganhou uma bicicleta, aí eu pedi para dar uma voltinha, eu falei: posso dar uma voltinha na tua bicicleta? Aí ela negou. Aí a minha mãe escutou e disse: Não tem problema não, eu vou comprar uma bicicleta para você. Daí eu tenho essa lembrança bem-marcada na memória. (E1)

Aqui eu me desenhei com 6 anos de idade na casa da minha avó[...], mas teve uma coisa que me marcou muito na infância, foi quando minha avó comprou um pintinho amarelinho, aqueles pintinhos de feira que tem rosa, verde, e um deles minha vó trouxe pra mim amarelinho e ele virou um galo, cresceu, ficou enorme. [...] Aí eu cheguei em casa um belo dia, ela pegou o meu pintinho que tinha virado um galo que eu brincava como se fosse cachorro e gato e tava matando pra comer. (T1)

Aqui aos 7 anos eu tentei desenhar uma girafa (risos). É o único brinquedo que eu lembro que eu tive na minha vida, porque a gente quando veio a ter assim [...] já maiorzinha aquele Cosme e Damião, eu comecei a ter aquelas bonequinhas Wanderlea, acho que o pessoal conhece, foi a primeira bonequinha, mas depois eu me agarrava nessa girafinha que era pequena, eu lembro! Mas pra mim era tudo, eu achava a coisa mais linda. Até hoje meu animal preferido é a girafa. Porque ela me marcou. (T2)

Também, em alguns grupos de códigos, verifica-se um significado atribuído às lembranças da infância aos ambientes de lazer ao ar livre em contato com a natureza, à prática de atividade física e as relações interpessoais construídas no ambiente escolar. Esses ambientes tornam-se significativos para a saúde da criança, principalmente no contexto de famílias com poucos recursos financeiros, onde existem pouco espaço para diversão e brincadeiras.

No meu desenho, assim, de seis a 12 anos eu era muito família ainda, assim, a minha infância era árvore, fruta, na minha casa tinha pé de coco e eu coloquei a casa simples e o rio, na frente da minha casa, porque a gente tomava muito banho. Então, para mim, eu tive uma infância muito boa. (T3)

Mas aqui nessa época entre 9-10 anos, minha mãe era associada a um clube lá em Moreno, porque ela trabalhava em indústria, então eu vivia muito na piscina, por isso que eu desenhei uma piscina. Também, andava muito de bicicleta. Então, assim [...] lá no clube tinha piscina, tinha árvores, então a minha infância foi a maioria indo pra esse clube que era o meu divertimento. (T4)

Eu coloquei no meu desenho uma rede de voleibol e uma bola. [...] esse desenho, ele representa muito para mim. Desde pequeno eu tive interesse pelo esporte e eu trouxe, no esporte, para a minha vida como se fosse um escudo, naquele momento, porque eu via que, quando eu comecei a entender um pouco das coisas, eu comecei a perceber que as coisas, até naquele momento de ser adolescente, de ser criança. [...] eu entendia como se o meu pai não gostasse de mim. (E2)

A melhor fase da minha vida na época da infância foi quando eu nadava, que eu era atleta. Aí quando eu comecei a nadar, pequenininha, natação, aí minha mãe me botou primeiro, me botou na natação porque eu era alérgica. (T5)

Eu tava com os primos numa praça lá na rua de casa, do lado e eu tava brincando no canteiro, aqueles canteiros 'chapiscado', aí eu levei uma queda, um arranhão do pé até a coxa, pense... eu não dormi esse dia da dor que eu senti, acho que uma coisa que traumatizou foi isso, essa queda, que eu nunca esqueci. [E3]

“Uma coisa boa era quando eu ia para escola, eu sempre gostava da escola porque ela era minha fulga né, porque em casa eu não tinha como brincar com minhas amigas”. (T6)

Os participantes ao descreverem suas experiências destacaram as questões relacionadas às condições econômicas e socioemocionais que vivenciaram, poucos recursos financeiros, falta de atenção e carinho, conflitos e agressões físicas que presenciaram e repercutiram ao longo de sua infância.

[...] essa bonequinha aqui de cabelo curto e muito feliz, sempre fui isso mesmo aqui que vocês estão vendo que eu sou, muito assim, quando eu chego eu quero falar, quero conhecer as pessoas, sempre fui assim. Eu morava numa casinha simples e muito pobre, faltava tudo em relação a comida, mas a alegria e satisfação de estar entre a família era sempre muito boa, saber que eu podia sair e ter um refúgio que é a minha família. (T7)

O que me marcou muito, foi quando a minha mãe me levou para me batizar, e no meu cabelo não tinha nada, a minha tia me emprestou uma fita, e quando eu voltei ela disse para devolver a fita porque era da cortina dela, e isso me deixou muito triste. [...], mas isso marcou muito a minha infância, eu já era grande e tinha 12 anos. (T8)

[...] um momento de 6 a 12 anos foi bem difícil pra mim, porque a memória que eu tenho é muito negativa. Eu não sei desenhar, mas eu acho importante falar que foi o momento que eu presenciei o meu pai agredindo a minha mãe, eu tinha 10 anos de idade. Então eu a vi sendo agredida com muita brutalidade. A única coisa que ela queria fazer era defender o óculos dela, porque ela não tinha dinheiro pra comprar outro óculos. Então ela tirava o óculos do rosto e ele ia em cima dela, destruindo ela, e eu uma criança, assim [...] eu tenho muito trauma com relação a isso”. (E4)

Na subcategoria 1.2 trará as percepções de “vínculo com a família” dos profissionais de enfermagem e como essa relação pode trazer marcas significativas na infância e no modo como os profissionais lidam e cuidam das crianças que estão sob seus cuidados.

Ao analisar os grupos de códigos e de sua relação com os segmentos dos textos, a maioria dos participantes descreveu suas impressões de vínculo com a família de forma conflituosa, isso porque, muitos dos técnicos de enfermagem retratam em suas falas experiências de vulnerabilidade social durante sua infância.

[...] aqui tem 3 casas que me marcaram, porque eu ficava com meu pai, minha mãe me deixou com ele nascida, então como ele trabalhava muito, eu vivia muito tempo na casa da sogra dele e da minha avó [...]

Na casa da sogra dele eu tinha um cunhado que praticamente me abusava; e na casa do meu pai, minha madrasta me tratava super mal, então foi isso que me marcou. (T9)

Eu me lembro de fome e humilhação. É isso que eu me lembro da minha infância. Humilhação por ser filha de quem era: do meu pai. Humilhação por morar na casa da minha avó, era como se fosse algo [...] A gente era humilhado. (T10)

Aqui eu fiz uma foto que foi quando eu tinha 11 anos. O dia mais marcante que eu tive foi o dia que eu conheci meu pai. Porque até meus 11 anos eu sempre escutei da minha mãe que ele tinha morrido e quando eu nasci minha mãe não me quis, ela me deu pra minha avó. Aí eu não tenho muita recordação boa de quando eu era pequena porque eu só me lembro de ficar um dia na casa de uma tia, um dia na casa de uma prima, cada cá que me criasse um pouquinho, e minha mãe eu só ouvia falar. (T11)

Nesses trechos os participantes retratam um vínculo familiar forte, cercado de amor e carinho, entre os irmãos, primos, avós e parentes próximos que refletiram significativamente na sua infância até a vida adulta.

[...] eu vivi minha infância no interior. Na época não existia esses recursos que a gente tem hoje, nem televisão na verdade a gente tinha. Então a vida da gente era brincar e estudar. Minha família é muito grande então a diversão era brincar com os primos de se esconder, de fazer comidinha. Eu vivi muito bem minha infância. Minha mãe trabalhava, meu pai também. Então a gente se ajudava, brincava e tinha muitos primos. (E5)

[...] foi uma criação muito boa, não somos só irmãos, mas também muito amigos, perdi meu pai, que Deus levou e sabia o tempo determinado dele, um homem maravilhoso, e hoje tenho certeza que ele está em um lugar maravilhoso. (T8)

Aqui eu tô com 10 anos, e era um lugar onde eu sempre amava estar, então todas as minhas férias e feriados a gente ia pra lá, juntava todos os primos e meu avô mesmo sendo militar, então tudo lá era regime militar: hora pra isso, hora pra aquilo, hora pra comer, hora pra dormir, hora pra tudo. Mas era um lugar onde a gente adorava e amava estar, e assim [...] é um lugar que [...] Meu Deus, e esse ano eu perdi meu avô e minha avó até pensei em sair desta casa inclusive [...]. (T12)

Ficava contando os dias pra entrar de férias pra ir casa de vó, porque era o melhor lugar do mundo. Todos os netos na mesma casa, vó fazia tudo que a gente queria, comprava tudo que a gente pedia, aquela avó bem acolhedora, aquele tipo de vó que se ela pudesse morava a família inteira numa casa só, ela é assim. (E3)

A subcategoria 1.3 revela a “superação das dificuldades” enfrentadas durante a infância dos profissionais de enfermagem e como essas repercussões refletem no entendimento de suas ações com as crianças que estão sob seus cuidados na emergência pediátrica. Nos grupos de códigos verificados, destacam-se algumas ações e percepções dos profissionais frente às dificuldades enfrentadas durante sua infância. Observa-se nos relatos, várias formas de superação e enfrentamento que envolve desde a relação conflituosa com a família, questões de adoecimento até vulnerabilidades sociais que refletiram na sua trajetória de vida em família.

“Tenho minha mãe que hoje vive em cima de uma cama, anda muito pouco dentro de casa, mas a gente sempre dá aquele refúgio e cuidado a ela”. (T7)

[...]sempre tive o cabelo grande, isso era uma coisa que minha mãe fazia para me maltratar, porque como era muito, ela puxava meu cabelo, mas eu amo ela até hoje graças a Deus. Mas hoje a minha mãe mora comigo graças a Deus, eu trato muito bem a minha mãe, com muito carinho, e eu espero que Deus reconheça as coisas que aconteceram na vida da gente”. (T6)

Sim e hoje eu sou muito feliz. Eu tô chorando aqui, mas eu sou muito feliz, porque eu reconheço que todo esse meu processo de vida que eu tive me tornou uma pessoa melhor e eu não me arrependo disso. Por eu ter esse retorno, que hoje eu me sinto uma pessoa super abençoada. Eu acho que eu só cresci em todos os sentidos: financeiramente, como pessoa, de todas as formas. (T10)

Graças a Deus eu tenho 4 filhos hoje, e eu sempre ensino a eles que bebida não é boa para a vida de ninguém, porque só traz problemas, e eu espero que eles cresçam e nunca toquem em bebida, porque não foi bom pra mim. (T11)

Observa-se que as experiências de vida dos participantes, demonstram uma maior reflexão sobre como as crianças e familiares na emergência pediátrica vivenciam o processo de hospitalização. Com isso, ao colocar-se no lugar da criança/família, os profissionais podem colaborar para um cuidado mais humanizado e acolhedor.

“Então assim, hoje em dia, devido à experiência que eu passei como acompanhante eu tento entender mais os acompanhantes, pais, parentes...” (T1)

O que a gente viveu contribui pra a gente prestar uma assistência melhor ao paciente. Entender melhor o que eles deixam em casa: uma

mãe deixa em casa, um menino que tá doente. A gente consegue olhar e se compadecer. (T10)

“[...]a gente brincava ao ar livre. Hoje a gente vê, eu até entendo por que as crianças chegam aqui aí vai brincar, porque é muito bom, né?! Correr, brincar, subir na árvore, brincar de cavalo”. (T12)

Então quando chega assim, esse pessoal do interior na emergência, a primeira coisa que eu pergunto, mesmo atendendo meu paciente, é se comeu. Aí eu já fico aperreada com a comida. Porque minha mãe dizia que passou fome e era a pior coisa de um dia só ter uma manga e ter que dividir pra 3 ou 4 dentro de casa. (T1)

6.4 CATEGORIA 2- DESENVOLVENDO A EMPATIA COM AS CRIANÇAS/FAMÍLIA DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

A segunda categoria dará seguimento ao conceito de comunicação empática dos profissionais de enfermagem, continuando a reflexão por meio das perguntas condutoras: O que você compreendeu nesse momento, ao colocar-se no lugar do outro? Quais foram os seus sentimentos, anseios e medos? Caso fosse uma criança, na sua opinião, o que ela poderia sentir? Ao colocar-se no lugar da criança, na sua opinião, como a equipe de enfermagem pode ajudar a criança no contexto de uma emergência pediátrica? Esse momento foi possível durante a dinâmica de sensibilização, a partir das apresentações dos participantes, ainda no primeiro dia do curso de extensão.

A subcategoria 2.1 aborda percepções dos profissionais sobre “características e sentimentos das crianças”. O sentimento mais forte que a criança pode sentir no ambiente da emergência pediátrica segundo a opinião dos profissionais é a insegurança e o medo do desconhecido. Esses sentimentos foram fortemente descritos e identificados nos relatos dos participantes. Também, o ambiente e as ações realizadas nesse contexto, podem repercutir na forma como a criança lida e se comunica durante os cuidados prestados pela equipe de enfermagem.

Acho que há uma insegurança. Porque às vezes tem crianças que já são clientes daqui, mas às vezes é uma criança que nunca foi pra um hospital. Aí chega numa unidade, tem todo processo de admissão, exames, uma série de coisas dependendo da situação. Eu acho que de uma certa forma traumatiza a criança. Tem umas que mal vê você de branco, você não vai fazer nada, mas só em você chegar perto já tá apavorada. (E5)

A primeira reação deles é medo, né? Aquele choro, aquele desespero [...]aí tem crianças que se apegam a gente, que chegam, a gente chega junto e eles não tem mais aquela reação de choro, de medo, de angústia, porque se sentem protegidos. “não aquela ali é boazinha comigo, aquela ali me ajuda, aquela ali vai cuidar de mim”. (T5)

Eu observo que as crianças com trauma chegam muito assustadas, toda imobilizada, e quando eu chego, eu chego logo perguntando o nome e digo: olhe, a gente tá aqui pra lhe ajudar e vai ficar tudo bem! Porque eu sei que alguns estão apavorados, a mãe tá apavorada, tudinho tá apavorado. (T10)

Eu trabalho em três pediatrias e o que eu mais vejo as crianças sentirem é o medo. Às vezes você não vai fazer nada, às vezes você vai só aferir a temperatura e a criança chora e grita por achar que a gente vai fazer algo doloroso, algo invasivo mesmo, furar ou coisa do tipo, nelas. Se eu tivesse no lugar delas, sentiria medo também, a mesma coisa, porque aquilo seria desconhecido para mim. (T13)

A subcategoria 2.2 ressalta quanto “percepções dos profissionais sobre as ações ao lidar com os sentimentos das crianças”. Verifica-se que no primeiro momento da ação educativa, os profissionais refletiram suas ações e expressaram de forma significativa suas experiências, descrevendo os sentimentos e fragilidade da criança frente à dor, o medo da morte e as incertezas decorrentes do processo de enfermidade e hospitalização na emergência pediátrica.

Mas a experiência que eu tenho é de alguns casos de criança que quando eu tô perto e dou assistência aí ela faz: “tia, você podia me dar um abraço?” Rapaz, eu não tinha como negar, mesmo no começo com a COVID mais forte, a gente não tem como negar um abraço de uma criança. Aí ele fez “tia, eu tô com tanto medo, porque eu sei que eu vou morrer. “Você poderia me abraçar?”(T11)

[...] ele chegou pra mim morrendo de dor e disse “tia, eu quero ir pra Papai do Céu”. Aí eu disse “não, meu filho não é assim não, a gente só vai pra Papai do Céu quando Ele chamar”. Aí ele fez “tá doendo tanto, tia”. Aquele menino tinha uma maturidade, e realmente foi quase junto com as palavras dele, porque daqui ele começou a descerebrar e se foi. Ele não me pediu abraço, mas ele me pediu remédio pra passar a dor. (T10)

Segundo os relatos dos profissionais de enfermagem, as principais ações desenvolvidas para ajudar a criança no contexto da emergência pediátrica se referem a compreender a linguagem da criança, desenvolver uma comunicação empática e incluí-la no processo de cuidado de forma participativa, construindo uma relação de confiança entre o profissional e paciente.

Apesar do tempo que é curto, às vezes a agitação, tem que haver um momento pra se aproximar do paciente pra conversar, mesmo ele sendo criança. Às vezes a gente acha que ele não entende, mas ele tá ali escutando tudo. (T14)

Eu me lembrei de uma coisa agora[...] da criança tomar a decisão, que muitas vezes eu deixo ela tomar a decisão. Eu digo assim: olhe, a doutora passou duas medicações pra você. São duas por dia, mas se você quiser eu faço só em uma. Você vai querer em duas ou vai querer em uma?. Aí ele "em uma". (T10)

Então, eu acredito que a criança vai se confortar, vai se sentir segura porque você vai falar a verdade para ela, mesmo que não seja uma verdade tão boa para ela e é isso que eu realmente busco fazer no meu dia a dia, você vai e diz o que vai acontecer com ela, e, com isso, a criança vai se sentir mais segura e confiante para realizar aquele procedimento. (E2)

[...] eu tava conversando aqui e o problema é a famosa empatia. A gente tem que se colocar no lado do outro. Tanto da mãe quanto da criança. Se não houver empatia, não vai funcionar bem o relacionamento enfermagem-paciente. (E6)

Na subcategoria 2.3 corresponde às “características e sentimentos dos profissionais frente aos cuidados realizados com a criança/família” através do agrupamento dos códigos descritivos. Observa-se que os profissionais ao descreverem seus sentimentos e pensamentos relacionado às ações de cuidado com a criança que estão sob seus cuidados no ambiente de hospitalização, sentem um forte sentimento de compaixão diante das diversas situações de sofrimento, dor e angústia da criança/família.

Aquele negócio de soro, de furar, dói tanto, que se uma pessoa tivesse a noção de quanto dói e a pessoa dissesse que está fora, você já iria lá, porque se fosse com o meu filho é assim que eu gostaria que fizesse. Então eu acho muito importante você se colocar ali naquele lugar e pensar que é uma família sua, e acolher aquele paciente como seu filho, eu entendo dessa forma. (T7)

[...]eu acho que depois que eu fui mãe, não que quando eu não era, eu era ruim, mas depois que eu fui mãe eu passei a sentir mais a dor daquelas crianças, porque toda vez que eu olhava para as crianças que eu vou punccionar uma veia, o estado que a criança chega eu associo sempre com as minhas. Sabe? (T12)

Eu acho que está mais do que claro que você precisa se colocar no lugar da criança, né? Então, como os seus medos, angústias e anseios deveriam ser atendidos? Se eu fosse uma criança, eu queria que alguém me escutasse, segurasse na minha mão e me explicasse o que

aconteceria comigo naquele momento, de forma simples, de forma clara que eu pudesse entender. (E2)

“Isso aí me partiu o coração, e depois de saber que ele foi a óbito foi que[...] meu Deus eu pensei: se eu tivesse negado esse abraço a ele, como eu ia estar me sentindo agora? (T11)

Os participantes apontaram as possibilidades e dificuldades encontradas no processo de comunicação empática com a criança/família, desde o ambiente da emergência pediátrica até a necessidade de se comunicar de forma clara e simples, por meio da participação da criança/família durante as ações de cuidado.

Na emergência é um pouco mais complicado, por causa da atividade, da lotação, se torna um pouco mais difícil. [...] quando a gente fala em pediatria, precisa considerar o binômio mãe-filho, a gente não cuida só da criança, a gente cuida também do acompanhante. Então quando você vai ter uma comunicação com o acompanhante tudo flui melhor, porque às vezes a pessoa está angustiada, ela tá chorando e isso acaba também deixando a mãe mais estressada ainda porque ela não sabe, um ambiente totalmente desconhecido pra ela e esse desconhecido gera esse medo. (E4)

Porque realmente, a gente pega uma criança, coloca numa máquina daquela de tomografia, aí ela vê aquele volume todo que vai engolir ela. [...] teve uma mãe inclusive de interior, essas mães de interior que não entendem, ela ficou dentro da sala com um capote e puxando a máquina. Ela ficou segurando com medo porque o menino estava entrando e aí o exame teve que parar na hora, aí teve que explicar à mãe, tudinho [...] Então eu acho que a questão de explicar realmente o procedimento, de mostrar direitinho é bem importante. (T12)

“[...]da mãe junto no procedimento, eu já acho que a presença da mãe é melhor junto, porque a criança tem confiança na mãe e na pessoa que ela conhece, então pra ficar mais calma pra mim eu acho melhor com a mãe” (T10)

Porque se vamos puncionar, a gente sabe que eles vão chorar, vai gritar, vai correr; mas antes de tudo nós temos que conversar e explicar o que está fazendo, mesmo quando muitas vezes eles não querem prestar atenção, mas é sempre bom estar explicando. Pedir para a mãe auxiliar também é muito importante[...]A mãe tranquiliza a criança, enquanto fazemos o nosso trabalho”. (T6)

Também, destacaram a necessidade de oferecer aos profissionais treinamentos e conhecimento para lidar com os aspectos físicos e emocionais da criança, com o objetivo de desenvolver um cuidado humanizado e centrado na saúde da criança/família.

Eu acho que a gente como profissional de saúde deveria ter um olhar mais especial pra nós, tanto pra capacitação de lidar com essas situações, não só na parte técnica, porque a parte técnica a gente sabe, a gente aprendeu[...], mas essa parte que vai pro lado emocional do paciente a gente precisa de preparação[...]. (T10)

Na subcategoria 2.4 descrevem as “ações e vínculos dos profissionais com as crianças”, através do agrupamento dos códigos descritivos. Segundo relatos dos profissionais, existe a necessidade de aperfeiçoar o acolhimento à criança/família mediante uma comunicação mais empática. Sabe-se que os familiares, normalmente, são as pessoas com as quais a criança possui maior confiança. Diante disso, a participação no cuidado da criança precisa ser compartilhada com os parentes mais próximos, desenvolvendo ações e vínculos de confiança entre profissional-criança-família.

Porque a gente tem que lidar não só com a criança e sim com a família, né? Muitas vezes é pai, é mãe, é avô, é tudo que vem, né? E a gente tem que realmente se colocar no lugar do outro, que é essa parte de humanização, né? De conversar, de explicar, de entender como agir com aquela criança naquele momento. (T1)

O zelo deve estar presente no cuidado. Porque, na emergência pediátrica, você não cuida apenas da criança, você cuida da família também. Às vezes a criança é até agradável, mas a família não, então é preciso que haja o acolhimento, também, da família. É importante dar atenção à criança, mas deixar a família por perto, assim o tratamento fica mais fácil de lidar. (T3)

Uma das ações de vínculo mais evidentes na relação profissional e criança/família foi a confiança. Diante disso, desenvolver e aperfeiçoar a confiança no processo de cuidado de enfermagem pode contribuir na participação ativa da criança/família durante o tempo de internação na emergência pediátrica.

[...]quando a gente for fazer a troca de um curativo é preciso dizer à criança que aquilo vai arder nela e dizer mesmo que aquilo vai arder um pouquinho, mas que é necessário, que aquilo vai arder e doer, mas que vai fazer com que ela vá para casa mais rápido. Então, a criança, ela precisa disso para que entenda, de verdade, o que vai acontecer e que você fale a verdade, porque se você disser que não vai doer, você pode frustrar a criança. (E2)

[...] a palavra-chave que eu vou levar comigo para o relacionamento com a criança é a confiança, dando a oportunidade dela me conhecer”. (T7)

Aí quando ele me viu, abriu um sorriso aqui, aí já veio dando o braço. Aí poxa, engraçado, uma criança num ambiente não propício, fora do ambiente dele, chegou, quando me viu deu os braços. (T5)

Tem uma menina mesmo que eu fico apaixonada por ela quando ela chega, porque ela tem uma confiança em T4 bem grande[...] Porque ela já sabe que T4 vai pegar o acesso dela, porque é uma criança que tá vindo com frequência. Então assim, tipo ela quer que T4 pegue, porque ela já tem uma confiança de que ela vai pegar em tal lugar e que vai dar certo. Ela tem total confiança nela. É bem lindo, porque ela é uma criancinha que tem uns 3 ou 4 anos[...]. (T1)

6.5 CATEGORIA 3 - COMUNICAÇÃO E LETRAMENTO EM SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: BARREIRAS E ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA/FAMÍLIA.

A terceira categoria temática irá apresentar dois pressupostos teóricos: o conceito de comunicação em saúde e o de letramento em saúde a partir da autorreflexão dos participantes às perguntas condutoras realizadas no segundo e terceiro encontro da ação educativa: Quais as barreiras de comunicação com criança/família você enfrenta no seu contexto de trabalho? Quais requisitos ou aspectos você considera favoráveis/desfavoráveis na sua comunicação com a criança/família? Quais estratégias de comunicação você realiza com a criança no seu ambiente de trabalho? O que você compreendeu sobre os conceitos de comunicação e letramento em saúde? Como estes conceitos podem ser alcançados pela criança/família? Como o letramento em saúde pode ser usado para promover a participação no autocuidado da criança/família em seu contexto de trabalho?

A subcategoria 3.1 destaca os aspectos favoráveis/desfavoráveis na “comunicação com a criança”, através do agrupamento dos códigos descritivos. No contexto da emergência pediátrica, a equipe de enfermagem enfrenta algumas barreiras de comunicação com a criança, desde a necessidade de compreender os aspectos físicos e emocionais, até o nível de desenvolvimento da criança. Além desses aspectos, o próprio ambiente da emergência pediátrica e o tempo para realizar as ações de cuidado, dificultam o processo de comunicação entre o profissional e a criança. Percebe-se que a gravidade com a qual a criança irá chegar ao serviço, também, interfere na forma pela qual essa abordagem será realizada em um cenário de emergência.

E em relação à criança, também a questão da barreira pra você tentar explicar o procedimento, tentar deixar isso mais sutil, mais leve, às vezes é complicado também. Isso varia também muito em relação à faixa

etária, quanto mais novinha a criança pra gente tentar explicar, tentar acalmar é mais difícil. (E4)

Por eu trabalhar na emergência pediátrica e principalmente na sala vermelha, essa questão do tempo é uma das barreiras, porque chega muita criança politraumatizada, então nem sempre tem como a gente manter uma comunicação com a mãe e principalmente com a criança dependendo do quadro dela[...]. (T10)

[...] eu acho que esse lúdico contrasta muito no contexto urgência e emergência, eu tenho uma quantidade x de menino pra dar conta, às meninas tem aquela quantidade x de medicação e é aquela correria. O médico chama, e faz isso, faz aquilo. Aí você fica de sair um entra outro, você tá sentado e de repente chega uma criança na estabilização[...] paciente grave, então você ver que essa ludicidade num serviço de urgência às vezes é difícil trabalhar. (E8)

Sabemos que é uma emergência pediátrica[...] principalmente na ala vermelha você não consegue ter um tempo maior para acalmar, para organizar, para trocar aquele olhar com a criança de empatia[...] diferente da ala verde e da ala amarela que você consegue, que não é uma criança de urgência, que não tá em uma situação de emergência e aí você consegue ter um tempo melhor com aquela criança, apesar da demanda. Eu visualizei essas barreiras: serviço, o cenário do serviço, a criança dependendo da fase da doença em que ela se encontra e o nível de escolaridade dos pais. (E2)

Nos relatos dos participantes, o “medo do desconhecido” frente ao contexto de hospitalização da criança, corresponde a uma das barreiras de comunicação mais comuns enfrentadas pela equipe de enfermagem. Além disso, outro aspecto identificado como barreira na comunicação com a criança foi a abordagem de “segurar a força a criança” durante a realização de procedimentos.

A princípio, a criança tem muito medo! Só em ouvir hospital assusta, aí depende muito da mãe ou do acompanhante. É importante abordar essa criança e conversar com ela, depende da idade da criança e do contexto, mas o medo é mesmo uma barreira, e como a mãe já vem de outros serviços chegam com um receio e uma expectativa, porque só a palavra HR assusta. (T17)

Faz 4 anos que eu estou aqui, e não aceito isso de alguns Bucos, Ortopedistas, Médicos terem de querer suturar a criança segurando à força, sabe? Eu acho que isso causa um trauma desnecessário a criança, então a comunicação que fica para aquela criança é de que o profissional da saúde é uma pessoa ruim, malvada, ele é perverso, ele que segura a força e machucar. Essa questão de conter para suturar acho um absurdo, gera um trauma, é uma forma de comunicação com a

criança. É uma comunicação que não é verbal [...] A gente segurar e fazer aquilo lá, acho horrível, acho uma imagem péssima. E qualquer outro profissional que for fazer qualquer coisa com aquela criança depois de tudo aquilo ali, não vai conseguir ter sucesso. (E7)

Foi identificado outras barreiras na comunicação da equipe de enfermagem com crianças que apresentam necessidades especiais como: Autistas, Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e com outras deficiências neurológicas. Observa-se que mesmo de forma simples, alguns desses profissionais tentam usar estratégias e suas próprias experiências para tentar se comunicar com essas crianças especiais.

[...] na minha formação, antes de ser enfermeiro eu sou fisioterapeuta, então eu trabalhei com neuropediatria e trabalhei a minha vida inteira com crianças especiais, e aí é uma faca de dois gumes[...] Tem crianças que se acalmam quando você traz para perto de você, quando você traz o acolhimento, você dá aquele abraço, aquele carinho, tem gente que se acalma[...] Já o autista é por outros vínculos, pela música, pela interação com objetos, e a gente atende poucos autistas em que conseguimos fazer o que chamamos de entrada sensorial pelo toque, são pouquíssimos.(E2)

“A gente tá recebendo muita criança com autismo, TDAH e é difícil se comunicar com essas crianças”. (T4)

Tenho aprendido muito a me comunicar com as crianças especiais e assim, é difícil falar com elas [...] eu estava preparando um para ir para o bloco, e ele não gosta que ninguém toque nele, aí eu fui trocar ele de roupa e eu já fui assim[...] aí eu fiz assim: olha tu gosta de cor azul?, com a roupa do bloco, e ele disse: “gosto”, tu gosta dessa cor azul ou tu gosta do azul escuro da cor do céu da noite?, aí ele disse: “eu gosto dessa cor”, então vamos ficar bonito?, aí ele disse: “bora!”. (T11)

“A gente tem que aprender a se comunicar, no mundo deles, né, o autista [...]”. (T5)

Com relação aos aspectos favoráveis na comunicação do profissional de enfermagem com a criança, alguns demonstraram suas experiências através da relação de confiança com a criança. Entre essas experiências, foi realizado o uso de uma linguagem lúdica durante a realização do procedimento, onde os profissionais de enfermagem demonstraram para a criança os materiais que seriam usados durante a troca de um curativo e punção venosa.

Agora o difícil é que às vezes a linguagem verbal nem sempre é possível, até do estresse da criança. A gente tem que optar pela linguagem não-verbal, pela linguagem lúdica. [...] eu fui fazer um

procedimento com tegaderm com a criança que ela tava tão ansiosa, quando ela via um profissional, ela já dava um alarme, você nem chegava perto, ela gritava, porque[...] assustada. E aí eu tentava explicar, que era só pra colar um adesivozinho, e não tinha acordo, e chorava mais ainda. Aí eu disse: não, vou fazer uma linguagem lúdica. Vou entregar pra ele o material. Aí entregava a gaze, tegaderm, a seringa. Ele pegava lá [...] demorou pra conquistar, mas depois a gente conseguiu tranquilo. (E4)

Aí eu vi que ele não era bom de veia, aí eu disse: eu vou furar você com a agulha de bebê, aí ele fez: “e é? e dói?”, aí eu disse: é uma furadinha bem suportável, assim, que nem uma formiguinha que a gente sente e não chora. Pronto, é a mesma coisa essa furada, aí ele disse: “a senhora pode me mostrar o tamanho dessa agulha?”, aí eu disse: posso, mas deixa a tia garrotear, olhar direitinho. Olha, tia vai ver aqui, mostrando tudinho, porque ele já entendia. Aí eu mostrei o tamanho do jelco, o amarelinho, 24. Aí ele fez “e é isso?”, aí eu disse: é. Aí quando terminou tudinho, que ele viu a agulha, aí veja o que foi que aconteceu, a mente dele: “ô tia, qual é o tamanho dos bebês daqui?”, ele perguntou[...] porque ele disse que a agulha era grande. (T7)

Eu acho que com a criança, quando a gente tá com criança é importante um olhar, um toque, em um momento de mais agitação para que você consiga passar pra ela que você não quer o mal dela que você está ali pra ajudar. Talvez passe com um toque, com um olhar. (E6)

No que diz respeito aos aspectos desfavoráveis na comunicação do profissional de enfermagem com a criança, observa-se que o uso excessivo da tecnologia por meio do celular dificulta o processo de comunicação do profissional com a criança. Alguns profissionais destacaram que o excesso de “telas” pelas crianças tem aumentado cada vez mais, atingido a primeira infância, adolescência até a fase adulta. Observa-se, também, outros fatores que dificultam a comunicação com as crianças, esses fatores correspondem às crianças em situação de rua, os profissionais se sentem inseguros ao abordar e interagir com aquelas em situação de vulnerabilidade social.

Eu acho que um ponto desfavorável é a barreira da tecnologia em relação a comunicação, porque as vezes você vai fazer um procedimento e a criança tá tão ligado no celular que o menino começa a chorar porque foi tirado o celular dele pra fazer um punção, isso, pra mim é um aspecto que é muito difícil, hoje é um vício muito grande viu! (E6)

Falar com as crianças, eu acho assim, crianças maiores depende muito do comportamento delas. Se ela for uma criança agressiva, eu travo, eu travo pra conversar com ele. Eu acho que a maioria é assim. Quando chega aquela criança, por exemplo, a criança de rua, aqueles meninos

que usa droga, chega esculhambando, eu acho que a maioria trava pra se chegar a ele, pra poder dar uma assistência melhor, pra conversar, eu mesma não consigo, travo. (T15)

Durante os relatos dos profissionais sobre os aspectos desfavoráveis na comunicação com a criança, surgiram questionamentos a respeito do protagonismo da criança em seu processo de cuidado. A equipe de enfermagem destaca alguns momentos em que a comunicação se inicia com os pais em primeiro lugar, e muitas vezes, os sentimentos e anseios da criança são esquecidos e subestimados.

A criança precisa ser autônoma, precisa participar do cuidado dela, e quando a gente entende isso, o resultado é melhor, né? Então, às vezes, na correria, a gente acaba ignorando a criança enquanto ser que tá ali também para participar daquilo e mantém um relacionamento restrito à mãe. E às vezes a gente esquece de que a pessoa que vai mais sofrer, é que tem menos direito em participar. (E7)

O que eu vejo também, é quando chega aqui na emergência pediátrica. Quando na realidade chega a criança, não se dirige a criança, se dirige ao pai da criança pra saber o que o pai tem a relatar, de um modo geral. O médico pergunta: o que ela teve mesmo mãe? Que num sei o quê? Qual o histórico? A criança é esquecida e o pai autor principal. (E6)

Às vezes é a própria situação de urgência que a criança passa, porque lá na frente pra preparar pra bloco, quando a gente diz: olha ele vai para o bloco! Não dá nem tempo de você explicar que ele não vai sentir nada, que ele vai dormir[...] às vezes, não dá tempo e as mães ficam assustadas. Teve um menino que tava chorando sábado, eu expliquei: não vai doer não, você vai tomar uma anestesia. Você vai dormir, mas foi uma coisa bem rápida, porque senão você perde a sala. (T4)

A subcategoria 3.2 descreve os aspectos favoráveis/desfavoráveis na “comunicação com os cuidadores e familiares”, através do agrupamento dos códigos descritivos. Ao descrever as barreiras de comunicação dos profissionais de enfermagem com a família, destacam alguns pontos importantes referente à questão socioeconômica e o nível de escolaridade dos familiares que acompanham as crianças durante a hospitalização.

A forma como a família compreende e participa das informações de saúde repercutem no processo de cuidado e tratamento da criança, isso, interfere diretamente na relação de confiança estabelecida entre o profissional de enfermagem e a criança/família.

O primeiro ponto eu acredito que é o nível de escolaridade dos pais e eu percebo que quanto menor o nível de escolaridade mais insegurança gera nesse processo de conhecimento da doença do filho e é mais difícil

de conversar com essa pessoa porque a gente não tem nenhuma preparação depois que você se forma pra deixar de falar termos técnicos, você não consegue voltar, é muito difícil você deixar[...]. não é regredir, mas falar de uma forma que a população entenda, isso é muito difícil. (E2)

Eu acho que outra barreira é que os pais hoje em dia, na verdade todo mundo tem muito acesso à internet, então assim eles já vêm com o diagnóstico, já vem com tudo formado, aí chega aqui muitas das vezes não aceitam nem a gente falar, eles mesmos já criam essa barreira porque já tem diagnóstico, já tem tratamento, já tem tudo, então nem dá oportunidade da gente chegar e conversar[...]. (T4)

A relação da mãe com a criança às vezes me parece um tanto disfuncional e isso passa para a equipe também. Como por exemplo, a gente precisa que a mãe, ela participe do tratamento da criança, então, às vezes, a gente sabe que é doloroso, mas a gente precisa pulsionar, né? [...] então, às vezes, a gente acaba que, a dificuldade de comunicação da mãe com a criança interfere na nossa capacidade de comunicar com o binômio mãe e filho. (E7)

Conforme os depoimentos dos profissionais, outros aspectos que dificultam e interferem na comunicação dos profissionais com a família é o próprio ambiente da emergência pediátrica como: a estrutura física, o estado físico e emocional dos familiares, o tempo de espera para a realização dos procedimentos e avaliação das especialidades médicas que atendem a criança nesse contexto. Com isso, é possível perceber que a comunicação entre a equipe de enfermagem e a criança/família pode estar comprometida.

Tem muitas barreiras, mas a principal são os pais. E eu acho também a questão do desconforto, as cadeiras daí de baixo para as mães são muito desconfortáveis e, assim, por mais que tenha criança que passa, o quê? Uma semana aqui, a mãe vai passar uma semana na cadeira, sentada. A posição e a própria questão da alimentação também é muito ruim. A cadeira, o desconforto e a mãe já está cansada e vê o seu filho doente, passando por aquela situação, não consegue descansar[...] Aí vai o tempo todo tentando dormir, não consegue descansar, aí fica nessa situação e o estresse passa para o filho e pra todo mundo[...]. (T12)

Tipo, demora o atendimento dos especialistas, principalmente aqui na ala neurológica, é uma coisa absurda, né? Tanto para sutura, que é o maior problemas do mundo, e gera uma insatisfação na mãe e no pai que, por sua vez, desconta na enfermagem, aí isso, para mim, é considerado uma barreira também e é um problema difícil de se resolver. Às vezes a família faz escândalos e os outros acompanhantes veem isso, é complicado. (E3)

Alguns dos requisitos considerados favoráveis na comunicação com a família foi a reflexão dos profissionais a respeito da forma como abordam os cuidadores/ família em seu contexto de trabalho. Sabe-se que uma das formas citadas, mais uma vez, foi a comunicação não verbal, um dos profissionais destacam as expressões faciais e o corpo como um instrumento de comunicação que pode facilitar ou interferir no acolhimento da família durante a internação da criança.

Acho que a gente tem que ter muita paciência, né? saber falar..., você pode dar um não de diversas formas, você pode dar um não grosseiramente ou você pode dar um não delicadamente então eu acho que a questão da fala de como você se expressa e como outro percebe sua expressão eu acho isso muito importante tanto de uma forma positiva quando de uma forma negativa, a forma que você fala o tom que você usa. Porque muitas das vezes o corpo fala, o corpo com certeza fala! Suas expressões faciais e a movimentação do seu corpo, então[...]. (E8)

A respeito dos requisitos considerados desfavoráveis na comunicação com a família foi a presença de acompanhantes no ambiente da emergência pediátrica. Muitos dos profissionais, acreditam que os acompanhantes tendem a atrapalhar a comunicação durante os procedimentos realizados com a criança, gerando conflitos entre a equipe e a criança/família durante a realização das ações de cuidado. Observa-se que a falta de comunicação com a família ao explicar a realização dos procedimentos com a criança, segundo os profissionais, acaba causando insegurança e angústia nos cuidadores/família.

Aí a gente conversou com ela, pra acalmar ela..., mas, assim é muito difícil, quando fica duas pessoas. Porque, atrapalha o serviço da gente, atrapalha o que você vem trabalhando com a criança desde o começo. Vai tudo por água abaixo... Aí a criança fica nervosa, ela chora, e duas pessoas da mesma família atrapalham muito. É uma das coisas que eu acho desfavorável. (T4)

[...] a gente tem que atender a uma demanda grande, não é fácil, só que elas(mães) querem tudo de imediato, aí às vezes a gente se incomoda. Mas a gente também tem que se colocar no lugar delas, elas não entendem, não sabem, muitas tem uma educação, de tentar nos entender, mas o medo da mãe passa para criança, a insegurança da mãe passa para criança. (T16)

Com relação à família, quando a mãe é muito assim, desorientada com tudo que vai acontecer com a criança, então tudo que você faz que você não explica, isso gera uma tensão pra ela muito grande. Por exemplo, você vai puncionar uma veia e não consegue de primeira, aí fura a

segunda, aí quando você explica pra mãe isso já gera um estresse muito grande. (E4)

A subcategoria 3.3 trará os “conhecimentos e práticas dos profissionais de enfermagem” sobre comunicação e letramento em saúde, através do agrupamento dos códigos descritivos. Segundo os profissionais, as principais estratégias de comunicação realizadas com a criança/família no contexto da emergência pediátrica foram o uso da comunicação não verbal por meio do toque terapêutico e a linguagem lúdica por meio da comparação de uma “picada de uma formiga” a furada da agulha ao realizar a punção venosa e a distração por meio do uso do jogo chamado “Free fire”.

Assim, num momento em que você está puncionando uma veia, eu gosto muito de alisar a cabeça de uma criança, porque, assim eu acho que é a confiança que você passa pra ele ou quando ela tá chorando eu pergunto de um desenho, geralmente eu pergunto se gosta de algum jogo. Aí eu pergunto: tu gosta de algum jogo? Ele responde: “gosto tia, eu gosto de free fire!”. E isso acaba descontraindo um pouco, né? Mas, quando é pequenininho ele só faz chorar, eu acho que você passando a mão na cabeça dele de alguma forma eu acho que ele dá uma relaxada. (T9)

Eu me lembrei de uma criança que eu e T2 a gente ia puncionar um acesso nela e só da gente fazer um carinho nela aqui na testa a criança dormiu. Ele dormiu e a gente puncionou o acesso. Então, sempre que tem criança agitada, a gente passa a mão aqui (na testa) [...] E não é só criança não, é adulto também. Toque terapêutico, não sei se tu já ouviu falar no termo, toque terapêutico. O toque é muito poderoso. Alivia a dor. (T10)

[...]assim que eu chego, se o menino tiver muito agitado, aí eu paro e digo: “olhe, tia, vai só procurar uma veinha”. Por enquanto, eu vou só procurar. Se eu encontrar, aí eu furo, tá certo? Aí ele me dá o bracinho, eu garroteio, e digo: “agora eu vou dar uma picadinha de formiga”. Eu converso dessa forma. (T15)

Também, foi possível verificar outras estratégias de comunicação utilizando a linguagem lúdica e a reflexão dos participantes a respeito do nível de desenvolvimento da criança. A equipe de enfermagem cita que a comunicação efetiva precisa envolver o acolhimento e a relação e confiança com a criança, possibilitando o acesso às informações de saúde durante a realização dos procedimentos.

[...] quando tem muita gente às vezes a criança tá muito agitada, aquilo tudo é novo para ela e acredito que conversar de forma tranquila e observar, ser honesta, observando a compreensão de cada idade[...] A gente explica para ela que isso é passageiro, que ela não está sozinha, e isso é muito importante, tornando esse ambiente seguro e favorável, diminuindo o estresse e ansiedade. Muitas vezes a gente compreende que o choro é para dar vazão ao que ela está sentindo, como medo, dor, insegurança e por aí vai”. (T2)

Eu acho que assim, a gente conversando para que a criança tenha confiança na gente. Porque eu tiro pela tomografia, quando eu vou levar que às vezes a criança tá com medo, aí eu mostro, explico “não vai doer, não vai lhe furar, olhe como é: tem uma máquina”, aí eu mostro a ele, sai entra e “tá vendo que não dói?” Aí a criança pega aquela confiança e que realmente não vai doer e que não precisa ter medo e consegue fazer o exame. (T12)

[...] mas eu acredito que tem como diminuir os traumas que aquela criança sofre, você acolher a criança de uma maneira adequada, mesmo no calor da emoção você trata aquela criança com acolhimento e segurança, explicando mesmo o que tá acontecendo que ela não está só, só o fato de você dizer “olhe eu estou aqui com você, me ajude que eu vou lhe ajudar e a gente vai conseguir”, mesmo naquele momento de agonia e de aflição[...] eu acho que isso é uma das estratégias que a gente pode tá lançando para melhorar essa comunicação com aquela criança, porque a partir desse momento a criança vai entender que ela pode confiar em você[...]. (T10)

A criança vai para o centro cirúrgico aterrorizada, né? [...] eles vão para cirurgia e não sabem nem o que é. Então, às vezes, a gente tem que explicar em um nível mais adequado ao desenvolvimento daquela criança, porque basta a gente dizer que vai botar uma roupinha verde, que vai para um lugar gelado, que vai chegar lá e todo mundo vai tá de roupinha verde e que vai dormir e quando acordar já vai ter terminado e vai ter um curativo. Então, assim, de uma maneira bem simples, a criança já diminui o medo e ela já vai menos aterrorizada. (E7)

Ainda com relação às estratégias de comunicação, a partir das abordagens lúdicas, a equipe de enfermagem descreve o uso de brinquedo terapêutico como uma possível estratégia de comunicação que pode ser utilizada com as crianças em um ambiente de internação. Também, o uso de abordagens lúdicas por meio de desenhos animados para a distração e interação com a criança durante a realização dos procedimentos como lavagem retal e troca do curativo.

Mas acho que tem uma coisa chamada brinquedo terapêutico, que a gente sempre tenta explicar pra a pessoa que vai ser feita nela, e serve pra qualquer procedimento, isso alivia muito a tensão. Sendo que necessita de algum material pra isso: bonequinho, material pra gente

simular sonda, seringa, pra a gente se aproximar, pra tocar, pra ter um momento com ela e aliviar essa tensão. Porém na emergência é um pouco mais complicado, mas seria super válido. (E4)

Foi uma criança que iria fazer uma lavagem retal, e quem ia era outra técnica. Mas, chamou tanta atenção a blusa de T12, da Frozen, que a menina "criança" disse: eu quero a Frozen! Então é assim, querendo ou não, isso aproxima a criança, e quebra o aspecto do medo. (E6)

[...] eu peguei uma criança que estava muito assustada porque ele ia fazer um curativo, o menino caiu de bicicleta[...] então foi tentado fazer aquela negociação, já que o menino era maior, já tinha um entendimento. Aí eu já fui tentando conversar com ele, ele tava com a camisa do homem aranha, aí a gente já pega aquilo ali e já vai tentando puxar um assunto que talvez seja do interesse dele. Então eu já conversei com ele sobre o homem aranha, se ele gostava, que era o meu super-herói favorito[...]. Porque, às vezes, é uma música, um personagem do que ele está com a roupa, do que tá com boneca. “Então, é uma forma da gente quebrar o gelo e começar a comunicação ali com aquela criança e depois partir para o nosso interesse que é fazer o que temos que fazer[...]. (E7)

Com relação ao entendimento dos profissionais a respeito do conceito de comunicação em saúde, os participantes descreveram que é necessário desenvolver habilidades de comunicação empática e específica com a criança, entender o ambiente em que ela está inserida, socialmente e emocionalmente. Já a respeito da comunicação com a família, os profissionais destacam que precisam aprimorar sua comunicação de forma clara e efetiva, explicando e orientando os cuidadores/famílias todas as ações de cuidado prestadas à criança pela equipe de enfermagem.

No que diz respeito ao conceito de letramento em saúde, os profissionais entendem que esse conceito utiliza a comunicação em saúde como um instrumento intermediador para o autocuidado e o profissional de enfermagem, nesse contexto, é o facilitador das informações de saúde, possibilitando na criança/família desenvolver motivações para acessar, compreender, processar e aplicar as informações de saúde na tomada de decisão durante o ciclo da vida.

[...] eu acho que é na questão da comunicação em saúde, você saber se comunicar de forma adequada com o acompanhante e principalmente com crianças, né? Porque é uma linguagem completamente diferente. (E5)

[...] a comunicação tem que ser simples e efetiva, mas para eu ser um comunicador, eu tenho que entender todo o contexto, da criança, o que ela tá passando e o que eu posso oferecer de bom, para que o serviço ande [...]. Então, esse autocuidado vai ser mútuo, tanto meu né, que eu

vou ter segurança do que eu estou fazendo, e dela (criança) que tá recebendo, e vai gerar uma cumplicidade, onde o pai ou a mãe com essa criança, vai levar para a vida toda[...]. (T2)

Eu tô com aquela mãe ali daquele paciente, e eu vejo que ela não tem nenhuma qualidade assim, de entendimento, e eu me doar até que eles possam entender o que eu tô falando. Me doar com compaixão. Me colocando ali naquele lugar. (T7)

Comunicação, eu acho que, no caso do letramento, é o ato de se fazer compreendido, né? Porque não adianta eu falar e quem está recebendo a informação não compreender a minha fala. Então houve aquela barreira, houve aquele filtro, ele não conseguiu compreender. E o letramento é exatamente isso, né? Ele compreende aquela informação e coloca em prática, né? Visando sempre o cuidado, o autocuidado. (E8)

[...] na verdade esse conceito aqui ele tá relacionado diretamente ao paciente, essa capacidade que ele vai ter em entender, de processar e compreender e daí então ele tomar a decisão[...] e a gente tem a função meio que de formar ele. (T10)

O letramento em saúde segundo os profissionais de enfermagem, pode ser atingido pela criança/família através da participação da equipe de enfermagem como um colaborador na promoção do cuidado, trazendo a criança e a família como participantes ativos do seu autocuidado, desenvolvendo abordagens e estratégias de comunicação mais acolhedora e humanizada no contexto da emergência pediátrica. Assim, os participantes destacaram que a promoção do letramento em saúde da criança/família envolve uma linguagem simples e empática que valoriza as particularidades da criança.

[...] você não aprende falando, né. As duas primeiras coisas que você desenvolve é, justamente, o ouvir e o falar. E a primeira coisa que você passa é ouvir. Porque, a criança ouve tanto a mãe dizendo: ‘Mamãe’, que ele não sabe nem uma letra, mas ele começa a ouvir: ‘Mamãe’ e repetir: ‘Mamãe’. E ele vai e diz a palavra: “Mamãe”. Então, tanto com a repetição da comunicação, ele vai desenvolvendo a compreensão, né? E aí, essa compreensão, que é a participação dele, vai ser ativa. Principalmente da mãe como da criança. Quando isso acontece, uma boa comunicação, no ouvir e no falar, as outras coisas vão fluindo para que possa ter algo positivo, resultado positivo. Mas se há falha no ouvir ou no falar, o ciclo vai ser interrompido[...]. (E6)

Toda vez que eu passo uma sonda naso gástrico, eu acho terrível, eu me imagino aquela sonda passando no meu nariz... Aí eu sempre explico pra mãe e para a criança”. Ela já usou sonda, mãe? Sabe como é? Eu explico: vai para o estômago, não dói, vai sentir uma sensação de vômito... É explicar, isso conta muito. (E3)

Assim, eu compreendi o seguinte: a comunicação é tudo né? Você precisa primeiro saber se comunicar, né? Entender no contexto da emergência[...] você precisa saber quais os cuidados também, como você vai abordar essa criança que tá chegando, baseado no que ela tá trazendo, um trauma, uma hemorragia, uma queda[...] Então, você precisa discernir também como você vai fazer essa abordagem, tanto para família, como para criança, porque você sabendo se comunicar vai ajudar no processo de cura e autocuidado [...] eu posso chegar para ela e explicar, tudo do começo, como vai ser aquela abordagem, para tranquilizá-la, trazer a família também, como o ajudador nesse processo, porque cada vez que a gente se aproxima, para fazer uma medicação, um procedimento, aquela criança entendendo a minha comunicação com ela, ela não vai ter medo, né? Ela não vai ter medo de quando eu me aproximar, e fazer um procedimento ali. Então, vai ser um colaborador. (E1)

Aí ela disse: “Mas ele (criança) pode comer?”. Eu disse: Mãe, seu filho está prestes a ir pra uma sala de cirurgia pra retirar o apêndice que tá inflamado, como é que ele vai comer? Se ele comer, na hora da anestesia ele pode broncoaspirar. O que é broncoaspirar? O cumê ao invés de ir pro estômago ir pro pulmão, e aí pode morrer. Aí ela: “Ah, tá certo”. (T4)

É como uma alfabetização, né. B com A, BA, B com E, BE. O médico vai falar horrores no consultório, mas ali não vai entender nada. Quando ela sair, a gente vai saber que ela não entendeu. Mãe, tu entendeu o que o médico disse? É, assim, eu não entendi bem não. Ele falou tão difícil”. Aí a gente volta, resgata o conceito “Ah, entendi agora”. [...] agente que passa a maior parte do tempo, a gente percebe que o acompanhante não entendeu. Ele não tem obrigação de entender toda aquela terminologia, né? Então aí, a gente vem, de fato e alfabetiza. (E8)

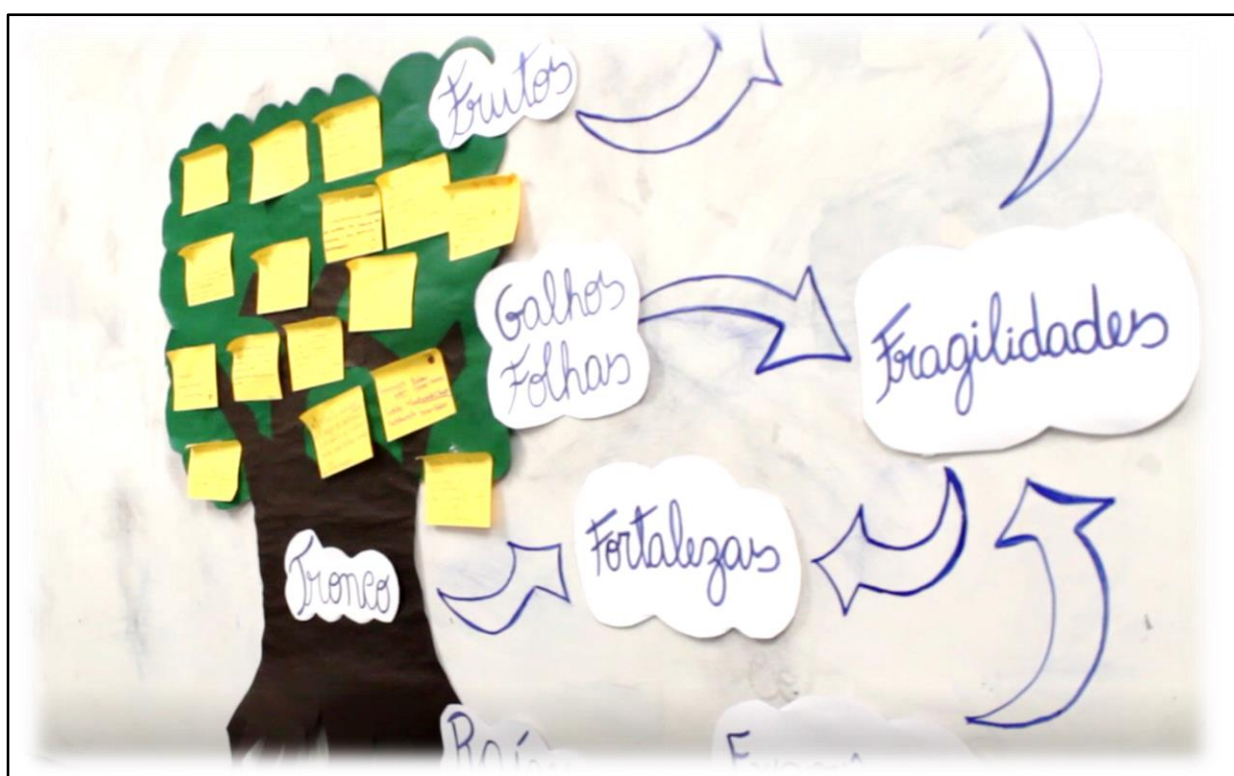
6.6 CATEGORIA 4 - COMUNICAÇÃO E LETRAMENTO EM SAÚDE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: NOVAS AÇÕES A PARTIR DOS CONHECIMENTOS CONSTRUÍDOS DURANTE O PROCESSO FORMATIVO.

A quarta categoria irá abordar as contribuições do processo formativo para a promoção do letramento em saúde a partir das habilidades comunicativas com a criança/família desenvolvidas na emergência pediátrica. Os participantes apresentaram por meio de filmagens (3 -5 minutos) uma atividade de ensino-aprendizagem em (dupla ou trio) realizada no ambiente de trabalho que resgatou uma das estratégias de comunicação com a criança/família apreendidas no curso de extensão.

Nesse momento, os profissionais expressaram suas experiências, sugestões e conhecimentos construídos durante o processo formativo por meio do Método Criativo

Sensível (MCS)- “Árvore do conhecimento” a partir da autorreflexão dos participantes às perguntas condutoras realizadas no quarto encontro da ação educativa, conforme a Figura 9: Quais experiências você teve ao longo do processo formativo? Como esses conhecimentos fortaleceram a sua comunicação com a criança/família na promoção do Letramento em Saúde? Quais as dificuldades enfrentadas no processo formativo? Sugestões para melhorar as habilidades de comunicação com a criança/família? Como esse processo formativo contribuiu na construção do conhecimento e comunicação com a criança/família no seu contexto de trabalho?

Figura 9 - Autorreflexão dos participantes realizada a partir do Método Criativo Sensível (MCS) - Árvore do conhecimento. Recife-PE, 2022.



Fonte: Autor.

A subcategoria 4.1 trará as “ações desenvolvidas pelos profissionais” na emergência pediátrica, através do agrupamento dos códigos descritivos. Ao descreverem suas experiências na comunicação com a criança/família, a estratégia lúdica mais utilizada pelos participantes foi o brinquedo terapêutico por meio do uso de fantoches. Essa estratégia foi utilizada como um instrumento intermediador na comunicação profissional-criança-família durante as ações de cuidado.

Segundo os participantes, o planejamento das ações desenvolvidas precisa ser organizado e realizado levando em consideração a idade cognitiva, o estado de saúde e a participação ativa da criança, assim como o ambiente da emergência pediátrica.

Quando eu era acadêmico, sempre tive afinidade com a área de saúde da criança, eu fazia parte de um projeto de extensão e envolvia o brinquedo terapêutico, e a gente aplicava naquelas crianças que tinham os sinais de hospitalismo que chama, criança irritada e tudo mais, e E9 também gostou pois quando era acadêmica também participava de um projeto de extensão. (E4)

A gente teve até sorte, porque estava um plantão até tranquilo, e estávamos pensando em qual criança abordar, pensamos na área amarela, pensamos até numa criança que tinha engolido uma moeda, mas como iríamos chegar e abordar ela? (E9)

[...] tem que pensar, não só na criança, além de colocar na faixa etária de 6 a 12 anos, tem que ver a patologia da criança”. [...] a mais cooperativa foi a que ia para o bloco cirúrgico, ia fazer uma apendicectomia, e aí ela tava bem cooperativa, se encaixava na faixa etária, conseguiu entender a proposta. Aí explicamos o procedimento, como ia acontecer e tudo mais, foi bem tranquilo. (E4)

Nesse mesmo contexto, outros participantes relataram algumas dificuldades na execução das estratégias de comunicação com a criança. Entre elas, destaca-se compreender a linguagem da criança, os aspectos físicos, sociais e emocionais, o processo de adoecimento e a rede de apoio em que a criança está inserida.

Durante as ações de ensino-aprendizagem, os profissionais relataram insegurança durante a sua realização, porém perceberam que essas experiências foram significativas para o aprendizado, aperfeiçoamento e aplicação desses conhecimentos para a promoção do letramento em saúde na emergência pediátrica.

Na verdade a gente quis pegar uma criança grande porque achou que ela não ia chorar, mas só que no momento é tudo inesperado, a gente vamos pegar essa, porque acho que essa é grande e não vai chorar, ela vai entender o que vamos fazer[...] mas a menina gritava, gritava muito porque tava com muita dor abdominal, realmente ela sentia muita dor, então assim, ela tava apavorada com tudo, com todos, então a gente tentou de alguma forma tentar acalmar ela, e levou os fantoches para tirar a atenção dela, fora a mãe, a ansiedade da mãe, o medo da tomografia, a mãe só se preocupava com isso, mas porque ela vai fazer a tomografia? A mãe era muito assim, ela perguntava muitas coisas, muito ansiosa, porque ela não queria que ela fosse para a cirurgia, e a gente de alguma forma tentou tranquilizar a mãe, medicou a menina,

enfim, quando a gente passou o plantão a menina tava dormindo bem tranquila[...]. (T14)

Na verdade, a gente fica muito nervosa, numa situação dessas, mesmo sabendo que são crianças, o trabalho da gente no dia a dia é com as crianças, mas a gente fica muito nervosa, como vai ser? será que vai dar certo? Mas depois que você realiza todo o trabalho você sente que foi gratificante, porque você teve uma nova experiência, você aprendeu mais alguma coisa, você deu mais um passo[...]. Já depois quando você começa a colocar em prática aquilo que você aprendeu, então a gente se sente realizado. (T8)

Outra estratégia de comunicação executada pelos profissionais com a criança/família foi a técnica *Teach-back*, que teve o objetivo explicar as informações de saúde para os cuidadores/famílias realizadas com a criança na emergência pediátrica.

Quando eu estava no curso, participando, eu fui me aprimorar mais sobre o assunto, e eu vi que a técnica Teach-back é a que finaliza tudo em termos de comunicação em saúde, vi que ela é importantíssima porque ela gera benefício a médio e a longo prazo”. Essa abordagem, é o elo principal com o acompanhante né, porque precisamos muito da ajuda dele. Se não houver essa abordagem, e fomos diretamente para a criança, eu acho que na nossa vivência em que precisamos fazer o procedimento direto em casos de risco, a gente ainda precisa explicar”. (T2)

É muito importante a gente fazer esse tipo de pergunta para saber se a mãe realmente tá entendendo o que a gente tá passando pra ela, e sobre as dificuldades né, tanto da mãe quanto da criança, porque Ítalo já é um menino de treze anos, então ele já entendia muita coisa e já sabia explicar, tanto que a gente perguntou e ele respondeu. (T1)

A subcategoria 4.2 abordará as “percepções dos profissionais sobre as principais mudanças e conhecimentos construídos”, através do agrupamento dos códigos descritivos. As experiências e os conhecimentos que fortaleceram a comunicação e LS da equipe de enfermagem com a criança/família durante o processo formativo.

E muitas vezes a gente não fala pra ela, ah vou passar uma sonda em você, chega para a mãe, e diz que vai passar por conta, disso, disso e disso... e chega de repente, segura ela (criança), que a gente vai fazer o procedimento, e ela fica ali sem entender o que está acontecendo, né. Os dois precisam de esclarecimento, tanto a mãe como a criança, e a explicação, da melhor forma possível[...]. (T3)

Mas eu ia me arrepender muito se eu não viesse, aprendi muito porque a gente sabe que a comunicação não é só com a criança, como a nossa

chefe disse, é também com os pais, muito importante quando eles chegam muito aflitos. Uma coisa que eu aprendi foi me comunicar melhor, porque como as colegas sabem eu sou muito vergonhosa para falar, eu sou muito calada, mas eu aprendi a me comunicar um pouco melhor e pretendo aprender um pouco mais repassando tudo aquilo que a gente viu aqui, que a gente aprendeu aqui[...] com vocês também, aí para mim foi muito bom. (T8)

A experiência que eu tirei aqui do curso foi muito boa, são situações diferentes, porque é preciso saber o tom de voz certo para lidar com os pais e saber explicar da maneira certa e tentar amenizar as dúvidas dos pais. (E5)

Com relação às dificuldades enfrentadas, sugestões para melhorar as habilidades de comunicação com a criança/família, os participantes destacaram a necessidade de tornar o ambiente da emergência pediátrica mais agradável e acolhedor para a criança no que diz respeito a um lugar para brincar, desenhar e interagir a partir de estratégias de comunicação adequadas para o nível de desenvolvimento da criança. Também descreveram as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores/famílias ao se depararem com uma linguagem técnica que impede a compreensão das informações de saúde transmitidas pelos profissionais médicos no cuidado com a criança.

O curso de extensão “Comunicação e Letramento em Saúde no contexto do cuidado à criança”, segundo alguns participantes é um processo educativo que deve ser permanente e ofertado a toda a equipe multiprofissional. Também é um processo educativo continuado, pois precisa estar inserido na formação do profissional de saúde que participa do cuidado com a criança/família.

E a gente poderia preconizar que o ambiente da emergência pediátrica fosse um lugar mais alegre, que tivesse brinquedos, que as crianças pudessem brincar, um lugar que tivesse desenhos. Onde os doutores da alegria pudessem chegar e ficar para brincar, acho que atualmente é um lugar muito frio e isso precisa mudar. Os médicos falam com as mães com uma linguagem difícil que elas não conseguem entender, então a gente usa uma linguagem mais acessível[...]. (E5)

[...] esse tipo de curso não é um curso para você participar uma vez no ano, isso é educação permanente, e quando a gente vem e esquece a gente tem um novo treinamento, a gente resgata, e aí a gente passa um tempo né, esquece, aí depois vem novamente e resgata. Na verdade, eu acho que tem certas coisas que precisam fazer parte de uma educação continuada de uma educação permanente né!? Essa questão da educação em saúde é importante em todos os níveis da assistência, isso é a segurança do paciente, então isso (letramento) não pode ser uma

educação pontual, tem que ser uma educação contínua, precisa ser uma educação permanente[...]. (E8)

Já as contribuições do processo formativo para a construção do conhecimento na comunicação com a criança/família no contexto do trabalho, os participantes descreveram suas opiniões a respeito da melhoria da assistência na emergência pediátrica com relação ao acolhimento, humanização e empatia na relação profissional-criança-família.

“Melhorar um pouco a assistência na pediatria, porque às vezes a gente acaba engessando, então essa questão do olhar, a humanização do cuidado, envolver a criança”. (E4)

Eu acredito que a gente teve boas reflexões e a gente tá tentando inserir aquilo que estamos aprendendo, e a gente se tornou um pouco mais paciente com os pais também, e entendendo né, como você sempre fala desde a primeira abordagem que você fez com a gente de refletir a nossa infância e entender que aquelas crianças também passam por algo ou passou né!? É a gente ser um pouco mais compreensivo e ser mais empático. Acho que foi uma riqueza[...]. (T1)

O que eu coloquei aqui nesses frutos são coisas que a gente já sabia, mas que a gente não tinha essa visão que a gente passou a ter depois disso tudo. O curso de extensão me fez pensar sobre o assunto de uma forma diferente, não foi nada de outro mundo, aquilo que a gente vivenciou aqui. Mas que dentro da prática lá na emergência pediátrica a gente age de formas que talvez a gente fosse permanecer ali naquele erro sem saber se expressar[...], mas eu tenho que me colocar no lugar da mãe, porque para aquela criança estar bem, aceitar o que a gente vai fazer, a mãe tem que estar bem porque é porto seguro da criança, então tudo está envolvido. Querer conhecer melhor o meu paciente, que estou dando toda aquela assistência, com todas as dificuldades, porque a gente aprendeu isso nesse curso[...]. (T7)

A melhora da comunicação mesmo, a forma de você chegar[...] fazer o que você realmente queria e conseguir de alguma forma amenizar aquele sofrimento, aquela angústia. Saber chegar e tentar amenizar tudo isso. Era tudo o que a gente já fazia, mas a gente não tinha conhecimento de como aplicar isso no dia a dia. O objetivo final é amenizar toda essa angústia, essa problemática, e tentar fazer com que a criança fique o mais cooperativa possível. Melhorar a comunicação com o paciente, a questão da empatia, do respeito, da segurança e tranquilidade e desenvolver novas práticas de comunicação. (E5)

O letramento contribuiu muito para a minha experiência como profissional e ser humano, por sentir pelo outro (empatia), e em questão de nos aproximar mais dos pais e crianças de uma forma direta e simples, e com os colegas também. (T20).

Os participantes relataram a importância de envolver a criança no seu próprio autocuidado, compreendendo a sua linguagem e particularidades, assim como desenvolver uma boa comunicação com o cuidador/família durante o contexto de hospitalização.

[...] comunicação, entre a criança e a mãe, porque a gente olha mais a mãe apesar da gente trabalhar com a criança, mas a gente olha muito a mãe, a gente sempre comunica mais a mãe que vai fazer isso e aquilo e se esquece um pouquinho da criança. Agora a gente começa a olhar mais os dois e não um só, principalmente, porque a criança quando ela chega o elo maior é a mãe. Então quando eu falo para a mãe que eu vou fazer tal procedimento na criança e que eu não falo para criança, aí a criança fica imaginando: “Poxa porque minha mãe tá deixando, essa moça que a gente nunca viu, nem conhece, deixar fazer isso comigo? Por que que ela tá deixando?” Então, a gente pediu para ela, falou porque tá fazendo e mesmo que a gente tenha que usar e falar com a comunicação dela[...] talvez ela vai entender melhor porque que a mãe tá deixando aquilo acontecer, porque muitas vezes a criança diz: “mãe, não deixe que ela faça isso comigo”, eu acho que isso deve ser muito ruim. (T3)

Me ajudou muito a forma de abordar as famílias e agora a gente já sabe de forma mais clara como fazer essa abordagem, a linguagem, a forma de falar porque nem todo mundo tem o conhecimento, então, é preciso saber falar até onde a pessoa consegue compreender, de forma clara e objetiva. (T6)

Para mim, contribuiu de uma maneira que todo paciente ou familiar ele deve saber com antecedência todo procedimento que vai ser realizado na criança, e explicar de uma maneira de fácil compreensão, porque logo quando eu entrei aqui, aí quando uma criança chegava na admissão, dizia: “Mãe me dá essa menina aqui por favor”, não dizia nem o que ia fazer, aí a mãe perguntava o que eu ia fazer e eu respondia que ia pegar acesso. Agora não, agora eu falo: Olha mãe, vou ter que pegar um acessozinho, um soro, a senhora poderia levar ela na salinha aqui por favor? (T11)

O curso pra mim, serviu para aprimorar mais minha comunicação, paciência e empatia com a mãe e criança né!? E mostrar as coisas mais simples pra eles no dia a dia, e observar mais o contexto da vida deles, pois assim fica mais claro as coisas para eles e para mim, para ajudar no dia a dia de cuidados da criança. (T19)

Outras contribuições do processo formativo foram o aprendizado, a oportunidade de adquirir novos conhecimentos e potencializar os já existentes. Verifica-se que a maioria dos participantes consideraram que o processo educativo permitiu fortalecer a comunicação e

letramento em saúde no cuidado à criança/família e proporcionar aos profissionais reflexões a respeito das suas ações no ambiente de trabalho.

“O curso contribuiu com o conhecimento, experiência e reflexão das limitações e desafios do meu dia a dia, e me fez compreender que a comunicação simples clara e objetiva faz fortalecer nosso trabalho”.
(T2)

Esse curso foi muito importante, eu aprendi muito e eu acho que tira a gente do comodismo, porque às vezes a gente tá trabalhando tanto e acha que sabe tudo, então eu me sinto vitoriosa por poder ter me esforçado, queria dar um melhor[...] Eu vi T18 estudando, eita tem que fazer isso, então eu vi o empenho de todas, seria bom que todos tivessem participado porque foi um curso excelente. (T14)

Na minha visão, o curso inteiro me trouxe assim, uma motivação para a gente se aperfeiçoar mais, porque o conhecimento ele sempre é renovado né!? Ele nunca é “arquivo X”, acho que toda a experiência e todo esse contexto que você trouxe para a gente veio nos fortalecer e nos animar a executar um bom trabalho. E trazer essa comunicação não só para a vida do cliente que a gente está atendendo, mas também para a vida da gente mesmo, sabe, levar para a nossa casa, para os nossos amigos, e ter essa abordagem mais simples, clara e objetiva né!? [...].
(T10)

[...]melhorar a comunicação com a minha equipe de trabalho em favor do paciente, porque é importante a minha equipe está unida em um só objetivo, porque se tiver, aquelas 12h ou 24h vai ser satisfatória, então você vai render mais diante do que você veio fazer ali[...]. (T7)

7 DISCUSSÃO

Na categoria temática 1 resgatando a criança interior dos profissionais de enfermagem da emergência pediátrica, foi possível perceber as impressões/reflexões dos participantes referente à capacidade de autoconhecimento, reciprocidade e autocuidado frente às suas experiências da infância, vínculos com a família e superação das dificuldades. Concordando com essas evidências, alguns estudos apontam que o bem-estar e a empatia estão interligados, visto que foi identificado que o maior nível de empatia é evidenciado entre os enfermeiros que apresentam maior qualidade de vida (BORDIN *et al.*, 2019; BOURGAULT *et al.*, 2015).

A empatia não é uma aptidão natural, mas precisa ser adquirida, ela está localizada entre um dos domínios centrais da inteligência emocional, das capacidades sociais e da comunicação (BORDIN *et al.*, 2019; TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2018). É considerada um instrumento de tecnologia leve, isso porque pode ser utilizado por enfermeiros durante as ações de cuidados à população e nas atitudes de quem a aplica. Além disso, está relacionado às interações interpessoais baseadas no respeito, na reciprocidade, no autoconhecimento e na capacidade de autocuidado dos próprios profissionais de saúde. Nesta perspectiva, possibilita maior domínio dos sentimentos quanto à ansiedade e ao estresse, trazendo maior equilíbrio frente às relações de cuidado (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019; SAVIETO; LEÃO, 2016).

Ao reviver a infância nas idades de 6-12 anos, os participantes refletiram a respeito de suas experiências, sentimentos e emoções e ressignificam a sua infância para compreender e se aproximar das crianças da emergência pediátrica. Confirmando esses achados, a comunicação em saúde é um componente crítico que muitas vezes é negligenciado na prática pediátrica. A habilidade em se comunicar abertamente e com compaixão é fundamental para um atendimento eficiente e eficaz na rotina de saúde. Percebe-se que essa capacidade se torna indispensável na relação de confiança entre profissionais-criança-família no contexto da hospitalização (LEVETOWN, 2013).

Nas relações sociais, a empatia é uma habilidade socioemocional individual e multidimensional que envolve componentes afetivos, cognitivos e comportamentais. O afetivo, diz respeito aos sinais de simpatia e de compaixão, o cognitivo corresponde a capacidade de interpretar e compreender a perspectiva do outro, e a comunicação verbal ou não verbal por meio dos sentimentos, envolve o componente comportamental (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019; KESTENBERG, 2013).

A categoria temática 2, permitiu fortalecer a capacidade de “colocar-se no lugar do outro” desenvolvendo maior vínculo de confiança, a partir dos componentes afetivos,

cognitivos e comportamentais na comunicação empática com as crianças/famílias que estão sob seus cuidados. Os profissionais destacaram sentimentos diversos, que em sua maioria envolveram a compaixão, o medo do desconhecido e a confiança. Também relataram a necessidade de conhecer o nível de desenvolvimento físico, cognitivo e socioemocional da criança, assim como as fragilidades que envolvem a dor, o medo da morte e as incertezas durante o processo de hospitalização na emergência pediátrica.

Segundo Vygotsky, o desenvolvimento infantil consiste na capacidade da criança transitar de um nível elementar para outro mais elaborado de realização de tarefas, ao compreender o que acontece ao seu redor, ocorrendo transformações no seu comportamento. A interação da criança com o ambiente possui uma função mediadora, isso interfere no seu desenvolvimento, seja através das pessoas com quem ela se relaciona, o ambiente em que vive e alguns signos cujo significado ela passa a compreender (LA BANCA; NASCIMENTO, 2019; SANTOS *et al.*, 2016).

Nos relatos dos profissionais de enfermagem ao longo do processo formativo, destacaram, também, a importância de compreender a linguagem específica da criança, seja ela verbal ou não verbal, a partir da interação e comunicação entre profissional-criança-família. Por isso, os profissionais precisam refletir o papel que desempenham como agentes mediadores nas zonas de desenvolvimento infantil, pois eles podem e devem auxiliar as crianças a melhor compreenderem o processo de adoecimento, hospitalização e tratamento pelo qual estão passando, por meio de uma abordagem que contemple suas necessidades e singularidades (VYGOTSKY, 1978; SANTOS *et al.*, 2016).

Nesta perspectiva, com relação à percepção da equipe de enfermagem a respeito da comunicação empática, os participantes abordaram as possibilidades e dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho. Desde a necessidade de treinamento com os profissionais em serviço sobre comunicação empática e os aspectos socioemocionais da criança e suas particularidades, até o desenvolvimento de uma abordagem comunicativa clara e objetiva com a criança/família durante as ações de cuidado.

Um estudo realizado na Turquia em 2016, sobre o efeito de um treinamento de empatia nas habilidades comunicativas dos enfermeiros pediátricos, apontou a importância em aperfeiçoar o nível de empatia desses profissionais. Já que segundo alguns estudos, os níveis de empatia desses profissionais encontram-se baixo ou intermediário (KAHRIMAN *et al.*, 2016; ALBUQUERQUE *et al.*, 2019). A respeito das ações de vínculos dos profissionais de enfermagem com a criança/família, observa-se que a comunicação empática pode colaborar

com um cuidado humanizado e acolhedor, fazendo com que os profissionais percebam a necessidade do outro, a fim de proporcionar a ajuda necessária.

De acordo com a Política Nacional de Humanização, humanizar significa inicialmente valorizar os sujeitos envolvidos (criança, família, equipe de saúde), e por meio do acolhimento enfatizar a escuta atenta, desenvolver a capacidade de empatia, oferecer apoio, identificar as queixas, e estabelecer vínculos (BRASIL, 2004; AZEVEDO *et al.*, 2017). Assim, o sentimento de vínculo mais forte observado nos relatos dos participantes durante os grupos focais, foi a relação de confiança entre o profissional-criança-família.

Diante disso, torna-se essencial oferecer à criança um espaço para que ela possa expressar seus sentimentos a respeito das suas experiências traumáticas, por meio do vínculo afetivo estabelecido pela equipe de enfermagem, isso porque, durante a hospitalização, a criança é afastada do seu ambiente e de suas atividades cotidianas (MARQUES *et al.*, 2014; SANTOS *et al.*, 2016).

O ambiente de hospitalização é um cenário desconhecido, ruidoso, movimentado com presença constante de estranhos, devido às ações rápidas e meramente técnicas realizadas pelos profissionais de saúde. As práticas de humanização e acolhimento, muitas vezes não são consideradas, e o processo de internamento pode se tornar um evento marcante na infância, podendo causar sequelas mesmo após a alta hospitalar (TORRES *et al.*, 2021; LEMOS *et al.*, 2016).

Portanto, se o cuidado ofertado pelos profissionais for apropriado, os sentimentos negativos, como o medo e a ansiedade, podem ser minimizados (FARIAS *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2016). A relação de confiança fortalecida pela comunicação empática durante a hospitalização pode contribuir com a participação ativa da criança/família no processo de autocuidado durante a internação.

A forma como enxergamos as crianças e os jovens, depende muito da nossa percepção subjetiva da infância e do papel social que atribuímos a esse público-alvo durante as interações cotidianas. Colaborando com essa perspectiva, promover o LS de crianças/família envolve aperfeiçoar as habilidades de LS com foco em atributos pessoais a partir de três categorias centrais: cognitiva (compreensão e avaliação); comportamental/operacional (acesso e aplicação) e afetiva/conativa (motivação). Essas competências se sobrepõem com aspectos relacionados aos determinantes sociais e ambientais, que durante o processo de aprendizagem da criança é adquirido ao longo da vida. (BRÖDER *et al.*, 2017; OKAN *et al.*, 2019; BRÖDER *et al.*, 2019; LA BANCA; NASCIMENTO, 2019).

A categoria temática 3, comunicação e letramento em saúde na emergência pediátrica, foi possível observar algumas barreiras que interferem a comunicação e letramento em saúde com a criança. Entre esses aspectos desfavoráveis relatados pelos participantes foi compreender as necessidades referente ao estado de saúde da criança, seu nível de desenvolvimento físico, socioemocional, o ambiente da emergência pediátrica e o tempo de espera para realização e avaliação dos procedimentos médicos.

Sabe-se que as crianças e jovens, constituem um grupo-alvo central para pesquisa e intervenção em LS, pois os processos de desenvolvimento cognitivo, físico e emocional são cruciais para promover comportamentos e habilidades saudáveis durante infância (BORZEKOWSKI, 2009; BRÖDER *et al.*, 2017; BRÖDER *et al.*, 2019).

Na competência comportamental/ operacional, a comunicação verbal e não verbal para acessar e aplicar as informações de saúde, nesse contexto sofreram interferências que dificultaram as ações de cuidado durante a internação. Entre essas barreiras de comunicação na percepção dos profissionais, foi a abordagem de “segurar a força” a criança durante a realização dos procedimentos na emergência pediátrica.

Confirmando essa realidade a respeito do uso de abordagens impessoais de comunicação com a criança, um estudo realizado em Taiwan (2020), demonstra que médicos das enfermarias pediátricas mostraram atitudes mais positivas para o manejo da dor, em comparação aos médicos das unidades de terapia intensiva pediátrica ou das unidades de terapia intensiva neonatal. Esses achados sugerem que médicos pediatras precisam de mais educação para interagir e manejar a dor em crianças (PENG *et al.*, 2020).

Também, um estudo realizado no Brasil 2016, sobre a os cuidados de enfermagem na percepção da criança aponta que o enfermeiro precisa estar atento às singularidades de cada corpo e, no caso da punção venosa, colocar em prática métodos que minimizem a dor, tal como uso prévio de creme anestésico para minimizar a sensação dolorosa durante o procedimento invasivo, conforme os relatos das crianças. Então, o ato de explicar e realizar os procedimentos de forma cuidadosa referem-se ao respeito que esse profissional deve ter para com a criança hospitalizada (SANTOS *et al.*, 2016; MORENO; CARVALHO; PAZ 2014).

Essa abordagem de comunicação não verbal dos profissionais de saúde frente às ações de cuidado da equipe, refletem negativamente na forma como a criança enfrenta o cenário de internação. Com isso, a realização de procedimentos em uma estrutura inadequada, sem oferecer conforto e segurança para a criança repercutem numa abordagem desumanizada. Estudo realizado por Peña e Juan 2015, descreve a experiência da criança na interação com a equipe de enfermagem durante a internação hospitalar, descreve que a criança ao observar as

atitudes impessoais e autoritárias desses profissionais interpretam como sendo “boas” ou “ruins” até mesmo “terríveis” (SANTOS *et al.*, 2016; PEÑA; JUAN, 2015).

A comunicação é a base que estrutura o LS e permite estabelecer relações de confiança entre as pessoas. Segundo Sorensen *et al.*, 2021, o profissional de saúde deve ter amplas competências técnicas, mas refinadas com conhecimentos e habilidades nas áreas da comunicação em saúde, mediação de conflitos e resolução de problemas, marketing em saúde, criatividade, além de um vasto campo de competências sociais que tornam o profissional da saúde mais humano com uma visão holística e aprofundada do paciente e do seu contexto (ALMEIDA, 2019; SORENSEN *et al.*, 2021).

Durante o processo formativo, os próprios profissionais refletiram e se questionaram a respeito da abordagem realizada com a criança no momento da sua admissão na emergência pediátrica. A comunicação, nesse momento é realizada em primeiro lugar com os cuidadores adultos, e a criança protagonista principal, tem seus sentimentos, anseios e medos subestimados. Segundo Brady, Lowe e Lauritzen 2015, pouco se sabe como o LS parental e a saúde infantil se entrelaçam e interagem nos processos de desenvolvimento da criança como agentes ativos de seus próprios mundos sociais ao assumir seu protagonismo nas decisões de saúde (BRÖDER *et al.*, 2017; OKAN *et al.*, 2019; BRÖDER *et al.*, 2019).

Conforme as experiências vivenciadas pelos participantes no seu contexto de trabalho, por mais caótico e difícil seja o cenário de emergência, os profissionais reconhecem que os direitos da criança, seus sentimentos, anseios e particularidades precisam ser respeitados, pois a criança precisa ser ouvida e participar do processo de cuidado. Essas evidências confirmam estudos realizados na Alemanha por Richter e Hurrelmann (2016), que enfatizam a importância de tornar visível o papel ativo da criança para o LS, dando-lhe voz, ouvindo e compreendendo suas necessidades a partir de estratégias que promovam o LS (OKAN *et al.*, 2019; BRÖDER *et al.*, 2019).

Foi verificado outros aspectos que interferem na comunicação dos profissionais de enfermagem com as crianças, entre elas, está o uso excessivo de “telas” como os aparelhos de celulares e tablets. Segundo o relato da equipe, o uso destes dispositivos na emergência pediátrica, interferem na interação e comunicação dos profissionais com a criança/família.

Contrapondo a essa realidade, um estudo realizado por Bröder e autores em 2019, verificaram que a mídia e canais de comunicação digital desempenham um papel de destaque cada vez maior na personalidade, desenvolvimento cognitivo e emocional da infância, apontando como uma sexta dimensão(6D) do LS para crianças e adolescentes. Também, confirmam uma relação significativa no papel da mídia para esse grupo-alvo, reconhecendo

que o LS digital precisa de aprofundamento em pesquisas e intervenções futuras (BRÖDER *et al.*, 2017; OKAN *et al.*, 2019; BRÖDER *et al.*, 2019).

Com relação a competência afetiva/conativa (motivação), o “medo do desconhecido” foi um dos principais sentimentos da criança percebido pelos profissionais frente aos aspectos desfavoráveis na sua comunicação com a criança. Um estudo realizado em 2020, confirmou que a criança pode sentir medo do profissional de enfermagem, visto que ela associa a presença dele a procedimentos que possam causar alguma sensação dolorosa. (DEPIANTI; SILVA; MONTEIRO; SOARES, 2014; BARROSO *et al.*, 2020). É evidente a necessidade de compreender o nível de entendimento socioemocional da criança para desenvolver uma comunicação efetiva e acolhedora.

O sentimento de confiança da criança, segundo a equipe de enfermagem, representa um dos aspectos favoráveis nessa comunicação e letramento em saúde. Uma das experiências e práticas já realizadas por alguns profissionais da emergência pediátrica é o uso da linguagem lúdica durante a realização dos procedimentos, onde são demonstrados pelos profissionais os materiais que são usados durante a troca de um curativo e punção venosa para as crianças.

Também, estratégias de comunicação não verbal, a partir do toque terapêutico e da abordagem lúdica através da comparação e distração com imagens e jogos com desenhos animados no momento da realização dos procedimentos. Uma estudo brasileiro em 2014, avaliou a percepção da equipe de enfermagem a respeito dos benefícios do uso de estratégias lúdicas como brincadeiras, fantoches, contação de histórias, jogos, acessórios com motivos infantis e músicas durante a hospitalização da criança, podem facilitar a adaptação, participação e colaboração da criança durante os procedimentos (DEPIANTI *et al.*, 2014).

Para realizar a comunicação a partir da competência cognitiva e comportamental/operacional com a criança, alguns profissionais citaram a possibilidade do uso do brinquedo terapêutico para explicar os procedimentos a serem realizados com a criança. Sabe-se que o brinquedo terapêutico é uma abordagem que se constitui num brinquedo estruturado para minimizar a dor e a ansiedade da criança mediante as experiências vivenciadas no hospital. Essa estratégia de comunicação deve ser utilizada sempre que a criança apresenta dificuldade em compreender/lidar com a situação ameaçadoras ou para o preparo de procedimentos (BARROSO *et al.*, 2020; TORRES *et al.*, 2021).

Estudo realizado por Barroso e autores em 2020, o atendimento das necessidades emocionais e sociais da criança precisa ser intermediado pelo enfermeiro através de estratégias que permitam tornar a criança o sujeito ativo e participante de seu processo de cuidado. A utilização de técnicas facilitadoras como o brincar caracterizam-se como elementos

indispensáveis para a melhoria na qualidade da atenção no campo da enfermagem pediátrica (BARROSO *et al.*, 2020; CALEFFI *et al.*, 2016).

Também, foi verificado nos relatos dos profissionais, o uso de uniformes com motivos infantis como ferramenta para interagir com a competência afetiva da criança, ao motivá-la a participar das ações de cuidado durante a realização dos procedimentos. Esses achados confirmam a pesquisa realizada em uma unidade de emergência pediátrica na Indonésia em 2017, em que o uso de uniformes com motivos infantis pode redirecionar a atenção da criança para longe da dor e ansiedade durante a punção venosa (LESTARI; WANDA; HANYATI, 2017).

Segundo Maia de colaboradores em 2022, o uso de uniformes coloridos e divertidos, também representam o quanto o lúdico está presente no cotidiano da equipe de enfermagem. Esse mesmo estudo, realizado em diversos hospitais do Brasil, confirma que o uso de toucas divertidas, com motivos infantis ou através do toque de fantasia implícito no uso de uniformes de super-heróis é um convite para que as crianças interajam durante as ações de cuidado (MAIA *et al.*, 2022).

Percebe-se que além dos benefícios terapêuticos, o lúdico funciona como uma ligação entre a criança e o profissional de saúde, caracterizando-se como uma atividade que facilita a comunicação entre ambos e melhora a condução dos objetivos estabelecidos no plano de cuidados (COSTA & MORAIS, 2017; TORRES *et al.*, 2021). Além da linguagem verbal, percebe-se que a linguagem não verbal como o “toque” e o “olhar” que os profissionais expressam em seu cuidado com a criança, podem trazer conforto e segurança durante a realização dos procedimentos nesse contexto.

Essas ações com foco nas competências individuais afetiva/conativa (motivação), cognitiva (compreensão/avaliação) e comportamental/operacional (acesso/aplicação) das informações de saúde, facilitam a comunicação e participação da criança, e possibilita uma maior resposta ao enfrentamento da criança/família em situação de internação (BRÖDER *et al.*, 2017; LA BANCA; NASCIMENTO, 2019).

Foi observado outros aspectos que dificultam a comunicação na emergência pediátrica, entre eles diz respeito às crianças com necessidades especiais como autismo (TEA), TDAH e com outras deficiências neurológicas. O contexto hospitalar já é um ambiente estressor para o desenvolvimento de toda criança, como isso, esses fatores podem interferir na comunicação e interação com os profissionais de saúde, principalmente, crianças com TEA (CORSANO *et al.*, 2015; DOSREIS *et al.*, 2006; CORSANO; CINOTTI; GUIDOTTI, 2019).

Com o aumento do diagnóstico para essas deficiências, os profissionais de enfermagem descreveram em seus relatos a necessidade de compreender e abordar também, esse público-alvo. Segundo Corsano et al., 2019, as dificuldades no manejo de crianças com TEA são acrescidas pelo desconhecimento a respeito dessa temática pelos enfermeiros pediátricos (CORSANO; CINOTTI; GUIDOTTI, 2019).

Portanto, para prestar cuidados de alta qualidade a estas crianças, os enfermeiros precisam estar informados a respeito de estratégias comportamentais específicas de comunicação que venham a ser utilizadas a esse público-alvo que possam promover a sua colaboração e interação durante o processo de internação. Uma pesquisa piloto realizada com 37 enfermeiros, demonstrou que a formação acadêmica de enfermagem oferece poucas informações sobre o autismo, no entanto, um programa de educação continuada pode melhorar a gestão dos ambientes de prática (CORSANO; CINOTTI; GUIDOTTI, 2019).

Também foi evidenciado relatos de alguns profissionais do serviço a respeito das dificuldades na comunicação com a criança em situação de rua e vulnerabilidade social. O cuidar da criança hospitalizada, requer maior sensibilidade para perceber o ser humano e sua família, que às vezes se encontra em uma situação de vulnerabilidade emocional, física e social, requerendo do profissional de enfermagem habilidades de comunicação específicas (SANTOS et al., 2016). A linguagem utilizada pelos profissionais, pode facilitar ou dificultar o entendimento dos cuidadores/família durante as ações de cuidado.

Nesse mesmo contexto, existem outras barreiras de comunicação enfrentadas pelos profissionais de enfermagem com a criança, destacam-se alguns pontos referente à questão socioeconômica, o nível de escolaridade e o estado físico e emocional dos cuidadores/famílias que acompanham as crianças durante a hospitalização. Estudos apontam que os fatores demográficos, socioeconômicos e o nível de LS da família influenciam o seu estado e comportamento de saúde, que podem repercutir nas habilidades de LS da criança (BRÖDER et al., 2017; BRÖDER et al., 2019; SORENSEN et al., 2021).

A equipe de enfermagem precisa estabelecer uma comunicação simples e efetiva com a família, para que a comunicação com a criança no ambiente da emergência pediátrica não seja comprometida, visto que a relação de vínculo e confiança mais próximo da criança são os cuidadores/familiares. A formação de vínculos entre a família e a equipe de enfermagem desde o início da internação da criança, é imprescindível e tem a finalidade de amenizar o estresse provocado pela hospitalização. O apoio emocional oferecido à criança hospitalizada pelo acompanhante constitui-se em uma ferramenta facilitadora para a recuperação (PACHECO et al., 2013; FALKE; MILBRATH; FREITAG, 2017).

Segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP) 2003, a comunicação eficaz, diz respeito às necessidades essenciais para o cuidado centrado na criança e na família sendo uma pedra angular do cuidado (LEVETOWN,2013). Segundo Martin e Chen (2020) e Sanders *et al.*, (2009) o LS ao longo da vida, envolve um conjunto de competências que são passadas dos pais para a criança que afetam não só o comportamento e os resultados de saúde na infância, mas toda a sua geração (SANDERS *et al.*,2009; MAINDAL; AAGAARD-HANSEN,2020). Então, dedicar tempo para construir uma relação de confiança entre o binômio, pode aumentar os resultados de saúde e a satisfação de todos os envolvidos.

Um estudo descritivo e exploratório com enfermeiros pediátricos em um hospital público no Brasil em 2015, demonstrou que as abordagens lúdicas são relevantes para o cuidado com a criança/família. Porém, alguns enfermeiros desse estudo, referiram que a rotina e o excesso de atividades a serem realizadas atrapalham a interação e comunicação com a criança, deixando de lado a aplicação dessas abordagens no contexto hospitalar (FALKE; MILBRATH; FREITAG, 2018).

Outros aspectos verificados pelos profissionais de enfermagem que dificultaram a comunicação com a criança é a presença de acompanhantes na emergência pediátrica. Segundo os participantes, os acompanhantes atrapalham a comunicação e colaboração da criança no momento da realização das ações de cuidado. As relações interpessoais entre familiares de crianças hospitalizadas e a equipe de saúde apresentam diferenças, a depender de situações específicas e do profissional de saúde. Em uma revisão integrativa realizada por Azevêdo e autores em 2017, destacou que médicos e enfermeiros são menos propensos a se envolverem com a criança e sua família quando são percebidos na condição de “difíceis de estabelecer contato”(AZEVEDO *et al.*, 2017).

A falta de comunicação e informações de saúde durante as ações de cuidado com a criança pelos profissionais, podem causar conflitos e angústia por parte dos cuidadores/familiares. Então, a forma como os familiares enfrentam a situação de internação da criança, interfere na participação das crianças em compreender as informações de saúde e aplicar esses conceitos no contexto de hospitalização (BRÖDER *et al.*, 2017; OKAN *et al.*, 2019; BRÖDER *et al.*, 2019; SORENSEN *et al.*, 2021).

Um dos requisitos considerados favoráveis na comunicação com a família foi a autorreflexão dos participantes durante o processo formativo a respeito das abordagens comunicativas realizadas com os cuidadores/família em seu contexto de trabalho. Mais uma vez, a comunicação não verbal realizada pelos profissionais a partir das expressões faciais e o

corpo é um instrumento de comunicação que pode facilitar ou interferir no acolhimento da família durante a internação da criança.

Na percepção dos participantes, o conceito de comunicação em saúde, nesse contexto, precisa ser mais bem compreendido entre os profissionais de enfermagem no que diz respeito às características e particularidades da criança, assim como, as habilidades emocionais como a comunicação empática. Nos relatos dos participantes, a relação de vínculo e confiança entre profissional-criança-família é fortalecida quando as orientações e informações de saúde da criança são transmitidas de forma clara e objetiva.

Ao descreverem o conceito de letramento em saúde, os profissionais compreenderam que a comunicação em saúde é um instrumento intermediador para o autocuidado e o profissional de enfermagem participa como um facilitador das informações de saúde. Segundo os profissionais de enfermagem, os conceitos de comunicação e letramento em saúde podem ser alcançados pela criança/família por meio do saber “ouvir” e “falar”, ou seja, envolver uma comunicação de fácil entendimento entre o emissor e o receptor da mensagem.

Percebe-se que o próprio ambiente em que os indivíduos estão inseridos, podem se tornar uma barreira/filtro no processo de comunicação. Portanto, o cenário de internação, questões socioeconômicas, educacionais e culturais da criança/família interferem significativamente na capacidade de acessar, compreender/processar e aplicar as informações de saúde (OKAN *et al.*, 2019; BRÖDER *et al.*, 2019; SORENSEN *et al.*, 2021).

Na categoria 4, os participantes vivenciaram a experiência de realizar atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho e apresentaram novas ações a partir dos conhecimentos construídos sobre a comunicação e letramento em saúde na emergência pediátrica. Alguns profissionais de enfermagem realizaram estratégias lúdicas por meio de fantoches, ao explicar e orientar a criança/família a respeito do preparo e realização de um procedimento cirúrgico para a retirada do apêndice da criança pela equipe da cirurgia pediátrica do hospital. Também, os cuidados pós cirúrgicos, realizados pela equipe de enfermagem na enfermaria. O planejamento da atividade com o uso do fantoche foi realizado e organizado levando em consideração o estado de saúde da criança, idade cognitiva e sua participação no contexto de internação.

Uma pesquisa realizada por Maia *et al.*, 2022, confirma que o uso de estratégias lúdicas através do processo de improvisação e personalização de bonecas e fantoches podem facilitar a comunicação dos profissionais de enfermagem no contexto de hospitalização da criança. Ao utilizar-se de uma linguagem própria para a infância, o profissional interage e promove a participação ativa da criança, que irá fornecer informações significativas sobre suas

preocupações, medos ou pontos de vista, reduzindo o seu sofrimento emocional e minimizando as relações hierárquicas entre as crianças e os adultos (LA BANCA et al., 2021; MAIA et al., 2022).

Conforme Silva et al., 2018, entre as estratégias lúdicas possíveis no cuidado à criança hospitalizada, o uso de fantoches e o teatro estão entre essas estratégias. Nessa perspectiva, o lúdico pode ser empregado na interação e comunicação com a criança/família, com o intuito de se estabelecer os vínculos de confiança. Além disso, o lúdico é uma estratégia não farmacológica no manejo da dor, promovendo o bem-estar e a socialização, assim como, diminuindo a ansiedade e facilitando a adesão da criança ao tratamento (SILVA et al., 2018; SÁ; SILVA, 2020).

Observa-se que nesse cenário, os participantes apresentaram algumas barreiras que dificultaram a execução de estratégias de comunicação com a criança, algumas delas, foram compreender a linguagem, o nível de desenvolvimento, o processo de adoecimento e a rede de apoio da criança. Algumas sugestões foram levantadas pela equipe para melhorar as habilidades de comunicação com a criança/família e tornar o ambiente da emergência pediátrica mais agradável e acolhedor. Entre elas estava a necessidade de um lugar para a criança brincar, desenhar e interagir a partir de estratégias de comunicação adequadas para o seu nível de desenvolvimento.

Um estudo bibliográfico em 2017, identificou que o brinquedo no ambiente hospitalar é essencial para o atendimento das necessidades emocionais das crianças. Os achados concluem ser positiva a contribuição de recursos como: desenho, pintura, livros de histórias, jogos, construção com sucatas domésticas e hospitalares, dramatização, entre outros (SOSSELA; SAGER, 2017).

Essas abordagens lúdicas facilitam a comunicação com a criança reduzindo a tensão e o medo, a liberação da raiva, a segurança, a aceitação aos procedimentos e a ressignificação de experiências vivenciadas pela criança. Segundo Drewes e Schaefer, 2018 a brincadeira é uma importante fonte de aprendizagem por meio da qual as crianças aprendem conteúdos, conceitos e soluções alternativas para os problemas, o que empodera seu letramento em saúde (DREWES; SCHAEFER, 2018; MAIA et al., 2022).

Uma outra estratégia de comunicação e letramento em saúde realizada pelos profissionais de enfermagem, foi a técnica *Teach-back*, que tem como principal objetivo explicar e avaliar as informações de saúde que são realizadas durante a internação da criança aos cuidadores/familiares. Esse método de re-ensino, por exemplo, pode aumentar a

compreensão dos envolvidos e reduzir erros de medicação que causam novas readmissões (BATTERHAM *et al.*, 2016; BRÖDER *et al.*, 2017; GLICK *et al.*, 2019).

Então, desenvolver o hábito de aplicar *Teach-back* é uma boa alternativa para triagem do LS, pois ele pode fornecer aos profissionais de saúde informações diretamente relevantes, cumulativas e atualizadas sobre o LS de uma pessoa e construir uma compreensão mais sofisticada das necessidades de LS dos cuidadores/família. Essa técnica comunicativa não se restringe a transmissão das informações de saúde, mas deve considerar as singularidades das pessoas. Então, o profissional de saúde precisa abrir mão de julgamentos prévios, reconhecendo as necessidades e os problemas dos pacientes e desenvolver estratégias para superá-los (BATTERHAM *et al.*, 2016; GLICK *et al.*, 2019).

Os participantes descreveram também, as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores/famílias ao se depararem com uma linguagem técnica e científica de outros profissionais de saúde no serviço. Foi observado que essa abordagem comunicativa dos profissionais da emergência pediátrica pode impedir a compreensão/avaliação e aplicação das informações de saúde no cuidado com a criança.

Percebe-se que equipe médica em diversas situações durante a internação da criança, oferece várias informações de saúde de uma só vez, seja através das prescrições médicas, diagnósticos, exames e resumo de alta. Essas informações se tornam confusas e cheias de terminologias técnicas que impedem a compreensão dos cuidadores/família no processo de cuidado na infância (GLICK *et al.*, 2019).

Essa percepção confirma a pesquisa realizada nos Estados Unidos em 2019 a respeito do LS no ambiente hospitalar. Segundo a pesquisa, o LS é o produto das habilidades dos indivíduos, mas também da forma como as informações e cuidados são realizados pelos provedores de saúde. Portanto, quanto mais simples for a comunicação dos profissionais de saúde, mais fácil será a compreensão e o acesso às informações de saúde pelos cuidadores/família durante a recuperação e tratamento da criança (BRÖDER *et al.*, 2019; GLICK *et al.*, 2019; SORENSEN *et al.*, 2021).

Nas ações de ensino-aprendizagem, os profissionais referiram insegurança durante a sua realização, mas conseguiram refletir que essas experiências foram significativas para o aprendizado, contribuindo para o aperfeiçoamento da comunicação e promoção do letramento em saúde na emergência pediátrica. Na percepção dos participantes o curso de extensão “Comunicação e Letramento em Saúde no contexto do cuidado à criança”, deveria ser um processo de ensino-aprendizagem permanente, ofertado a toda a equipe multiprofissional e está

inserido na formação de todo profissional de saúde que participa do cuidado com a criança/família.

As limitações desse estudo foi a assiduidade dos profissionais em participar de todos os encontros ao longo do processo formativo, devido a vários fatores relacionados ao processo de trabalho como a escassez de pessoal, a natureza do serviço e a alta demanda de trabalho. Ao final da ação educativa, apenas 6 enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem conseguiram concluir 70% do curso de extensão, totalizando uma assiduidade de 24 participantes. É evidente que a pesquisa apresenta contribuições significativas, já que na literatura essa temática ainda se encontra escassa, principalmente, quando se trata da comunicação e letramento em saúde no contexto de uma emergência pediátrica. Percebe-se que os profissionais reconhecem que as experiências e os conhecimentos adquiridos durante o processo formativo fortaleceram a comunicação e LS da equipe de enfermagem com a criança/família nesse cenário.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho forneceu importantes evidências a respeito das contribuições de um processo educativo com a equipe de enfermagem sobre a comunicação e letramento em saúde no contexto de emergência pediátrica. No primeiro encontro, os participantes refletiram e ressignificaram suas experiências, sentimentos e emoções da sua infância, a partir dos aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais da comunicação empática ao “colocar-se no lugar do outro” permitindo perceber as necessidades da criança/família que vivenciam o processo de hospitalização na emergência pediátrica.

Na percepção dos profissionais de enfermagem os sentimentos e experiências vivenciadas pela criança envolve sentimentos como o medo do desconhecido, angústia, medo da morte, fragilidades que envolvem a dor e as incertezas relacionadas a hospitalização. A sensibilização desse primeiro momento, permitiu a autorreflexão dos participantes para os encontros posteriores, sobre as estratégias e barreiras na comunicação e LS com a criança/família.

Segundo os participantes, compreender a linguagem específica da criança seja verbal ou não verbal é fundamental para a interação e comunicação entre o profissional-criança-família. Foi levantado a necessidade de treinamentos como a equipe de enfermagem sobre comunicação empática, aspectos físicos, cognitivos e socioemocionais da criança, confirmando que a comunicação empática aproxima os profissionais de saúde com a criança/família e colabora com um cuidado mais humanizado e acolhedor.

Com relação às principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais ao desenvolver uma comunicação efetiva com a criança/família, percebe-se que o desconhecimento referente ao nível de desenvolvimento da criança, o ambiente da emergência pediátrica e o tempo de espera para avaliação e realização dos procedimentos médicos, se tornam uma barreira no processo de comunicação e promoção do LS com a criança/família. A abordagem de “segurar a força” sem considerar os sentimentos e os anseios da criança, conforme relatos dos participantes, podem interferir na capacidade de enfrentamento e colaboração da criança durante as ações de cuidado, assim como na sua relação de confiança com a equipe multiprofissional do serviço.

A comunicação é o alicerce do LS, então o ato de explicar os procedimentos de forma cuidadosa e considerar as particularidades da criança e sua participação ativa no processo de cuidado influencia sua capacidade de compreender/avaliar e aplicar as informações de saúde para a promoção do seu autocuidado. Diante disso, considerar a participação dos

cuidadores/familiares durante as atividades de cuidado, fortalece o vínculo e a confiança da criança com a equipe de enfermagem, permitindo ao profissional desenvolver as ações de cuidado de forma segura e eficiente, a partir de uma linguagem clara e objetiva. Assim, uma das estratégias sugeridas pelos profissionais a partir dos conhecimentos obtidos no 2º encontro da ação educativa, foi a técnica *Teach-back* que poderia ser realizada nesse contexto, com os cuidadores/familiares

No ambiente de emergência pediátrica, os profissionais refletiram em suas ações e perceberam a necessidade de considerar a participação ativa da criança como protagonistas do seu próprio cuidado. As estratégias lúdicas como o brinquedo terapêutico, uso de desenhos animados, fantoches, contação de histórias e o uso de acessórios e uniformes com motivos infantis são abordagens comunicativas que dialoga com as crianças e permite motivá-las a participar das ações de cuidado no cenário de internação.

A comunicação não verbal realizada com as crianças na emergência pediátrica também foi abordada pelos participantes, como o toque terapêutico, o olhar e as expressões faciais que os profissionais realizam nesse contexto e podem facilitar ou interferir na comunicação com a criança/família. Outros questionamentos que interferem a comunicação com a criança/ família levantados pelos participantes, foi as situações de vulnerabilidades das criança em situação de rua, questões socioeconômicas e nível de escolaridade dos cuidadores/família que interferem na compreensão/avaliação e aplicação das informações de saúde para o tratamento e reabilitação das criança durante a internação até a alta hospitalar.

No que diz respeito às abordagem de comunicação com crianças especiais como os autistas, os profissionais de enfermagem referem insegurança para interagir e se comunicar com esse público-alvo, isso porque, existe desconhecimento e despreparo dos profissionais de saúde a respeito das abordagens comunicativas nesse cenário. A presença de acompanhantes na emergência pediátrica foi considerada pelos profissionais um impedimento para a participação e colaboração da criança durante a realização dos procedimentos.

A linguagem técnica utilizada pela equipe multiprofissional na emergência pediátrica, segundo a equipe de enfermagem, dificulta o entendimento e compreensão dos cuidadores/famílias para realizar as ações de cuidado com a criança. Portanto, a comunicação em saúde com a criança/ família, na percepção dos profissionais de enfermagem, precisa ser mais bem compreendida a partir dos conhecimentos específicos com relação às características sociocognitivas da criança e suas singularidades.

Conforme a percepção dos profissionais durante o processo formativo, a comunicação é um instrumento intermediador do LS e os profissionais os facilitadores das informações de

saúde para a criança/família atingirem o autocuidado. Portanto, as interações entre as relações de cuidado e o ambiente em que os indivíduos estão inseridos podem interferir no processo comunicativo.

As contribuições deste estudo, permitiu à reflexão crítica e participativa da equipe de enfermagem a respeito das práticas de cuidado realizadas na emergência pediátrica, permitindo ampliar novos conhecimentos, no que diz respeito, às abordagens comunicativas específicas para a criança/família. Essas habilidades, ao serem aplicadas respeitando a participação ativa da criança, permitirá o aperfeiçoamento de estratégias comunicativas mais acolhedoras, humanizada e empática entre profissional-criança-família.

Por fim, os benefícios do processo educativo no ensino-aprendizagem dos participantes, proporcionou o aperfeiçoar dos conhecimentos já adquiridos e potencializou a relação de confiança entre o profissional de enfermagem e a criança para a promoção do LS ao longo da vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. V. Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 43-52). Lisboa: Edições ISPA [ebook], 2019.

American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2003;112(3 pt 1):691– 697

AZEVEDO, A. V. S.; LANÇONI JÚNIOR A. C.; & CREPALDI M. A. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: Revisão integrativa. **In Ciencia e Saude Coletiva**. 2017; vol. 22, Issue 11, pp.3653–3666. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>

AZEVEDO et al. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: Revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(11):3653-3666, 2017.

BACKES, D.S et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo: 2011;35(4):438-442. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf.

BACKES, D.S.; COLOMÉ J.S.; ERDMANN R.H.; LUNARDI V.L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo Saúde**. 2011[cited 2015 Dec 10];35(4):438-42. Acesso: 15 de março de 2021. Disponível: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf

BAKER, D.W.; PARKER R.M.; WILLIAMS M.V et al. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. **Am J Public Health**. 87:1027–1030.1997. Acesso: 15 de janeiro de 2020. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380944/>

BARROSO, M.C.C.S et al. Percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico. **Acta Paul Enferm**. 33: 18. 2020 Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0296>

BATTERHAM, R. W.; HAWKINS M.; COLLINS, P. A et al. Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. **Public Health**, 132, 3–12.2016. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>

BORBA, A.K.O.T et al. Pesquisa e uso da informação em saúde: estruturação de projetos de intervenção em saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2015. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3330?mode=full>

BORZEKOWSKI, D.L.G. Considering children and health literacy: a theoretical approach. *Pediatrics*. 2009; 124:282–8. Acesso: 20 de março de 2022. Disponível: doi:10.1542/peds.2009-1162D

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS; 2004. Acesso: 20 de março de 2022. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Acesso: 15 de janeiro de 2012. Disponível: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>

BRASIL. Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. Os princípios éticos das pesquisas em ciências humanas e sociais. Acesso: 20 de março de 2022. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

BRÖDER, J.; OKAN O et al. Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. **BMC Public Health** 17(1), 1–25.2017. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>

BRÖDER, J.; OKAN O.; BAUER U.; BOLLWEG T. M.; BRULAND D.; & PINHEIRO P. Child and youth health literacy: A conceptual analysis and proposed target-group-centred definition. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. 16(18), 1–17.2019. Acesso: 20 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.3390/ijerph16183417>

BRÖDER, J.; OKAN O.; BAUER U.; SCHLUPP S.; & PINHEIRO P. Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth. **Health Promotion International**, 35(3), 575–585.2019. Acesso: 20 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1093/heapro/daz041>

CALEFFI, C.C.; ROCHA P.K.; ANDERS J.C.; SOUZA A.I.; BURCIAGA V.B.; SERAPIÃO L.S. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2016; 37(2):e58131.3. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>

CARLSSON, I.M.; ARVIDSSON S.; SVEDBERG P et al. Creating a communication space in the healthcare context: Children's perspective of using the eHealth service, Sisom. **Journal of Child Health Care** 1–13.2020. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1177/1367493520904804>

CLARA, M.; BARROSO S.; EDUARDO A et al. Percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico. **Acta Paul Enferm.** 33:1-8. 2020. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1088503>

CORIOLO-MARINUS, M.W.L.; ANDRADE R.S.; RUIZ-MORENO LIMA L.S. Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. **Comunicação Saúde Educação**, 2014. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível em: [www.scielo.br > pdf > icse > 1807-5762-icse-1807-576220140552](http://www.scielo.br/pdf/icse/1807-5762-icse-1807-576220140552)

CORSANO, P.; CINOTTI M.; & GUIDOTTI L. Paediatric nurses' knowledge and experience of autism spectrum disorders: **An Italian survey**. 2020 Sep;24(3):486-495. Epub 2019 Sep. 8. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1177/1367493519875339>

COSTA, T. S.; & MORAIS A. C. A hospitalização infantil: Vivência de crianças a partir de representações gráficas. *Revista de Enfermagem UFPE*, 2017; 11(1), 358-367. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11916>

DALL'AGNOL, C.M.; MAGALHÃES A.M.M.; MANO G.C.M et al. OLSCHOWSKY A.; SILVA F.P. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rer Gaúcha Enferm.** Acesso: 20 de março de 2021;33(1):186-90.2012 Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a24v33n1.pdf>

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enferm** [Internet];20(1):5-25.1999 Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4218/2228>

DEPIANTI, J..RB.; SILVA L.F.; CARVALHO A.S.; MONTEIRO A.C.M. Nursing perceptions of the benefits of ludicity on care practices for children with cancer: a descriptive study. **Online braz j nurs** [internet]. 2014; 13 (2): 158-65. Acesso: 10 março de 2022. Disponível: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4314>

DEPIANTI, J.R.; SILVA L.F.; MONTEIRO A.C.; SOARES RS. Dificuldades da enfermagem na utilização do lúdico no cuidado à criança com câncer hospitalizada. **J Res Fundam Care Online**. Set. 2014;6(3):1117–27. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160073>

DOWELL, J.; ARCOLEO K.; RUIZ Z.; HALULA R. Children with asthma and communication with healthcare provider: Instrument development. **Journal of Pediatric**

Nursing 50, 81–88. 2020. Contents Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.003>

DRAPE, K.; GREENSHIELDS S. Using play as a distraction technique for children undergoing medical procedures. **British Journal of Nursing** 29(3), 243–244. 2020 Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32053441/>

DREWE, S A.A.; SCHAEFER C.E, editors. Play-based interventions for childhood anxieties, fears and fobias. New York (NY): The Guilford Press; 2018. 276 p.

Ebook: Health Literacy | Letramento em Saúde O Sexto Sinal Vital da Saúde Autor: Rogério Malveira Ano: 2019

EMILIANA, P.; AGUSTINI, N.; ALLENIDEKANIA, & RUSTINA, Y. A Preliminary Study on “PRISMA” Education in Improving Self-Management and Level of Compliance in Children with Type-1 Diabetes Mellitus. **Comprehensive Child and Adolescent Nursing**, 42(sup1), 115–121. 2019. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578432>

FALKE, S.; MILBRATH V. M.; & FREITAG V. L. Estratégias Utilizadas Pelos Profissionais da Enfermagem na Abordagem à Criança Hospitalizada. **Revista Contexto & Saúde** – vol. 18, n. 34, jan./jun. 2018. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2018.34.9-14>

FARIAS, D. D. et al. A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Ufpe**, on-line, v. 11, n. 2, p. 703-711, 2017. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11988/14550>>.

FRANÇA, T.; MEDEIROS K.R.; BELISARIO S.A.; GARCIA A.C.; PINTO I.C.M.; CASTRO J.L.; et al. Continuous Health Education policy in Brazil: the contribution of the Teaching-Service Integration Standing Committees. **Ciênc Saúde Colet.** 2017 June;22(6):1817-28. 2017. Acesso: 15 de janeiro de 2021.DOI:10.1590/1413-81232017226.302720169.

FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. 27a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.

FURLAN, P.G.; CAMPOS G.W.S.; Pesquisa-apoio: pesquisa participante e o método Paideia de apoio institucional. **Interface (Botucatu)** [online]. 2014, vol.18, suppl.1, pp.885-894. Acesso:23 de março de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0285>.

GIBBS, G. Análise de dados qualitativos - Porto Alegre: Armed, 2009. 198p. (Coleção Pesquisa qualitativa/ Coordenada por Uwe Flick).

GONÇALVES, L.B.B et al. O Uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação como Recurso Educacional no Ensino de Enfermagem. **EaD em Foco**, V10, e939. 2020. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.18264/eadf.v10i1.939>

GRAHN, M.; OLSSON E.; MANSSON M. Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. **Journal of Pediatric Nursing** 31, 284–292. 2016. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>

GLICK, A.F.; BRACH C.; YIN H.S & DREYER B.P. Health Literacy in the Inpatient Setting: Implications for Patient Care and Patient Safety. *Pediatric Clinics of North America*. 2019; 66(4), 805–826. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.03.007>

JACKSON, G. P et al. A technology-based patient and family engagement consult service for the pediatric hospital setting. **Journal of the American Medical Informatics Association**, 25(2), 167–174. 2018. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocx067>

KAHRIMAN, I et al. The Effect of Empathy Training on the Empathic Skills of Nurses. **Iran Red Crescent Med J. June**; 18(6):e24847. 2016. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.5812/ircmj.24847>.

KESTENBERG C. The empathic skill is socially learned: an experimental study with nursing undergraduate students. **Rev Enferm** [Internet]. 2013 ;21(4):427-33. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/8892/6756>

KINALSKI, D.D.F.; PAULA C.C.; PODOIN S.M.M et al. Focus group on qualitative research: experience report. **Rev Bras Enferm**. 2017;70(2):424-9. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>

KICKBUSCH, IN. ‘Health literacy: Addressing the health and education divide’, Health Promotion International. 2001; 16, 289-97. Acesso: 20 de março de 2022. Disponível: [10.1093/heapro/16.3.289](https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289)

KICKBUSCH, IN. ‘Health literacy: Empowering children to make healthy choices’, Virtually Healthy, 41, South Australia: Centre for Health Promotion, Children, Youth and Women’s Health Service. 2006. Acesso: 20 de março de 2022. Disponível: <https://docplayer.net/1504096-Health-literacy-empowering-children-to-make-healthy-choices.html>

KICKBUSCH, IN., Wait, S. and Maag, D. Navigating health. The role of health literacy, London: Alliance for Health and the Future. 2005. Acesso: 20 de março de 2022. Disponível: <https://ilcuk.org.uk/navigating-health-the-role-of-health-literacy/>

KICKBUSCH, IN. ‘Think health: What makes the difference’, Health Promotion International. 1997; 12, 265-72. Acesso: 20 de março de 2022. Disponível: <http://doh.hpc.go.th/data/hl/thinkHealth.pdf>

KOLB, A.Y; KOLB D.A. Meta-cognitive Experiential Learning. *Simulation & Gaming*, 40(3):297-327, 2009. Acesso: 23 de março de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1177/1046878108325713>

LA BANCA, R.O.; LAFFEL L.M.B.; VOLKENING L.K.; SPARAPANI V.C.; CARVALHO E.C.; NASCIMENTO L.C. Therapeutic play to teach children with type 1 diabetes insulin self-injection: a pilot trial in a developing country. *J Spec Pediatr Nurs* [Internet]. 2021; 26(1):e12309. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1111/jspn.12309>

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. A working document (Lalonde report), Ottawa, ON: Government of Canada.1974. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

LEMOS, I. C. S. et al. Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: Estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Revista Cuidarte*. 2016; 07(01), 1163-1170. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732016000100004&script=sci_abstract&tlng=pt

LESTARI, M P.; WANDA D.; HAYATI H. The Effectiveness of Distraction (Cartoon-Patterned Clothes and Bubble-Blowing) on Pain and Anxiety in Preschool Children during Venipuncture in the Emergency Department. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing* 40, 22–28.2017. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1386967>

Letramento Funcional em Saúde: As habilidades do usuário e o Sistema Único de Saúde. Passami, Sampaio, Henriques. Primeira edição. 2019.

LOPES, A.M et al. Congresso Internacional de Educação e Tecnologias: Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância, v. 7, n. 1, p. 285-290, 2012, 2018. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: https://www.aunirede.org.br/anais/arquivos/Anais_completo.pdf
LOPES, C. A.; & ALMEIDA.; C. V. (2019). Introdução. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 17-23). Lisboa: Edições ISPA. [ebook].

LOCKWOOD, C.; PORRIT K.; MUNN Z.; RITTENMEYER L.; SALMOND S.; BJERRUM M et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editors. Joanna Briggs Institute, 2017. Acesso: 20 de dezembro de 2020. Disponível: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org>

MAIA, E.B.S.; LA BANCA R.O.; RODRIGUES S.; PONTES E.D.; SULINO MC.; LIMA R.A.G. A força brincar-cuidar na enfermagem pediátrica: perspectivas de enfermeiros em grupos focais. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022; 31:e20210170. Acesso: 22 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0170>

MAINDAL, H. T.; & AAGAARD-HANSEN J. Health literacy meets the life-course perspective: towards a conceptual framework. **Global Health Action**, 2020; 13(1). Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1775063>

Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. Portugal, Ministério da Saúde.Direção-Geral da Saúde Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa, 2019.

MARAGNO, C.A.D *et al.* Teste de letramento em saúde em português para adultos. **Rev. Bras. Epidemiol** 2019; 22: E190025. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: DOI: 10.1590/1980-549720190025.

MARTINEZ, E.A.; TOCANTINS F.R.; SOUZA S.R. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. **Rev Gaúcha Enfer.** 2013; v, 34 n.1, p. 37-44. Acesso: de 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>.

MARTINS, J.R.T.; ALEXANDRE B.G.P.; OLIVEIRA V.C.; VIEGAS S.M.F. Permanent education in the vaccination room: what is the reality? **Rev Bras Enferm.** 2018 Sept; 71(Suppl):668-76. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: 10.1590/0034-7167-2017-0560

MORENO, E.A.C.; CARVALHO A.A.S.C.; PAZ E.P.A. Pain in child undergoing venipuncture: effects of an anesthetic cream. **Esc Anna Nery Rev Enferm** [Internet]. 2014[cited 2016 Feb 12]; 18(3):392-9. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127731659004.pdf>

MOHER, D., LIBERATI A.; TETZLAFF J.; ALTMAN D.G. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* [Internet]. 2009. Acesso: 20 de dezembro de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

NAOMI, D.; NAHN J. Health Equity Demands Health Literacy Ethics in the Pediatric Emergency Department. **Pediatr Emerg Care** Jul;36(7):e414-e41.2020 Acesso: 15 de janeiro de 2020. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30489492/>

NASCIMENTO, W.S.M.; SILVA L.C.C.; DIAS M.S.A.; BRITO M.C.C.; JOAQUIM J.G.O.; Cuidado da equipe de enfermagem na emergência pediátrica: Revisão Integrativa. **Sanare, Sobral.** 2017; v.16, n.1, p. 90-99. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível:<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1099>

NEVES, F.G *et al.* O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. **Esc Anna Nery**, 20(3):e 20160063.2016. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível:<https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/1414-8145-ean-20-03-20160063.pdf>

INTERNATIONAL HANDBOOK OF HEALTH LITERACY Research, practice and policy across the lifespan. Edited by Orkan Okan, Ullrich Bauer, Diane Levin-Zamir, Paulo Pinheiro and Kristine Sørensen. First published in Great Britain in 2019. Open Access and distributed

under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 license Disponível: (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)

NUTBEAM, D. 'Health literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century', *Health Promotion International*. 2000; 15, 3, 259-67. Acesso; 20 de março de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

OKAN, O.; BRÖDER J.; PINHEIRO P.; BAUER U. 'Gesundheitsförderung und Health Literacy', in A. Lange, C. Steiner, S. Schutter and H. Reiter (eds) *Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie*, **Wiesbaden: Springer Fachmedien** 1-21. 2017. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2940211>

OLIVEIRA, J.A.; SPAGNOL C.A.; CAMARGOS A.T.; MATOS S.S.; SILVA S.F.; OLIVEIRA J.M. Educação permanente em enfermagem no centro de tratamento intensivo. **Rev enferm UFPE on line**. 2020. 14:e244644. Acesso: 15 de janeiro de 2021. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.244644

OLIVEIRA, A.C.D.C.; KERSTEN, M.A.C.; REBELLO, R.; PEREIRA, S.A.; RAITZ, T.R. Os sentidos da educação permanente em saúde para enfermeiras de um hospital infanti. **Revista Nursing**, 2021; 24 (275): 5582. Acesso; 20 de março de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i275p5582-5591>

PARKER, R.M.; BAKER DW.; WILLIAMS MV.; NURSS JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **J Gen Intern Med** 1995; 10(10): 537-41. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: DOI: 10.1007/BF02640361

PACHECO, S. T. D. A. et al. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. *Revista de Enfermagem da Uerj*, v. 21, n. 1, p. 106-112, 2013. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6443>

PENG, N. H.; AMY R. N.; CHIH H.; CHAO L.; CHEN H et al. Knowledge and attitudes of pediatric clinicians regarding pediatric pain management. September 2019. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1111/jspn.12302>

PEREIRA, LD'Á.; SILVA KL.; ANDRADE M.F.L.B et al. Educação Permanente em Saúde: Uma prática possível. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 12(5):1469-79, maio., 2018. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231116/29010>

PEREIRA, T.T.S.O.P. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. **Rev SPAGESP**[Internet]. 2013;14(1):21-9. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v14n1/v14n1a04.pdf>

PHONPRUK, K et al. Paediatric emergency nurses' perceptions of parents' understanding of discharge information: A qualitative study. **Australasian Emergency**. 21, 56-63. 2018. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.05.001>

PIMENTEL, A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. **Estudos de Psicologia**, 12(2):159-168, 2007. Acesso: 23 de março de 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000200008>

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/resr/v42n3/24505.pdf>.

PORTELA, N.; SALES C.M.; RENOVATO R.D.A. compreensão dos enfermeiros sobre a política de educação permanente. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, Volume 2 – Número 2. 2016. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/15139>

QUAYE, A.A.; COYNE I.; SODERBACK M. Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. **J Clin Nurs**. 2019; 28:4525–4537. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: DOI: 10.1111/jocn.15042.

RAMOS, J.F.C.; MIRANDA L.; PEIXOTO M.V.M et al. Pesquisa participativa e as estratégias de promoção da saúde integral da criança no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)** [online]. 2018, vol.22, n.67, pp.1077-1089. Acesso: 23 de março de 2021. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0280>

ROSALINE, B. Grupos focais - Porto Alegre: Armed, 2009. 216p. (Coleção Pesquisa qualitativa/ Coordenada por Uwe Flick).

SÁ, I. C. T. F.; & SILVA T. P. Playful strategies in the care of hospitalized children: an integrative review. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde**. 2020; 5(2), 135–145. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200024>

SÁ, G..GM.; SILA F.L.; SANTOS A.M.R.; NOLÊTO J.S.; GOUVEIA M.T.O.; NOGUEIRA L.T. Tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos na comunidade: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2019;27:e 3186. Acesso: 10 de março de 2021. Disponível: DOI: 10.1590/1518-8345.3171.3186 www.eerp.usp.br/rlae

SANDERS, L. M.; FEDERICO S.; KLASS P.; ABRAMS M. A.; & DREYER B. Literacy and Child Health. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**. 2019; 163(2), 131. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2008.539>

SANTOS, T.F.C. Comunicação de más notícias no contexto da UTI Neonatal. [Dissertação] Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, 2016. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/17719>

SAVIETO, R.M.; LEÃO E.R. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. **Esc Anna Nery** [Internet]. 2016 ;20(1):198-202. Acesso: 10 março de 2022. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0280>

SILVA, S..RM.; SANTOS M.C.S.; SILVA A.M.; FERREIRA F.A.; FREITAS R.S.C.; GOUVEIA M.T et al. Percepção dos acompanhantes das crianças hospitalizadas acerca do brinquedo terapêutico. **Rev Enferm UFPE on Line**. 2018; 12(10):2703-2709. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236309>

SIMONDS, S. 'Health education as social policy', Health Education Monograph. 1974; 2, 1-25. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>

SORENSEN, K.; ET A.L. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v.12, n. 80, p. 1-13, 2012. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

SØRENSEN, K.; LEVIN-ZAMIR D.; DUONG T. V.; OKAN O.; BRASIL V. V.; & NUTBEAM D. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. **Health Promot Int**. 2021 Dec 13;36(Supplement_1):i13-i23. Acesso: 20 de março de 2022. Disponível: <https://doi.org/10.1093/heapro/daab153>

SOSSELA, R.; ELETRONIC S.; ONLINE L.; & ACAD G. A criança e o brinquedo no contexto hospitalar. **Rev. SBPH**. 2017; vol.20 no.1, Jan./Jun. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n1/v20n1a03.pdf>

TEREZAM, R.; REIS-QUEIROZ J.; HOGA LAK. A importância da empatia no cuidado em saúde e Enfermagem. **Rev Bras Enferm**. 2017;70(3):669-70. Acesso: 10 março de 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0669.pdf

TORRES, R. C.; VINÍCIUS M.; AZEVEDO C. & DEBBO A. A importância da ludoterapia na assistência pediátrica. 2021, 6–19. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3278/artigo%20para%20corre%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1>

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, 19(3), 777–796, 2009. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.

World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. [Internet] Geneva: WHO; 1998. Acesso: 15 de janeiro de 2021. Disponível: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998>. Pdf

World Health Organization (WHO). The Ottawa Charter for health promotion: First international conference on health promotion, Ottawa, 21 November, Geneva: WHO;1986. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

World Health Organization (WHO) 'Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development', Health Promotion International.2017; 32, 1, 7-8. Acesso: 10 de março de 2022. Disponível: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17>.

WHITTEMORE, R.; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs.2005;52(5):546-53. Acesso: 10 de março de 2021. Disponível: doi 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

ZITKOSKI, J.J. Paulo Freire & a Educação – 2. Ed.-Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010. ISBN: 978-85-7526-220-7.

APÊNDICE A - CARTA CONVITE À EQUIPE DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA CONVITE À EQUIPE DE ENFERMAGEM

Prezado(a) colaborador(a),

Sou Adélia Karla Falcão Soares, estudante do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob orientação da Profa.Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: **“Letramento em Saúde e Comunicação entre Equipe de Enfermagem e Crianças no contexto de uma Emergência Pediátrica”**, que visa analisar as contribuições de um processo educativo com a equipe de enfermagem sobre comunicação com a criança no contexto de uma emergência pediátrica, a partir do referencial teórico do Letramento em Saúde.

Para alcançar o objetivo deste trabalho, iremos ofertar à equipe de enfermagem do Hospital da Restauração-HR um curso de extensão sobre Comunicação e Letramento em Saúde no contexto de cuidado à criança. A ação educativa foi planejada a partir de metodologias ativas, tendo como principal metodologia, a problematização, sendo organizada por meio do ensino híbrido (encontros presenciais e a distância) com momentos de concentração em uma sala virtual (através da plataforma *Even 3*) e momentos de realização de atividades no ambiente de trabalho.

O curso terá uma duração de 40 horas, dividido em cinco encontros (três presenciais e dois online) nos meses de outubro e novembro com direito a certificado. O início das atividades está previsto para 04 de outubro de 2021 no auditório do HR das (10h-11:30h e 13:00-14:30h). Os três encontros presenciais ocorrerão uma vez na semana para cada plantão diurno: diurno I - 09/10, 15/10, 18/10; diurno II - 04/10, 16/10, 22/10 e diurno III - 08/10, 11/10, 20/10 das (10h-11:30h ou 13:00-14:30h), com duração de 1 hora e 30 minutos. Como a escala dos enfermeiros não são dias fixos, os mesmos poderão escolher os dias para participar dos encontros uma vez na semana. No 1º encontro (04/10 segunda-feira ou 08/10 sexta-feira ou 09/10 sábado); 2º encontro (11/10 segunda-feira ou 15/10 sexta-feira ou 16/10 sábado); 3º

encontro (18/10 segunda-feira ou 20/10 quarta-feira ou 22/10 sexta-feira) das (10h-11:30h e 13:00-14:30h), os encontros online na plataforma *Even 3* serão agendados conforme a disponibilidade dos participantes via aplicativo WhatsApp®.

No primeiro encontro, será disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Termo de Autorização de Uso de Imagem. Por se tratar de um curso que surgiu da pesquisa em questão, solicito sua contribuição na execução das atividades e participação das discussões que serão geradas durante a realização das sessões do grupo focal ao longo do processo formativo. As atividades serão finalizadas em 14 de novembro de 2021 com a entrega do certificado e avaliação do curso de extensão.

A partir dos resultados da ação educativa, pretende-se desenvolver ações de formação de profissionais de saúde que possam abordar a comunicação com a criança, centrando no princípio da empatia e da comunicação, considerando os estágios do desenvolvimento da criança e as formas de comunicação próprias da criança para expressar seus medos e angústias em cenários da atenção à saúde. Também, contribuirá na promoção do Letramento em Saúde da equipe de enfermagem, possibilitando desempenhar suas habilidades comunicativas com foco na criança, com o intuito de desenvolver competências e motivações da criança/família para acessar, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde de forma ativa e participativa nos domínios do cuidado em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças.

Salienta-se que esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, assim como o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital da Restauração. Desde já apresentamos votos de elevada estima e agradecemos a sua disponibilidade em compartilhar a sua experiência. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Adélia Karla Falcão Soares

Mestranda do PPGEnfermagem/UFPE

E-mail: adelia.falcao@ufpe.br

Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus

Orientadora e Docente da UFPE.

E-mail: mariawanderleya.coriolano@ufpe.br

APÊNDICE B - ROTEIRO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

1- Convidar os participantes a ler e responder do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

2- Formulário com a caracterização dos participantes fornecido via plataforma *Even 3* durante a inscrição no curso de extensão.

1.1 Idade:

1.2 Gênero:

1.3 Tempo de formação profissional:

1.4 Tempo de atuação na instituição:

1.5 Área de atuação:

1.6 Tempo de atuação na área:

1.7 Titulação e especializações:

3- Realização da ação educativa com base no referencial teórico - Aprendizagem Experiencial de David Kolb.

A realização da ação educativa ocorrerá no período de dois meses, conforme os quatro eixos temáticos apresentados durante todo o curso.

1º EIXO - Dinâmica de sensibilização sobre a temática “Coloca-se no lugar do outro”.

2º EIXO - Tipos de abordagens de comunicação aplicadas em um ambiente hospitalar.

3º EIXO - Apresentar o conceito de Letramento em Saúde e sua importância na promoção da saúde da criança/família.

4º EIXO - As impressões dos participantes sobre a implementação das abordagens comunicativas para a promoção do Letramento em Saúde no contexto de uma emergência pediátrica.

1ª Etapa - Os participantes serão direcionados a realizar reflexões iniciais sobre "quem sou eu" e "como me coloco no lugar do outro", que irá trazer as impressões dos profissionais sobre suas

vivências sobre a comunicação e a empatia na abordagem com a criança/família. Para a realização desse primeiro momento será usada uma dinâmica de sensibilização.

2ª Etapa - Os pontos mais importantes da temática em questão. Os participantes irão apresentar as abordagens de comunicação usadas com a criança/família no ambiente de trabalho.

3ª Etapa - Explicar os fenômenos observados por meio da interação entre a realidade e os instrumentos teórico-científicos preexistentes com a busca na literatura. Nesse momento serão apresentadas as abordagens comunicativas mais usadas para promoção do Letramento em Saúde a partir da literatura e dos conhecimentos prévios dos participantes.

4ª Etapa - Usar a realidade para compreendê-las e construir soluções que possam ser implementadas. Nesse momento os participantes irão realizar sugestões para melhorar as habilidades de comunicação com a criança/família. Nesse momento os participantes serão orientados a aplicar as habilidades comunicativas para a promoção do Letramento em Saúde no contexto da emergência pediátrica.

4-Avaliação da ação educativa participativa será realizada com a aplicação do Formulário semiestruturado ao final da intervenção.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário da pesquisa LETRAMENTO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM E CRIANÇAS NO CONTEXTO DE UMA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA que está sob a responsabilidade da pesquisadora Adélia Karla Falcão Soares, Departamento de Enfermagem - UFPE. Av. Professor Moraes Rego s/n, CEP: 50.670-901, Recife - PE. Tel.: (81) 2126-3661. (81)9633-5898 e-mail adelia.falcao@ufpe.br. Está sob a responsabilidade da Profa. Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano-Marinus. Telefone para contato (81) 2126-8566 (Mestrado Acadêmico). E-mail: mariawanderleya.coriolano@ufpe.br

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Descrição da pesquisa: A assistência destinada à criança em um contexto de emergência, exige da equipe de saúde uma atuação rápida e eficiente, para minimizar as situações de risco de morte. Nesse cenário, o profissional precisa desenvolver o cuidado técnico e emocional, e estabelecer um vínculo de confiança com a criança. Dessa forma, destaca-se a necessidade de aperfeiçoar o processo de comunicação entre os profissionais enfermeiros e a criança/família, no contexto de internação. Então, torna-se peculiar promover um cuidado integral e participativo da criança, com base na promoção do Letramento em Saúde e das particularidades da criança. Diante disso, este trabalho tem como objetivo geral: analisar as

contribuições de um processo educativo com a equipe de enfermagem sobre comunicação com a criança no contexto de uma emergência pediátrica, a partir do referencial teórico do Letramento em Saúde e como objetivos específicos: identificar as principais estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais na assistência à saúde da criança; conhecer as habilidades de letramento em saúde da equipe de enfermagem ao longo do processo educativo; realizar um processo educativo sobre comunicação e letramento em saúde entre equipe de enfermagem e a criança em um contexto de emergência pediátrica; e identificar percepções sobre as principais mudanças na comunicação e letramento em saúde entre equipe de enfermagem e criança ao longo do processo formativo.

Esclarecimento da participação: A equipe de enfermagem será convidada através de convite individual e institucional, pessoalmente e via aplicativo *Even 3* (plataforma de gestão de ingressos, inscrições e eventos). A ação educativa ocorrerá a partir de encontros presenciais e à distância, em dias e horários acordados em conjunto com os participantes, a coordenação de enfermagem e a educação permanente do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra – HR. A ação educativa será dividida em quatro eixos temáticos, a partir de estratégias de ensino-aprendizagem com foco na problematização e terá uma carga horária de 40 horas, sendo desenvolvida na sala virtual e à distância. Nos intervalos entre os encontros presenciais via plataforma virtual, os profissionais desenvolverão atividades de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho, considerando os saberes construídos. O grupo focal contará com quatro encontros, dois presenciais no auditório do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra-HR e dois encontros via plataforma virtual (*Even 3*), em momentos distintos, com carga horária de 1 hora e 30 minutos, sem intervalos no momento das sessões, sendo conduzidos por um roteiro de pesquisa estruturado à luz do referencial da Aprendizagem Experiencial de David Kolb.

. O grupo será moderado pelo pesquisador principal, que irá gerenciar a dinâmica do grupo e contará também com a presença de três assistentes de pesquisa para cada grupo focal, que serão responsáveis por gravar os encontros, além de registrar os principais tópicos abordados no grupo a fim de avaliar posteriormente. Será utilizado gravador de áudio e uma câmera de vídeo, autorizados previamente pelos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento. Ao final dos encontros, os dados serão transcritos na íntegra e validados pelos participantes, que terão acesso as transcrições e poderão realizar a leitura e fazer alterações, caso sejam necessários.

Descrição dos procedimentos realizados: A coleta de dados será iniciada logo após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e o cronograma será devidamente cumprido. Será utilizado um instrumento para avaliar a repercussão do uso de uma ação educativa participativa com a equipe de enfermagem.

Coleta de dados: Será enviado o instrumento pela plataforma *Even 3* com orientações de como preencher os dados referentes ao perfil sociodemográfico e/ou profissional do indivíduo e outro para avaliar a ação educativa participativa, que será solicitado para marcar SIM ou NÃO quanto a repercussão da intervenção educativa em seu cotidiano.

Riscos: Os riscos podem surgir advindos de um possível desconforto ou constrangimento durante a leitura e preenchimento individual dos instrumentos da pesquisa. Diante disso, como forma de minimizar, será garantido o anonimato dos participantes, bem como, o sigilo de qualquer informação pessoal que possa identificá-los. Os participantes também poderão se recusar a responder e/ou desistir da pesquisa a qualquer etapa do estudo e que não acarretará penalizações por parte dos pesquisadores.

Benefícios: Como benefício direto, os participantes terão a oportunidade de conhecer e aplicar estratégias que podem promover ações voltadas às habilidades comunicativas com foco na promoção do letramento em saúde no contexto de uma emergência pediátrica.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas para a sociedade, em formatos fornecidos pela Microsoft Powerpoint® (.ppt), Paint (.jpeg ou .png) e/ou Adobe Acrobat® (.pdf), videoaulas, em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através de formulários e da filmagem/gravação dos grupos focais, ficarão armazenados em pastas de arquivos e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Adélia Karla Falcão Soares, Departamento de Enfermagem - UFPE. Av. Professor Moraes Rego s/n, CEP:50.670-901, Recife - PE. Tel.: (81) 2126-3661. (81) 99633-5898 e-mail adelia.falcao@ufpe.br.no período mínimo de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br)**. Do mesmo modo, o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital da Restauração no endereço: **(Avenida da Agamenon Magalhães s/n – 5º Andar - Derby, Recife-PE, CEP: 25.010-040 Tel.: (81) 3181.5603 – e-mail: eticaempesquisahr@gmail.com)**, ou também a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP pelo endereço: **(SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília – DF Tel.: (61) 3315.5878)**.

Adélia Karla Falcão Soares

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo LETRAMENTO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM E CRIANÇAS NO CONTEXTO DE UMA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa

e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E
DEPOIMENTO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

Eu, _____,
CPF: _____, RG: _____, depois
de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da
pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento,
especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através
do presente termo, os pesquisadores: Adélia Karla Falcão Soares (mestrando) e a Dra. Maria
Wanderleya de Lavor Coriolano (orientadora), do projeto de pesquisa intitulado “Letramento
em Saúde e comunicação entre equipe de enfermagem e crianças no contexto de uma
emergência pediátrica”, a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher
meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou
depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor
dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis
que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente
– ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas
com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Recife - PE, em ____/____/____.

Entrevistado

Responsável Legal CPF e IDT
(Caso o entrevistado seja menor-incapaz)

Pesquisador responsável pela entrevista

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE PESQUISA: GRUPO FOCAL

1º Encontro: Impressões dos profissionais sobre suas vivências sobre a comunicação e a empatia na abordagem com a criança/família.

1ª Etapa - Os participantes serão direcionados a realizar reflexões iniciais sobre "quem sou eu" e "como me coloco no lugar do outro", que irá trazer as impressões dos profissionais sobre suas vivências sobre a comunicação e a empatia na abordagem com a criança/família. Para a realização desse primeiro momento será usada uma dinâmica de sensibilização.

Inicialmente será realizada a apresentação dos presentes. Em seguida, será apresentada a pesquisa, seus objetivos, finalidades e como se dará a coleta dos dados, culminando na leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento. Posteriormente, será firmado o pacto de convivência, que será lembrado em todos os momentos da sessão. Durante a realização do grupo focal serão utilizadas as seguintes questões condutoras:

- O que você compreendeu nesse momento, ao colocar-se no lugar do outro?
- Quais foram os seus sentimentos, anseios e medos?
- Caso fosse uma criança, na sua opinião, o que ela poderia sentir?
- Ao colocando-se no lugar da criança, na sua opinião, como a equipe de enfermagem poderia ajudar nessa situação?

Ao finalizar o encontro, o pesquisador fará uma avaliação formativa do que foi discutido no encontro, sendo oportunizado aos participantes acrescentarem pontos que julgarem necessários. Será lembrada a data e horário do próximo grupo, além dos agradecimentos aos participantes que estiveram presentes.

2º Encontro: Tipos de abordagens de comunicação aplicadas em um ambiente hospitalar.

2ª Etapa - Os participantes irão apresentar as abordagens de comunicação usadas com a criança/família no ambiente de trabalho.

Inicialmente será realizada a apresentação dos presentes. Em seguida, o pacto de convivência será revisitado, visando saber se todos concordam com os itens acertados no encontro anterior e se sentem a necessidade de acrescentar outros pontos. Será realizada uma recapitulação da discussão anterior antes de dar seguimento ao grupo. Durante a realização do grupo focal serão utilizadas as seguintes questões condutoras:

- Quais as barreiras de comunicação com criança/família você enfrenta no seu contexto de trabalho?
- Quais estratégias de comunicação você realiza com a criança no seu ambiente de trabalho?
- Quais requisitos ou aspectos você considera favoráveis em sua comunicação com a criança/ família?
- Quais requisitos ou aspectos você considera desfavoráveis em sua comunicação com a criança/ família?

Em seguida, será realizada uma exposição, por meio de slides, contendo algumas estratégias de comunicação, os diferentes tipos e exemplos de cada modalidade e estratégias. Posteriormente, será aberta a discussão, na qual o público-alvo poderá ponderar os benefícios e fragilidades de cada tecnologia, resultando na indicação, a partir do consenso do grupo, sobre a estratégia mais apropriada para o seu contexto de trabalho.

Ao finalizar o encontro, o pesquisador fará uma avaliação formativa do que foi discutido no encontro, sendo oportunizado aos participantes acrescentarem pontos que julgarem necessários. Será lembrada a data e horário do próximo grupo, além dos agradecimentos aos participantes que estiveram presentes.

3º Encontro: Apresentar o conceito de Letramento em Saúde e sua importância na promoção da saúde da criança/família.

3ª Etapa - Explicar os fenômenos observados por meio da interação entre a realidade e os instrumentos teórico-científicos preexistentes com a busca na literatura. Nesse momento serão apresentadas as abordagens comunicativas mais usadas para promoção do Letramento em Saúde a partir da literatura e dos conhecimentos prévios dos participantes.

Neste encontro, inicialmente será realizada a apresentação dos presentes. Em seguida, o pacto de convivência será revisitado, visando saber se todos concordam com os itens

acertados no encontro anterior e se sentem a necessidade de acrescentar outros pontos. Sendo feita uma recapitulação da discussão anterior antes de dar seguimento ao grupo. Será realizada uma tempestade de ideias a partir de três perguntas condutoras, que auxiliará na consolidação dos conceitos.

- O que você compreendeu sobre os conceitos de letramento em saúde?
- Como este conceito pode ser alcançado pela criança/família?
- Como o letramento em saúde pode ser usado para promover a participação no autocuidado da criança/família em seu contexto de trabalho?

Ao finalizar o encontro, o pesquisador fará uma avaliação formativa do que foi discutido no encontro, sendo oportunizado aos participantes acrescentarem pontos que julgarem necessários. Será lembrada a data e horário do próximo grupo, além dos agradecimentos aos participantes que estiveram presentes.

4º Encontro: As impressões dos participantes sobre a implementação das abordagens comunicativas para a promoção do Letramento em Saúde no contexto de uma emergência pediátrica.

Inicialmente será realizada a apresentação dos presentes. Em seguida, o pacto de convivência será revisitado, visando saber se todos concordam com os itens acertados no encontro anterior e se sentem a necessidade de acrescentar outros pontos. Será realizada uma recapitulação da discussão anterior antes de dar seguimento ao grupo.

4ª Etapa - Usar a realidade para compreendê-las e construir soluções que podem ser implementadas. Nesse momento os participantes irão realizar sugestões para melhorar as habilidades de comunicação com a criança/família. Aplicar as habilidades comunicativas para a promoção do Letramento em Saúde no contexto da emergência pediátrica. Para finalizar a ação educativa, com o objetivo de refletir a respeito das contribuições do processo formativo para a prática profissional e da equipe, os participantes serão convidados a responder um instrumento de autoavaliação disponibilizado no último encontro do curso de extensão.

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO

Gostaríamos da sua contribuição para avaliarmos as contribuições do **Curso de Extensão: Comunicação e Letramento em Saúde no cuidado à criança/família** para o seu processo formativo. Assim, pedimos que analise os itens abaixo e os avalie numa escala de 0 a 10 em que 0 é a menor pontuação e 10 é a pontuação máxima.

Sua participação é muito importante para nós!

QUESTÕES	PONTUAÇÃO
O curso de extensão me ajudou a aprender novos conhecimentos sobre a Comunicação e Letramento em Saúde no cuidado à criança/família.	
O curso de extensão proporcionou novas ideias na aplicação de estratégias de comunicação com a criança/família no âmbito da emergência pediátrica para a promoção do Letramento em Saúde.	
O curso de extensão me ajudou a compreender os aspectos do desenvolvimento infantil para a contextualização de uma comunicação efetiva com a criança.	
O curso de extensão me ajudou a integrar conhecimentos teóricos e práticos sobre as abordagens de comunicação com a criança/família.	
O curso de extensão me ajudou a refletir sobre a temática da comunicação empática com a criança/família.	
O curso de extensão proporcionou uma relação satisfatória entre os participantes e o professor durante a execução dos encontros presenciais.	
Durante o curso, senti-me confortável para expressar meus pontos de vista de forma oral.	
Durante o curso, senti-me confortável para expressar meus pontos de vista de forma escrita.	
O curso de extensão me fez pensar sobre o assunto de uma forma diferente.	
Durante o curso, aprendi com meus colegas sobre aspectos teórico-práticos.	
Sinto que pude participar com meus companheiros de equipe para fortalecer conceitos e habilidades práticas.	
O curso de extensão me ajudou na motivação sobre o estudo e realização de atividades.	
O curso de extensão me ajudou no trabalho em equipe.	
Sinto que me envolvi o suficiente para ter um bom aproveitamento no	

curso de extensão.	
Eu recomendaria o curso de extensão para um colega	
Eu avalio a minha ansiedade ao longo das atividades didático-pedagógicas.	
O curso de extensão possibilitou adquirir novos conhecimentos e aperfeiçoar os já existentes acerca da Comunicação e Letramento em Saúde no cuidado à criança/família.	
No geral, como você avalia o seu desempenho no curso de extensão?	

Agradecemos a sua colaboração em participar do processo avaliativo!

Atenciosamente

Equipe Docente

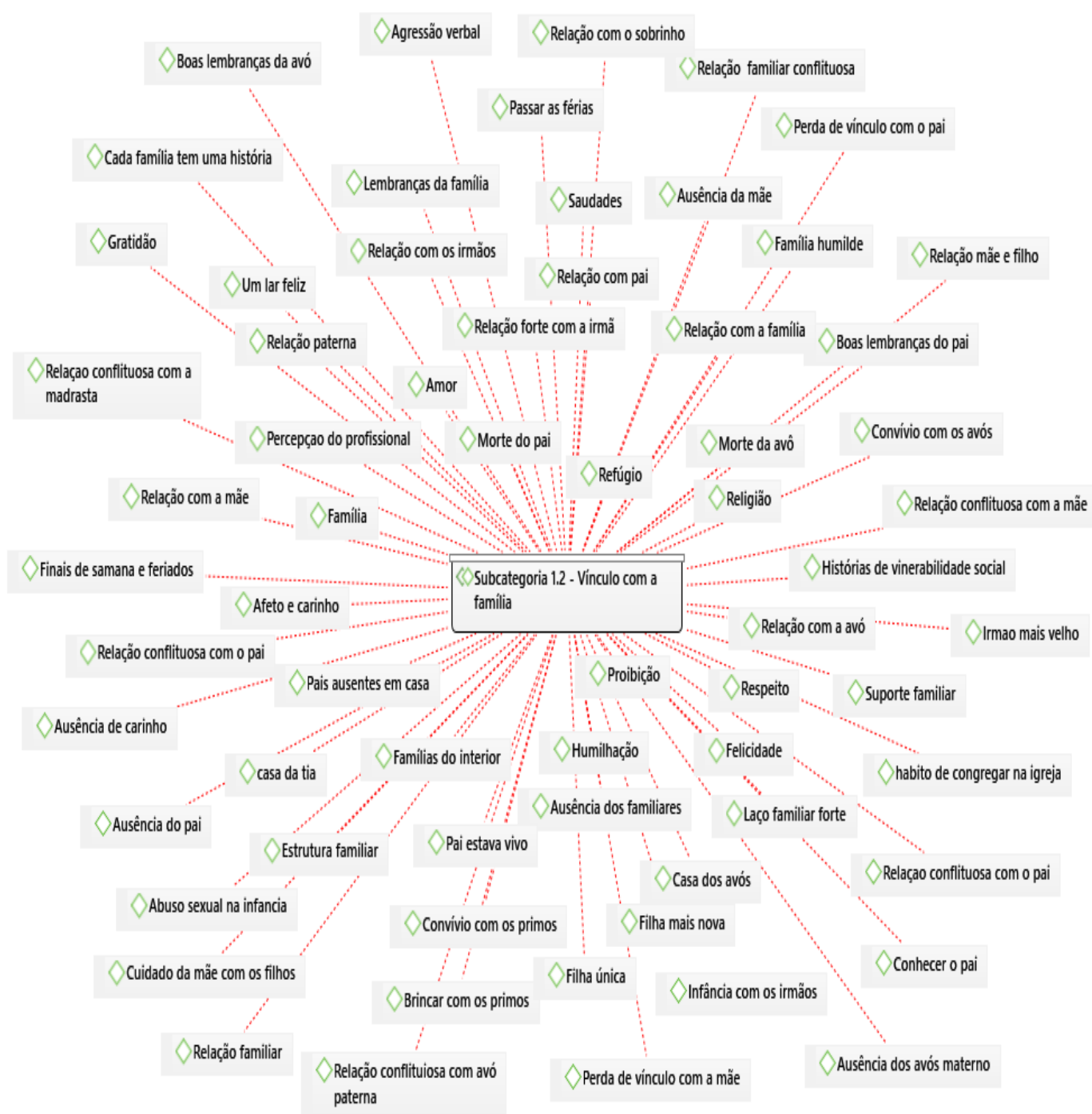
APÊNDICE G – ÁRVORES DE CÓDIGOS

Subcategoria 1.1 Experiências marcantes na infância dos profissionais.



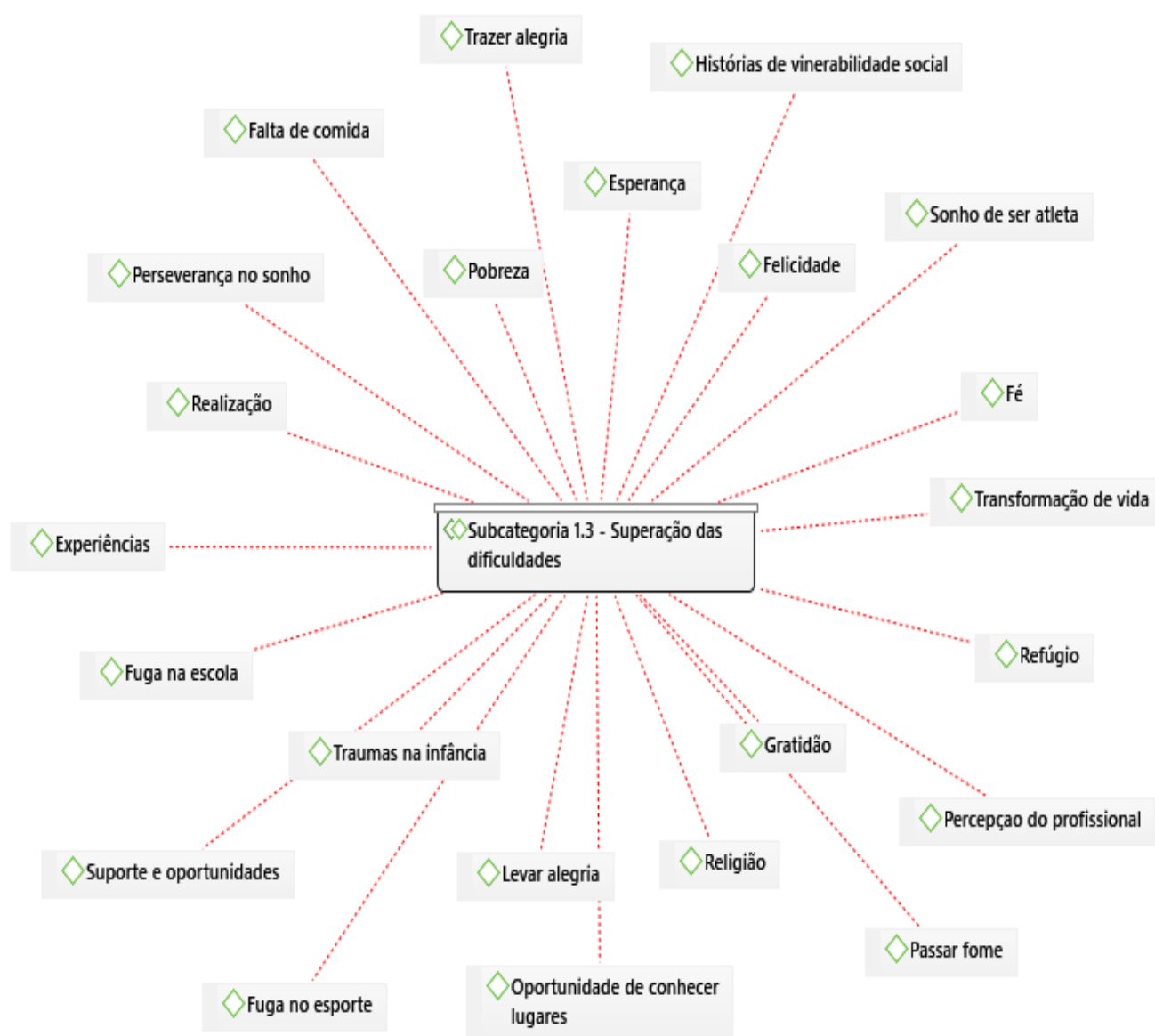
Fonte: Autor.

Subcategoria 1.2 Vínculo com a família.



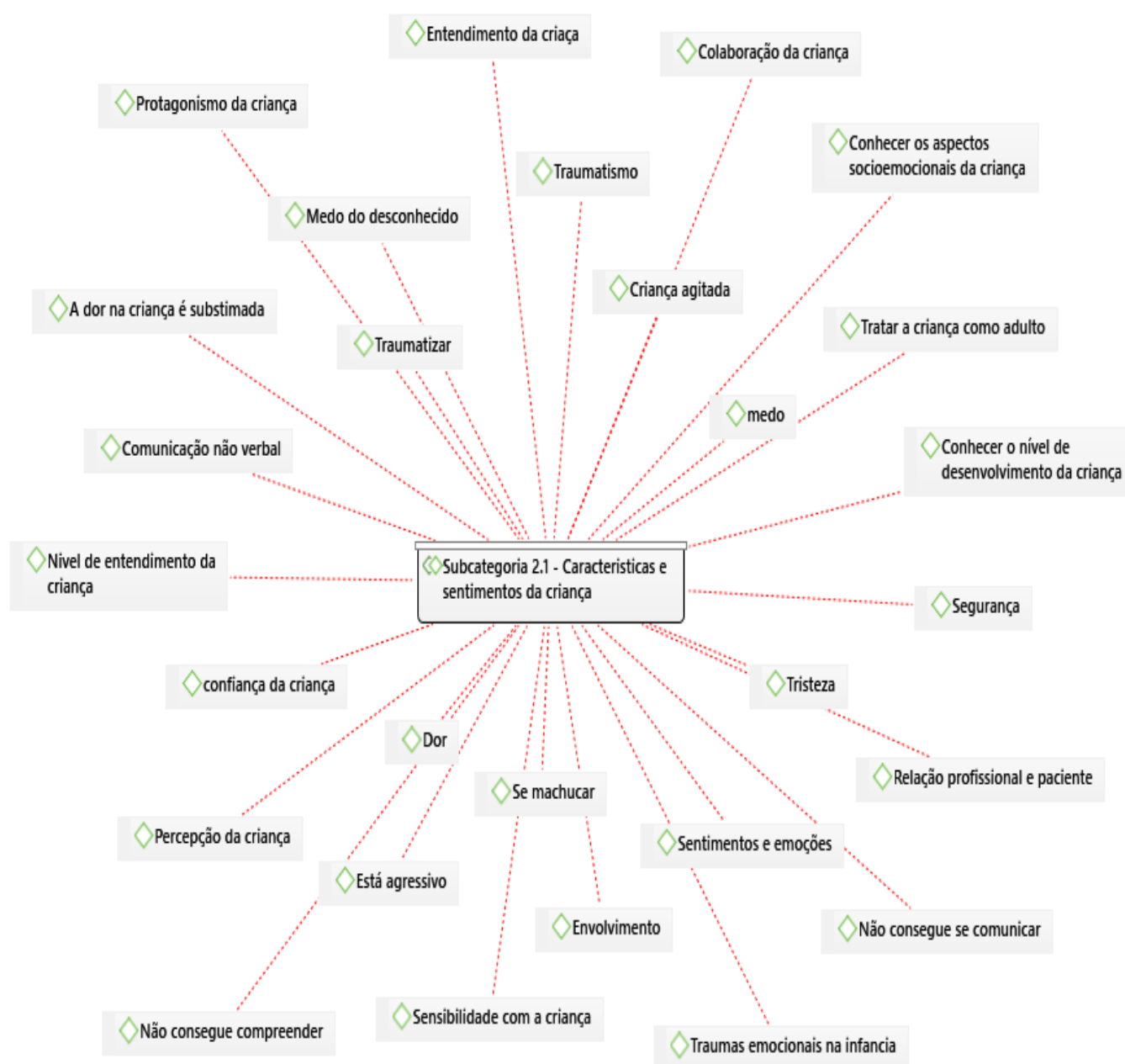
Fonte: Autor.

Subcategoria 1.3 Superação das dificuldades



Fonte: Autor

Subcategoria 2.1 Características e sentimentos da criança.



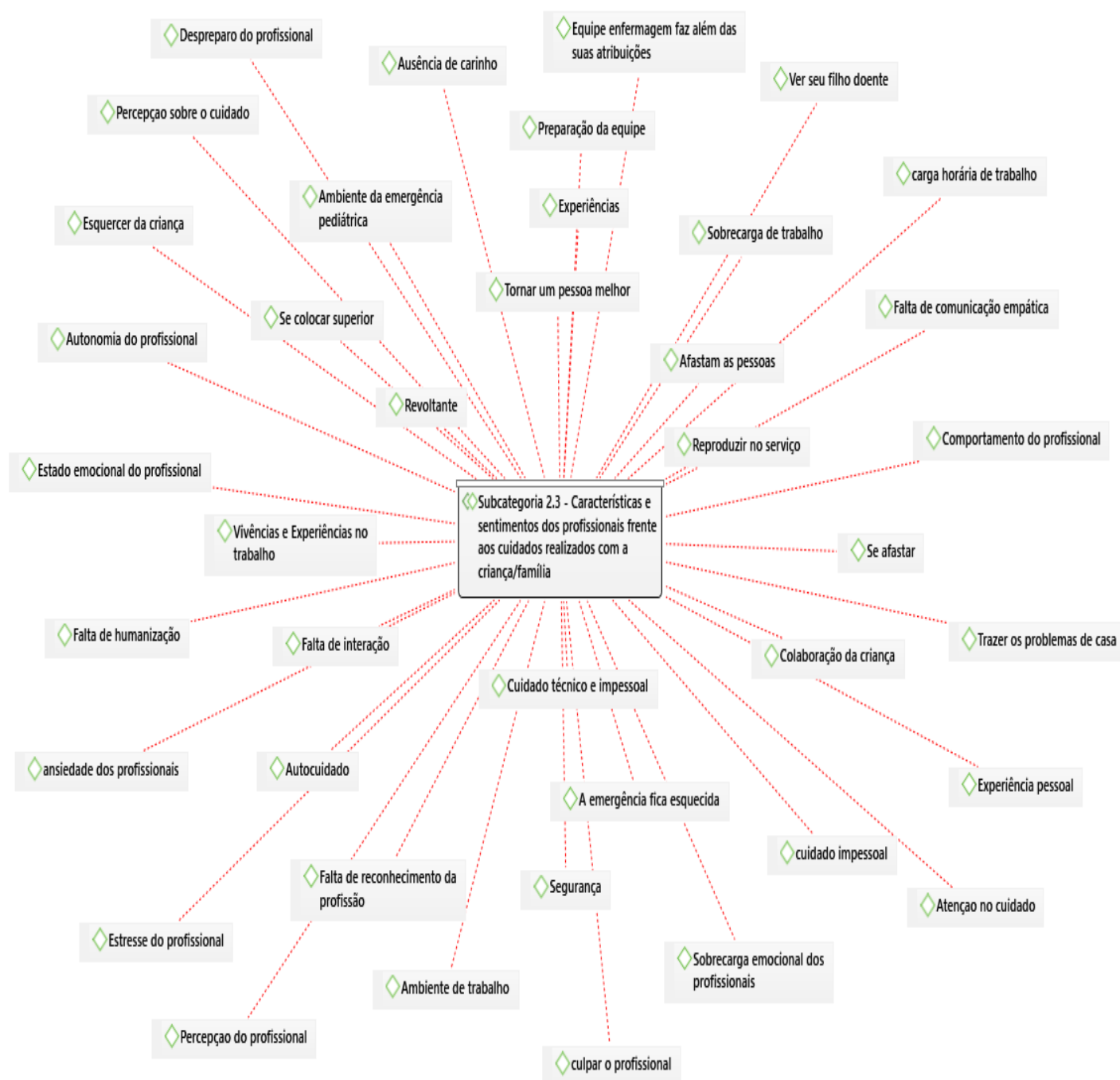
Fonte: Autor

Subcategoria 2.2 Percepção dos profissionais sobre as ações ao lidar com os sentimentos da criança.

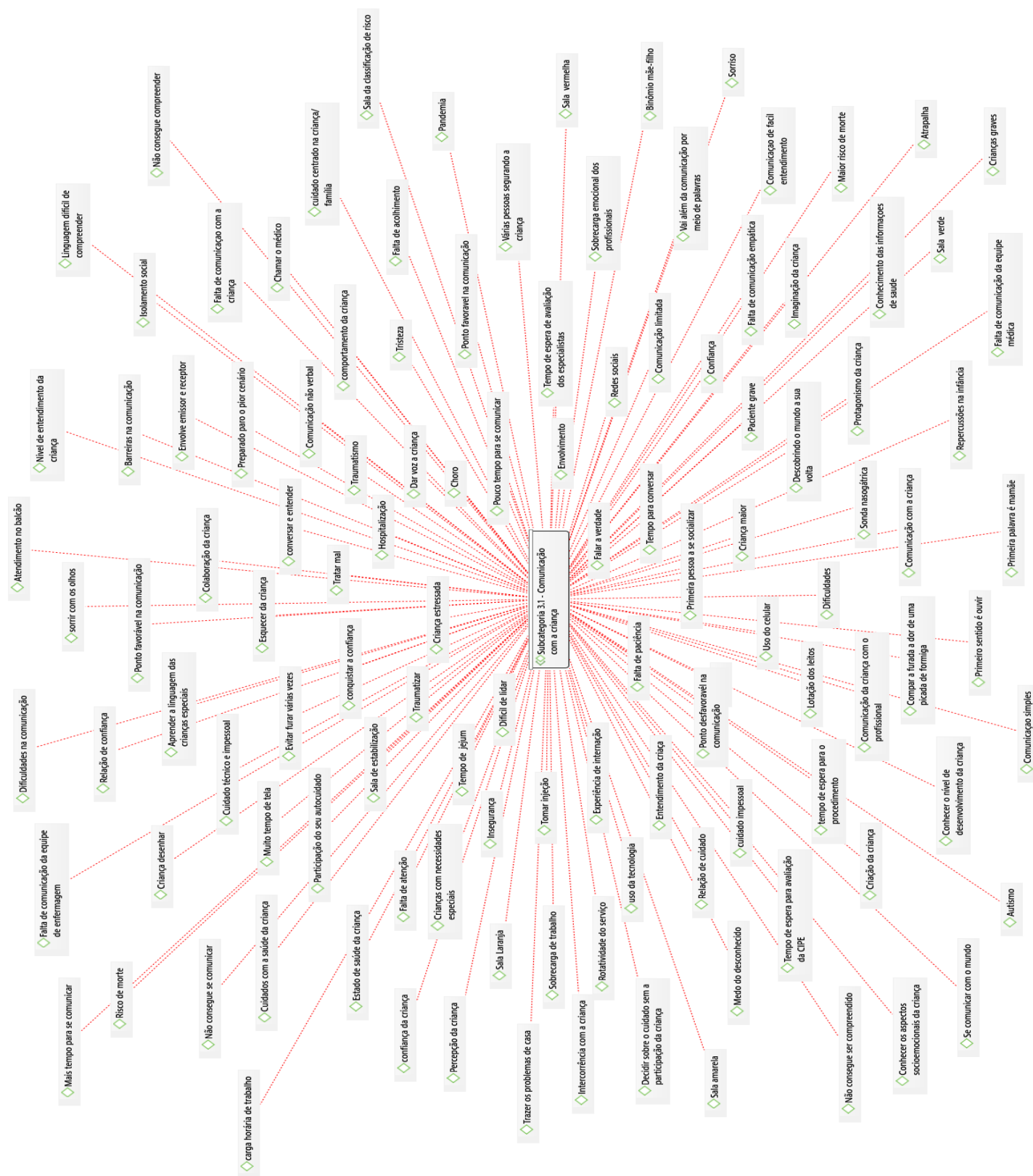


Fonte: Autor.

Subcategoria 2.3 Características e sentimentos dos profissionais frente aos cuidados realizados com a criança/família.

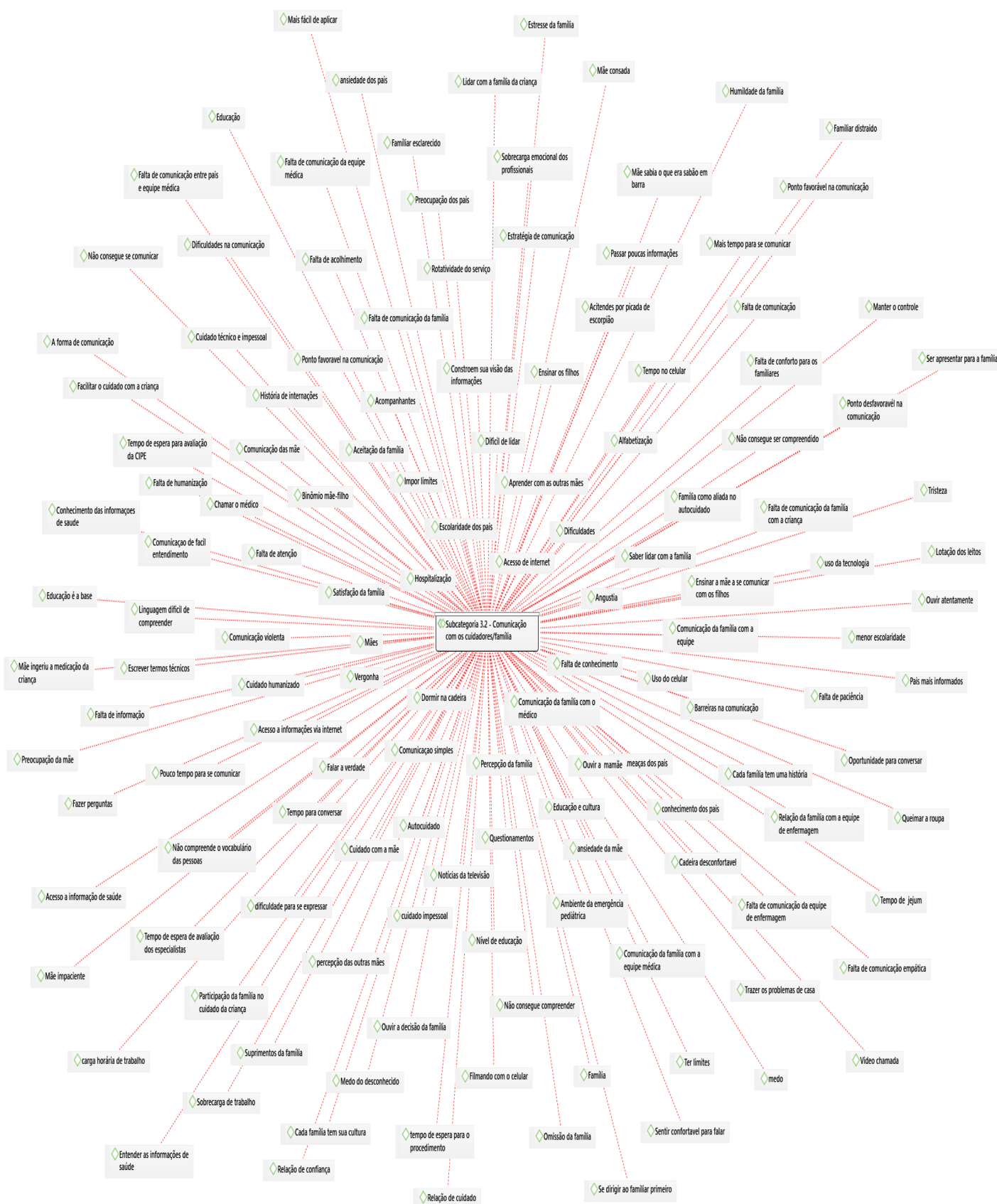


Fonte: Autor.

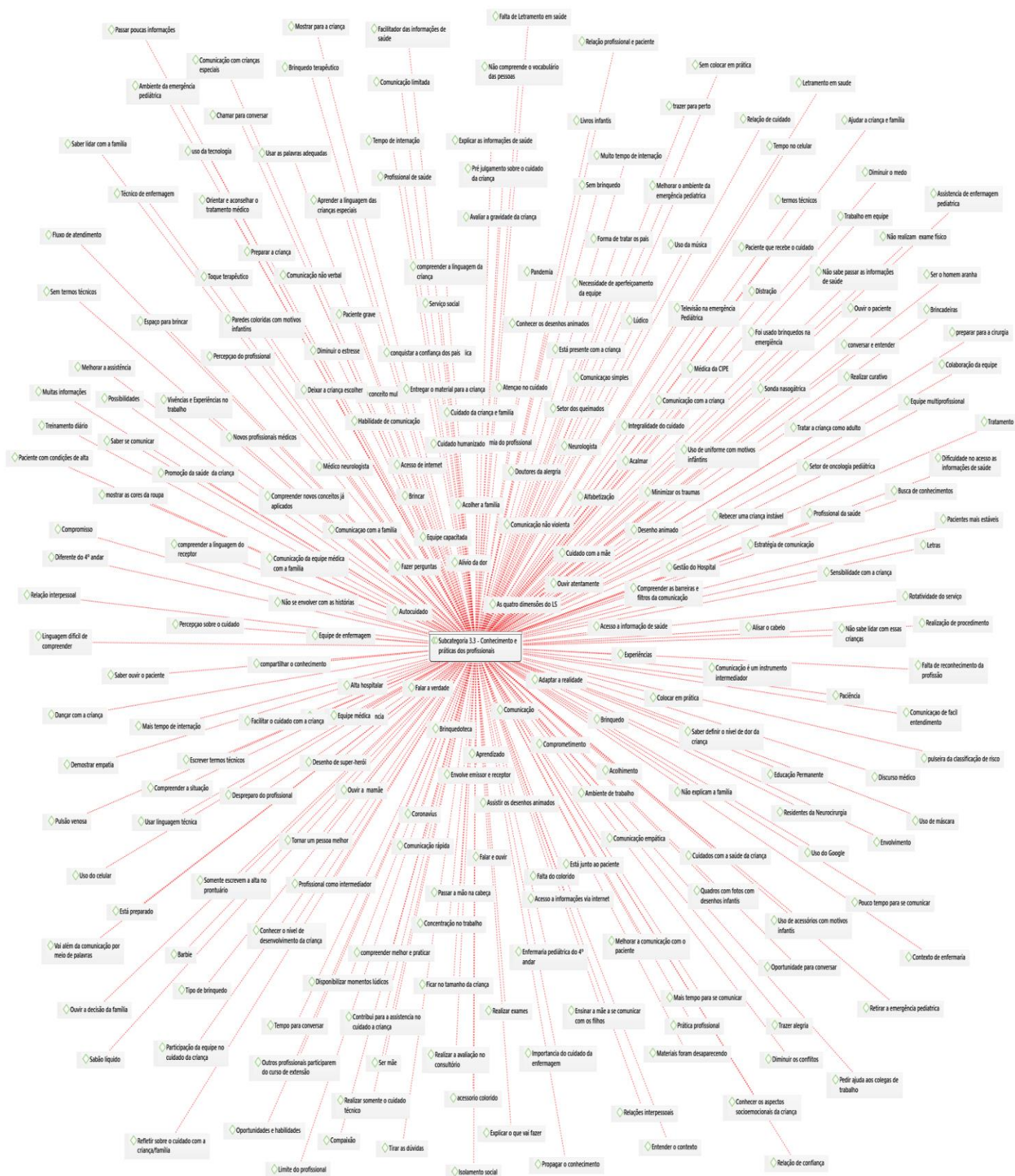


Fonte: Autor.

Fonte: Autor.



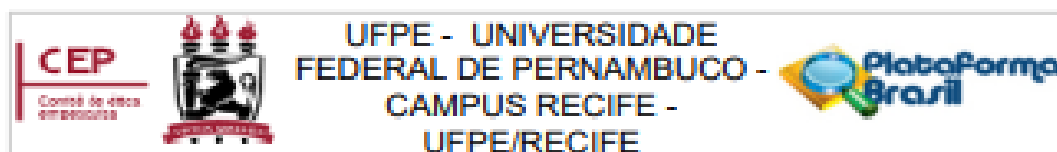
Subcategoria 3.3 Conhecimento e práticas dos profissionais.



Fonte: Autor.

[illegible]

ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LETRAMENTO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM E CRIANÇAS NO CONTEXTO DE UMA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Pesquisador: Adélia Falcão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46263121.4.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

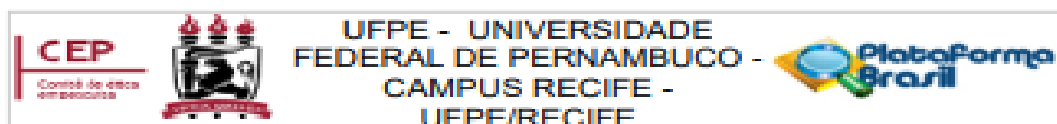
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.755.034

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de dissertação da discente Adélia Falcão, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE, sob a orientação da Prfa. Maria Wanderleya. A pesquisa tem o intuito de analisar as contribuições de um processo educativo com a equipe de enfermagem sobre comunicação com a criança no contexto de uma emergência pediátrica, a partir do referencial teórico do Letramento em Saúde. Será realizado um estudo de intervenção, com abordagem qualitativa, pesquisa participativa em saúde, que será desenvolvido em quatro etapas: 1- Revisão integrativa; 2- Planejamento da ação educativa; 3- Exploração da realidade por meio de grupos focais; 4- Avaliação da intervenção durante todo o processo formativo. A pesquisa será desenvolvida com a equipe de enfermagem atuante na emergência pediátrica do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra, por meio de encontros síncronos via plataforma Google Meet e encontros presenciais no auditório do referido hospital. A amostra será composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na assistência à criança em um serviço de emergência. O tamanho da amostra será definido de forma intencional, os participantes serão convidados a participar de um processo educativo que abordará a temática da pesquisa em questão. Os dados serão analisados por meio da análise qualitativa, segundo as etapas propostas por Yin (2016): composição da base de dados, decomposição, recomposição, interpretação e conclusão. A partir dos resultados provenientes deste estudo, pretende-se o desenvolvimento de

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde	CEP: 50.740-600
Bairro: Cidade Universitária	
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81) 2126-8588	E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.755.034

Outros	carta_anuencia_medica.pdf	15:24:29	Adélia Falcão	Aceito
Outros	carta_apresentacao.pdf	26/04/2021 15:20:34	Adélia Falcão	Aceito
Outros	carta_anuencia_miguel_hr.pdf	26/04/2021 15:17:30	Adélia Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento_depoimento_imagem.docx	26/04/2021 15:09:25	Adélia Falcão	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	26/04/2021 15:05:47	Adélia Falcão	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	26/04/2021 15:05:01	Adélia Falcão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_adelia.docx	26/04/2021 14:59:37	Adélia Falcão	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_adelia.pdf	26/04/2021 14:24:15	Adélia Falcão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 04 de Junho de 2021

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81) 2126-8588 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO B- PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
- PE**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LETRAMENTO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM E CRIANÇAS NO CONTEXTO DE UMA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Pesquisador: Adélia Falcão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46263121.4.3001.5198

Instituição Proponente: Hospital da Restauração - PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.822.870

Apresentação do Projeto:

Projeto : LETRAMENTO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE DE ENFERMAGEM E CRIANÇAS NO CONTEXTO DE UMA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Projeto de dissertação apresentado para apreciação da banca de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como pré-requisito para submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes cenários do cuidar.

Pesquisadora : Adélia Karla Falcão Soares

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Wanderleya Lavor Coriolano- Marinus.

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 2º Andar

Bairro: Derby

CEP: 52.010-040

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81) 3181-5803

Fax: (81) 3181-5803

E-mail: eticaempesquisaufn@gmail.com

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - PE



Continuação do Parecer: 4.022.070

Outros	roteiro_entrevista.docx	26/04/2021 15:47:43	Adélia Falcão	Aceito
Outros	roteiro_acao_educativa.docx	26/04/2021 15:48:31	Adélia Falcão	Aceito
Outros	curriculo_lattes_adelia.pdf	26/04/2021 15:48:44	Adélia Falcão	Aceito
Outros	curriculos_lattes_wanderleya.pdf	26/04/2021 15:44:38	Adélia Falcão	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	26/04/2021 15:28:46	Adélia Falcão	Aceito
Outros	carta_anuencia_enfermagem.pdf	26/04/2021 15:26:09	Adélia Falcão	Aceito
Outros	carta_anuencia_medica.pdf	26/04/2021 15:24:29	Adélia Falcão	Aceito
Outros	carta_apresentacao.pdf	26/04/2021 15:20:34	Adélia Falcão	Aceito
Outros	carta_anuencia_miguel_hr.pdf	26/04/2021 15:17:30	Adélia Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento_depoimento_imgam.docx	26/04/2021 15:09:25	Adélia Falcão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_adelia.docx	26/04/2021 14:59:37	Adélia Falcão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 02 de Julho de 2021

Assinado por:

FERNANDO RAMOS GONÇALVES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 5º Andar

Bairro: Derby

CEP: 52.010-040

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3181-5603

Fax: (81)3181-5603

E-mail: eticaempesquisa@h@gmail.com