



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciência da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

LUÍSA ARCOVERDE BEZERRA SOARES

**COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA:
PERSPECTIVA DOS PSICÓLOGOS DA SAÚDE**

BRASÍLIA

2021



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciência da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

LUÍSA ARCOVERDE BEZERRA SOARES

**COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA:
PERSPECTIVA DOS PSICÓLOGOS DA SAÚDE**

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como
requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia
Orientador: Profa. Ilsimara Moraes da Silva

BRASÍLIA

2021

Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Folha de Avaliação

LUÍSA ARCOVERDE BEZERRA SOARES

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA:

PERSPECTIVA DOS PSICÓLOGOS DA SAÚDE

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia
Orientador: Profa. Ilsimara Moraes da Silva

Brasília, 14 de julho de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Ilsimara Moraes da Silva

Cibele Antunes

Flávia Timm

Sumário

LISTA DE TABELAS.....	6
LISTA DE QUADROS	7
RESUMO.....	8
AGRADECIMENTOS	9
1. INTRODUÇÃO	11
2. CONTEXTUALIZAÇÃO A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	13
3. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	15
3.1. Câncer infantojuvenil.....	15
3.2. Percepção da criança sobre o processo de adoecimento.....	16
3.2. Comunicação com a criança	18
4. ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO CONTEXTO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA.....	21
5. OBJETIVOS.....	24
Objetivo Geral.....	24
Objetivos Específicos.....	24
6. MÉTODO.....	25
5.1. Campo de pesquisa	25
5.2. Participantes.....	25
5.3 Construção das informações.....	26
5.4. Análise e discussão das informações obtidas.....	27
7. ANÁLISE E DISCUSSÃO	27
Categoria final A: A criança como protagonista do seu tratamento.....	29
Subcategoria A1 - O protagonismo da criança, na perspectiva do psicólogo da saúde.....	30
Subcategoria A2: Estratégias para favorecer protagonismo da criança.....	33
Categoria B: Comunicação triádica equipe-família-paciente no contexto da oncologia pediátrica.	37
Subcategoria B1: Como os profissionais percebem a comunicação triádica.....	37
Subcategoria B2: Comunicação de más notícias.	42
Categoria C: A psicologia pediátrica no processo de comunicação em saúde no contexto oncológico pediátrico.	46
Subcategoria C1: Como se referem à percepção de outros profissionais com relação a atuação da psicologia.	46
Subcategoria C2: Estratégias utilizadas no contexto da comunicação em saúde.	50
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
9. REFERÊNCIAS	55

10.	APÊNDICES	62
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
	Apêndice B – Roteiro De Entrevista Semiestruturada.....	64
11.	ANEXOS	65
	Anexo A – Parecer final do Comitê de Ética.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Temas recorrentes nas falas dos participantes entrevistados.....	27 e 28
Tabela 2 - Agrupamento dos temas descritos estruturando as categorias finais.	28 e 29
Tabela 3 - Categoria final A e sua definição.	29
Tabela 4 - Categoria Final B e sua definição.....	29
Tabela 5 - Categoria Final C e sua definição.....	29
Tabela 6 - Categoria final A e suas subcategorias.....	30
Tabela 7 - Categoria final B e suas subcategorias.	37
Tabela 8 - Palavras-chaves utilizadas pelos participantes na temática da comunicação em saúde e seus números de verbalizações.	40
Tabela 9 - Categoria final C e suas subcategorias.	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria 1A.	30 a 32
Quadro 2 - Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria 2A.	33 a 35
Quadro 3 - Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria 1B.....	37 a 39
Quadro 4 - Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria 2B.....	42 a 43
Quadro 5 -Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria 1C.....	46 a 47
Quadro 6 - Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria 2C.....	50 a 51

RESUMO

Neste trabalho, entende-se a comunicação em saúde como um fenômeno multidimensional e dialógico, que ultrapassa apenas a transmissão de informações sobre a doença e seu manejo. O objetivo deste estudo foi compreender a comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica na perspectiva do psicólogo da saúde. O estudo foi realizado tendo como base a metodologia qualitativa. Para a análise das informações construídas utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas aplicadas a quatro profissionais da psicologia que tem experiência no campo de atuação na área da saúde. A análise e discussão foi realizada com base em três categorias temáticas: a) A criança como protagonista do seu tratamento; b) A comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica; c) A psicologia pediátrica no processo de comunicação em saúde no contexto oncológico pediátrico. Em síntese, a discussão deste estudo aponta para a importância do protagonismo da criança no contexto da oncologia pediátrica, bem como para a relevância da comunicação em saúde não só para o tratamento, mas também para estratégias de enfrentamento da doença tanto por parte das crianças como de seus familiares. Por fim, destacou-se que é necessário fortalecer ações interdisciplinares que contribuam para o cuidado integral da saúde da criança, ultrapassando os obstáculos apresentados no percurso interacional da tríade equipe-família-criança.

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Oncologia pediátrica. Atuação da psicologia.

AGRADECIMENTOS

Com muita alegria e satisfação posso dizer que mais uma etapa foi concluída. E com ela, uma mistura de felicidade, alívio e orgulho de toda minha trajetória me invade com força. Esses cinco anos de curso me proporcionaram momentos de muita aprendizagem, de reflexões pessoais e profissionais. Saio completamente apaixonada por essa profissão!

Durante todos esses anos, pessoas muito queridas e importantes na minha vida marcaram minha graduação, sempre me acolhendo e me oferecendo uma rede de suporte emocional que me deu muita força para trilhar meu caminho acadêmico. Assim, deixo aqui os meus sinceros agradecimentos:

Aos meus pais, Sylvia e Guilherme, por me apoiarem em cada momento ao longo dessa trajetória. Por toparem vivenciar toda essa imersão comigo e por me darem oportunidade de estudar em uma Universidade particular. Sei que não foi fácil, e que muitas vezes vocês renunciaram a algumas coisas para que eu pudesse ter qualidade de ensino. Foi com vocês que eu aprendi os primeiros passos do amor, da solidariedade, do carinho, me auxiliando a construir muita força e dedicação. Deixo aqui a minha eterna gratidão!

Não poderia deixar de estender meus agradecimentos aos meus irmãos, Marina e Pedro, por toda paciência comigo, por me ensinarem o que é um amor genuíno e por nunca saírem do meu lado. Agradeço pelas incontáveis risadas e toda parceria ao longo da minha vida. Com vocês, sou um ser humano melhor.

Ao meu noivo, Matheus Veleci, deixo meu agradecimento muito carinhoso e repleto de amor. Você compartilhou comigo as minhas principais conquistas e desafios e nunca deixou de estar ao meu lado e de me apoiar para seguir em frente. Obrigada por partilhar comigo a vida. Eu amo você! Estendo meu carinho à sua família, Íris, Carlinhos e Thiaguinho que por diversos momentos, me acolheram e me apoiaram e me deram força em todas as decisões acadêmicas. Vocês também são minha família!

Deixo meu carinho especial às minhas primas Beatriz, Cecília e Mariana, por se fazerem tão presentes em todos os momentos da minha vida. Vocês são muito especiais!

Aos meus queridos amigos, por compartilhar comigo cada experiência ao longo desses cinco anos de curso. Posso dizer que vivenciei muitas coisas bonitas com vocês e eu serei eternamente grata! Vocês são seres humanos admiráveis e muito especiais para mim. Torço muito por cada um. Deixo meu carinho especial aos amigos dos grupos “Amigos do Gil”, “Mariozetes” e “Deir”. Vocês tornaram os meus dias mais leves e alegres!

À minha querida orientadora, Ilsi! Você me ajudou intensamente nesse um ano de parceria, despertando em mim uma imensa vontade de pesquisar e aprender mais. Obrigada por

cada orientação, por me amparar nos momentos de desespero e por se esforçar para que eu tivesse satisfeita com minha escolha de tema. Te admiro demais.

Aos meus queridos professores, serei eternamente grata por cada momento que vivenciei com vocês. Saio com a certeza de que nosso curso é representado por seres humanos sensacionais, repletos de capacidades e potencialidades que nos inspiram ao longo da trajetória. Em especial, agradeço à Francielly Müller, por ser mais do que uma professora para mim. Obrigada por ser uma pessoa tão iluminada, tão querida e tão amada. Que a nossa amizade continue a florescer! Ao meu professor Lucas Amaral, por toda parceria ao longo desse tempo. Você me deu oportunidades incríveis de aprendizado e eu sou muito grata por cada uma delas. Com você, aprendi a ser um ser humano melhor! Ao meu professor Daniel Goulart, por ser uma inspiração para mim acadêmica. Você é um ser humano ímpar! Agradeço a Morgana de Almeida por ser um exemplo de profissional no contexto da saúde. Aprendi e espero seguir aprendendo com você!

À todos vocês e por todas as pessoas que passaram na minha vida, meu muito obrigada!

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença causada pelo avanço desajustado de células anormais, que acaba invadindo tecidos e órgãos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, há estimativa de novos casos em 27 milhões de pessoas no ano de 2030, totalizando 75 milhões de indivíduos vivendo com algum tipo neoplasia em todo o mundo (INCA, 2015).

Adentrando no contexto infantil, o câncer costuma afetar as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação (INCA, 2019, 2021). No Brasil, a incidência do câncer em pacientes pediátricos tem sido expressiva nos últimos anos (GUIMARÃES e AGUIAR, 2019). Segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA (2021)², no ano de 2020 estimava-se que a incidência do câncer infantil pudesse atingir 8.460 novos casos. Entre os tipos mais comuns de câncer infantojuvenil (0 a 14 anos), encontra-se a leucemia com 33,2%, tumores no Sistema Nervoso Central com 16%, seguido dos linfomas com 13,7% (INCA, 2020).

O câncer infantojuvenil costuma provocar a submissão a diversos tratamentos, que podem implicar na hospitalização da criança. Esse tratamento acarreta na realização de procedimentos, que incluem a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e, nos casos de leucemia, o transplante de medula óssea. Com hospitalização ou não, é fato a necessidade de acompanhamento por uma equipe de atenção em saúde.

A atuação, em pediatria, demanda cuidado da tríade equipe-paciente-família. O surgimento do paradigma biopsicossocial promoveu abertura para transformações dentro do contexto da saúde. O fortalecimento desse novo olhar trouxe implicações significativas referentes a diversos processos no campo da saúde. Entre esses processos, destaca-se a comunicação em saúde, que vêm sendo foco de novas pesquisas. Na concepção do modelo biomédico, a comunicação em saúde se restringe ao repasse de informações e recomendações sobre o diagnóstico e seu tratamento (COUTINHO, 2013; KOHLSDORF, 2012).

Porém, a comunicação em saúde não está relacionada ao cuidado biológico apenas, mas é resultado de uma construção interacional dialógica, que reconhece como instância fundamental, a participação de cada um (CARDOSO e ROCHA, 2018). No contexto de saúde pediátrica, a comunicação em saúde é apontada como elemento essencial para a eficácia do tratamento de crianças em processo de adoecimento (KOHLSDORF e SEIDL, 2011). Todavia,

¹ <https://www.inca.gov.br/en/node/2396>

² <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>

a literatura presente sobre essa temática tem demonstrado lacunas referentes às produções teóricas voltadas para a participação de crianças no processo comunicacional, limitando-se a comunicação entre seu acompanhante e o profissional. Assim, este trabalho denota a importância do desenvolvimento e fortalecimento da atuação pediátrica tríade, ampliando a compreensão para as demandas da própria criança, assim como fortalecendo estudos dentro da área da saúde infantil.

Diante desse panorama, surge algumas inquietações: “Como os psicólogos percebem a comunicação com a criança?”; “Como é que eu psicólogo vou me haver com uma criança doente? Fundamentando-se na relevância da atuação da psicologia dentro deste contexto, este estudo teve como objetivo geral compreender a comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica na perspectiva do psicólogo da saúde. Os objetivos específicos são: (I) Examinar como o (a) psicólogo (a) avalia a comunicação da equipe de saúde com a criança oncológica; (II) Investigar a percepção do (a) psicólogo (a) sobre a importância da comunicação da equipe de saúde com a criança no processo de hospitalização; (III) Investigar quais são as contribuições da psicologia para a temática da comunicação em saúde pediátrica.

Essa pesquisa resultou em uma Monografia que se iniciou a partir de revisão de literatura, dividida em três capítulos, sendo eles “Contextualizando a comunicação em saúde”, “Comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica” e “Atuação da psicologia no contexto da comunicação em saúde na oncologia pediátrica”. Na seção seguinte, apresenta-se a discussão do método, onde são elencadas as categorias de análise seguindo a metodologia proposta por Bardin (1977). Após a apresentação das categorias, será desenvolvido os resultados. E, finalmente, conclui-se o trabalho com algumas considerações finais.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação em saúde é aqui compreendida em uma perspectiva relacional e multidimensional, isto é, englobando aspectos sociais, históricos, políticos, culturais e contextuais no processo comunicacional (ARAÚJO e CARDOSO, 2007). Essa proposta de definição de comunicação em saúde é um contraponto à redução da comunicação com conjunto de técnicas empregadas ao repasse e transmissão de informações (COUTINHO, 2013). A comunicação passa a ser vista como fenômeno complexo que inclui aspectos verbais e não verbais no fluxo interativo, como gestos e expressões corporais, por exemplo (KOHLSDORF, 2012).

A inclusão de aspectos não verbais na comunicação é fundamental para ampliar a humanização dos atendimentos de saúde, qualificando a interação humana e dando abertura para a manifestação de sentimentos e emoções no processo de saúde-doença. Segundo Araújo e Cardoso (2007), o grande desafio dessa temática é diferenciar a comunicação da transmissão de informações. Mesmo com todos os avanços no campo da saúde, o modelo biomédico ainda está enraizado nas práticas em saúde. Em muitos momentos, encontra-se interação médico-paciente centrada no cunho biofisiológico, reduzindo à comunicação a notícias acerca do diagnóstico, bem como prescrições médicas para o tratamento.

A maneira como o modelo biomédico se adentra nos contextos de saúde é um dos principais fatores que dificulta o processo dialógico na comunicação em saúde (COUTINHO, 2013). Na perspectiva do modelo hegemônico, a comunicação está centrada na figura do médico como detentor do saber, se caracterizando por interação linear, bipolar e unidirecional. Assim, a consulta médica é totalmente dirigida pelo médico, focando principalmente nos sinais e sintomas da doença (KOHLSDORF e JUNIOR, 2016).

Em contrapartida, Rumen et al. (2019) sustentaram a ideia de que a comunicação em saúde não é somente o conhecimento das informações, mas abre possibilidade para o surgimento de apoio emocional, participação ativa nas decisões a serem tomadas, amparo no tratamento e, principalmente, cooperação entre o paciente, a família e a equipe de saúde. Adentrando-se no modelo biopsicossocial, é preciso romper a lógica da ênfase de aspectos orgânicos em detrimento de processos sociais. Sobre o desenvolvimento do fluxo comunicacional, Cardoso (2016, p. 3-4) assegura:

(...) é essencial que médicos desenvolvam certas habilidades comunicacionais para que, durante a consulta, possam deixar de focar somente na perspectiva biomédica (conhecimentos sobre o corpo e sobre surgimento e evolução de doenças) e aprender

a incluir a perspectiva do paciente (experiência do adoecimento, expectativas sobre o tratamento da doença e consequências da doença na vida do paciente).

O sistema único de saúde (SUS) tem intersecções fundamentais com a comunicação em saúde, afinal, ele possibilitou a construção de práticas alternativas ao modelo vigente até então. O SUS tem responsabilidade essencial no processo de humanização nos contextos de saúde. Com a implementação da Lei 8.080³ de 1990 é possível perceber a comunicação em saúde como uma das vias transformadoras da inserção do modelo biopsicossocial. Entre as grandes contribuições, enfatiza-se a construção de condutas humanizadoras dentro dos hospitais e a importância da participação do paciente no seu processo de adoecimento. Seguindo a lógica da construção de comunicação em rede, Araújo e Cardoso (2007) enalteceram importantes comentários acerca da relação entre a comunicação e os princípios do SUS, que serão abordados a seguir.

Entre os princípios doutrinários do SUS estão a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade implica na compreensão da comunicação como um direito de todos, garantindo sua ampliação de forma multidirecional, multipolar e descentrada. A equidade garante a atenção para a diversidade de condições de vidas e de saúde, fomentando práticas que se baseiem nessa concepção. Já a integralidade abarca as múltiplas dimensões da comunicação, garantindo o acesso da comunicação a todos. Os princípios organizativos incluem a descentralização, a hierarquização e a participação. No que diz respeito à descentralização, há fortalecimento do empoderamento de todos os atores sociais presentes no contexto comunicativo, não restringindo o fluxo a somente um grupo. A hierarquização fomenta a construção de ações conjuntas entre todos os níveis de assistência. E, por fim, a participação ressalta o usuário como protagonista do seu processo de adoecimento, de forma que a comunicação deva ser facilitadora dessa participação (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

Durante toda a construção do modelo comunicativo, alguns impasses devem ser destacados aqui. Uma das dificuldades apresentadas no processo comunicacional está no entendimento da linguagem do médico acerca dos conteúdos comunicados (DE OLIVEIRA e GOMES, 2004; GABARRA e CREPALDI, 2011) O tipo de linguagem utilizada pelos profissionais, técnica e formal, tendem a dificultar a compreensão do paciente e da família. Nesse sentido, Soares e Polejack (2016) ressaltaram a importância de adaptar a linguagem utilizada pelos profissionais, não só em nível individual, mas também social e cultural, visto

³ Retirado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

que o foco é justamente romper com a exclusão do paciente no seu próprio processo de adoecimento.

Dada as circunstâncias apresentadas pelo cenário hospitalar, um outro obstáculo se refere a unidirecionalidade comunicativa, explicada por Hernáez-Martínez (2010), como um fluxo comunicativo movimentado unicamente do profissional ao paciente. Em conjunto, a predominância do modelo biomédico nos hospitais configura um sistema comunicativo que desqualifica aspectos multidimensionais (sociais, históricos, culturais e contextuais) e coloca em primeiro plano aparatos biológicos.

Somado a isso, as relações de poder entre o saber científico e popular ainda são solidificadas nesse cenário, fomentando distanciamento entre médico e paciente, bem como tornando as práticas comunicativas verticais e hierarquizadas (COLORIANO-MARINUS e et al., 2014). Nesta via, as relações entre profissionais e paciente são pouco aprofundadas, tornando-se empecilho para a efetividade da comunicação. Desse modo, as autoras ressaltaram a necessidade do desenvolvimento de estratégias de humanização nos processos de saúde, “(...) visando à criação de vínculos por meio de uma escuta empática, tendo como objetivo final o atendimento resolutivo para o usuário” (p.1365).

No próximo capítulo, será aprofundado os desdobramentos da comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica.

3. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

3.1. Câncer infantojuvenil

Conforme afirmado por Cardoso (2007), ainda não há consenso sobre os fatores de risco do câncer infanto-juvenil. Por conta disso, o preparo dos profissionais de saúde no que se refere ao diagnóstico precoce, assim como no cuidado integral com esses pacientes tornam-se indispensáveis para o tratamento. O tratamento dessa enfermidade costuma ser prolongado e doloroso, levando em consideração a quantidade de procedimentos invasivos.

A infância é um período do desenvolvimento humano caracterizado por marcos significativos e constante processo de construção. A presença do adoecimento nesta etapa do desenvolvimento implica em repercussões na qualidade de vida da criança. O paciente pediátrico é submetido a uma série de mudanças na sua rotina, sendo afastado do seu círculo social, escolar e familiar, vivendo grande parte do tempo em ambiente hospitalar para a realização do tratamento. Assim, o tratamento provoca alterações físicas, emocionais, psicológicas, sociais e familiares na vida do paciente infantojuvenil (SOUZA e DE OLIVEIRA, 2017; DAMACENO, 2018; ANTUNES, 2017; GUIMARÃES e AGUIAR, 2019).

A experiência do câncer infantojuvenil traz implicações indiscutíveis no contexto familiar, sendo necessária reorganização no campo familiar. O envolvimento da família tem papel fundamental no processo de tratamento do câncer, sendo essencial para a adesão ao tratamento, assim como na promoção de suporte emocional para a criança. Assim, enfatiza-se o papel da rede de apoio socioafetiva de cuidado à criança na minimização do sofrimento e nos desdobramentos durante o período do adoecimento (SILVA et al., 2017; ONGARO et al., 2019).

A natureza da doença que ameaça a vida de uma criança e seu tratamento invasivo concorrem para a formação de uma situação estressante tanto nas questões de ordem prática como nas emocionais, e em toda família. A experiência de enfrentar esse tipo de enfermidade é considerada um dos acontecimentos mais dolorosos com os quais uma família pode deparar. A vida normal cessa, os planos e as atividades da família são interrompidos e tudo passa a ser planejado em função da criança doente (ONGARO et al., 2019, P.59).

Para discutir a comunicação em saúde pediátrica é fundamental compreender a percepção da criança sobre o seu processo de adoecimento e os recursos utilizados por ela para se comunicar com a família e a equipe de saúde. Este tópico será discutido a seguir.

3.2. Percepção da criança sobre o processo de adoecimento

A compreensão da criança acerca do seu processo de adoecimento acompanha o seu estágio de desenvolvimento físico, cognitivo e emocional. Conforme reflexões trazidas por Kohlsdorf (2020), a partir da segunda infância (2-6 anos), a criança já identifica os sintomas e órgãos afetados, bem como elementos emocionais que estão presentes. Com cinco a doze anos de idade, o paciente já começa a ter clareza da sua doença. Nesse sentido, a atuação pediátrica precisa estar atenta a construção de significados da criança sobre seu adoecimento.

Tendo como base a teoria de desenvolvimento infantil de Jean Piaget (MOREIRA, 1999), é possível estabelecer algumas relações entre a etapa de desenvolvimento e a compreensão da criança acerca da enfermidade. No estágio pré-operatório, a criança já reconhece alguns aspectos da doença em uma concepção causa-efeito, atribuindo à doença a causas externas e autoculpabilizantes. A partir dos sete anos de idade (operatório concreto), o paciente consegue distinguir fenômenos externos e internos, mas ainda valoriza o plano externo como o principal determinante da doença. Aos onze anos de idade, operatório formal, a criança compreende a interação entre fatores internos e externos, assimilando de uma melhor maneira o tratamento e prognóstico (PEROSA e GABARRA, 2004).

A necessidade de atenção para o processo de desenvolvimento cognitivo e emocional da criança é indiscutível, mas isso não pode impedi-la de ser participante ativa na trajetória de

enfrentamento da doença. O processo de adoecimento é uma vivência única de cada criança e a maneira como ela se relaciona com a enfermidade é extremamente singular e particular (ANTUNES, 2017; DAMACENO, 2018). O que não se pode desconsiderar é a sua capacidade de atribuir significados e responder as diversas experiências perpassadas na hospitalização. Assim, “a criança que vivencia a doença crônica necessita ser ouvida, para que suas reais demandas de cuidado sejam evidenciadas” (SILVA et al., 2017, p.3).

Durante o tratamento do câncer, a criança vivencia o sofrimento em diferentes situações (SOUZA e SOUZA et al., 2012). Para além da dor física, o paciente infantojuvenil tem que lidar com diversas questões emocionais, como por exemplo o distanciamento do ambiente escolar, a saudade da família e de casa; e a perda do vínculo com amigos. A vivência da internação hospitalar retira da criança sua autonomia até nas pequenas coisas. Sendo assim, retoma-se a importância da ampliação do modelo biopsicossocial no âmbito hospitalar, para que o cuidado integral com a criança permita um olhar muito além da dimensão biológica, se atentando as respostas emocionais, afetivas e psicológicas dadas pela criança ao longo do processo de hospitalização.

Durante o tratamento, a criança demonstra perceber o ambiente no qual está inserida, tal como a reação emocional e a preocupação de seus familiares. Quando a comunicação se fecha na perspectiva díade cuidador-médico, a criança não é escutada e isso a afasta da sua própria experiência de adoecimento, intensificando sentimentos como ansiedade, medo, incerteza e insegurança. Portanto, é impreterível que haja preocupação na comunicação com a criança para, a partir disso, ter consciência sobre seus sentimentos, seu modo de agir e significado dado a ela sobre sua vivência. Souza e Souza (2012) levantaram o papel da ludicidade no acesso à realidade da criança, abrindo espaço para a manifestação de sentimentos que, de alguma maneira, não estão sendo escutados.

A dificuldade da compreensão da criança acerca do adoecimento e tratamento é resultado da ausência de uma interação comunicativa com ela (SOUZA e SOUZA, 2012). Em uma pesquisa realizada no contexto de recreação lúdica, Junior et al. (2006) apontaram que dentre as brincadeiras de maior interesse das crianças, estavam simulações de procedimentos médicos e o uso da maleta médica. A disposição dos pacientes pediátricos para com esses recursos lúdicos pode ser vista como uma vontade em se aproximar do contexto que está sendo vivenciado por ela, de procurar saber o que está acontecendo, denotando assim, um interesse comunicativo.

A relevância de se comunicar os percursos do tratamento com os pacientes é incontestável. Entretanto, quanto a isso, a utilização de recursos lúdicos é a forma de propiciar

a comunicação com a criança. Por meio da comunicação, a criança consegue se inteirar do ambiente que está inserida e dos procedimentos hospitalares que está sendo exposta (JUNIOR et al., 2006). Assim, é indispensável estimular a colaboração da criança no processo do tratamento e possibilitar a manifestação de emoções diversas, tendo como propósito principal diminuir e aliviar minimamente o medo, a insegurança, a angústia e outros sentimentos que possam surgir na jornada do tratamento.

Contudo, quando a criança está ciente do motivo de sua internação e por quais procedimentos ela irá passar, sua interação pode ser favorecida, pois provavelmente estará mais tranquila em relação ao que acontecerá com ela (DEL PINO e PEREIRA, p.35, 2017).

As estratégias lúdicas no contexto oncológico pediátrico facilitam o acesso à criança, garantindo a real compreensão da construção perceptiva que ela está tendo sobre sua doença e tratamento. A presença dos jogos e brincadeiras dentro do hospital tem diferentes funções, como reaproximar da criança do desenvolvimento que lhe é esperado e do seu cotidiano fora do hospital (DEL PINO e PEREIRA, 2017). Deste modo, através de atividades lúdicas o paciente consegue obter espaço para resgatar a condição de ser criança, ainda que dentro de hospital.

A realização de dinâmicas lúdicas, além de assegurar a participação da criança do seu tratamento, também a torna protagonista do seu próprio processo de saúde-doença (MENDONÇA, 2007; GABARRA e CREPALDI, 2011; KOHLSDORF e SEILD, 2011; ALVES, 2015). O hospital deve possibilitar o crescimento da autonomia da criança, se tornando um importante promotor de seu desenvolvimento (KOHLSDORF e SEILD, 2012; DE CARVALHO et al., 2018). Atentando-se para isso, é necessário investir em estratégias de comunicação tríade (médico-paciente-cuidador), voltando-se principalmente para a participação efetiva da criança.

3.2. Comunicação com a criança

A comunicação em saúde no contexto da pediatria está pautada na atuação tríade. E, por isso, a interação comunicativa deve envolver a criança, a família e a equipe de saúde. A participação efetiva dos três componentes precisa ser englobada ao processo de adoecimento da criança, tendo como finalidade favorecer os percursos constituintes do tratamento (AGUIAR et al., 2019). Entretanto, a literatura sobre comunicação em saúde pediátrica (DE OLIVEIRA e GOMES, 2004; PEROSA e GABARRA, 2004; MENDONÇA, 2007; PEROSA e RANZANI, 2008; KOHLSDORF, 2012; DE CRISTO, 2014; KOHLSDORF e JUNIOR, 2016) tem

indicado dois componentes marcantes. Primeiramente, o direcionamento comunicativo está centralizado em perspectiva díade, ou seja, na interação médico-família. Em segundo lugar, é perceptível a carência de pesquisas que abordem o papel da criança no fluxo comunicacional.

Nesse ponto de vista, a criança permanece muito mais como espectadora do que uma comunicante ativa. Sua participação costuma estar limitada ao exame clínico ou em informações de nível básico (PINTO, 2010; KOHLSDORF e JUNIOR, 2016). Assim, muitas vezes os profissionais de saúde desconsideram por completo o entendimento da criança sobre a doença, fazendo com que o paciente infantojuvenil perca sua autonomia e participação ativa ao longo do tratamento, deixando-o em uma posição de passividade no próprio adoecer.

Conforme reconhecido por Perosa e Gabarra (2004), a abordagem verbal com as crianças é uma das grandes dificuldades dos profissionais de saúde, em especial, os (as) médicos (as). O modelo de comunicação em saúde ainda bastante vigente no atendimento pediátrico, opta, muitas das vezes, por omitir informações das crianças acerca do diagnóstico, tratamento e prognóstico (ARMELIN et al., 2005). Sobre isso, De Cristo (2014, p.75) elucida que:

O desafio dos médicos frente à comunicação em tríades é equilibrar as necessidades das crianças e dos pais. Por um lado, o médico deve tentar desenvolver conteúdos comunicacionais adequados para os pacientes pediátricos, a fim de permitir-lhes, a partir do conhecimentos informados pelo médico, aumentar o controle sobre sua saúde. Por outro lado, o médico tem de lidar com a preocupação e responsabilidades dos pais.

Nessa medida, a maioria das informações são direcionadas diretamente a família. Porém, como já afirmado anteriormente, a comunicação em saúde não se restringe a transmissão de informações. Assim, ao afastar a criança da interação comunicativa, também há desinteresse das necessidades específicas da criança, bem como dos efeitos psicossociais e emocionais presentes no processo de tratamento. Em alternativa, Mendonça (2007) defende um modelo de comunicação que considere as particularidades dos pacientes pediátricos e das famílias, retirando o foco da comunicação dos adultos. Para o desenvolvimento desse modelo, o autor justifica que alguns comportamentos médicos podem favorecê-lo, como “manter contato visual, fornecer atenção incondicional positiva, promover escuta ativa, elaborar resumos de informações transmitidas e estabelecer empatia” (p.18).

A qualidade da interação triádica em contexto pediátrico favorece a adaptação da criança no processo de hospitalização. Segundo Kohlsdorf (2012), a qualidade da relação tríade é resultado tanto de atributos relacionados a informações recebidas, como também de aspectos afetivos, envolvendo o acolhimento e o vínculo formado entre equipe de saúde e a criança. Esse

fator é reafirmado por Pinto (2010), ao conceber a importância de englobar todos os elementos essenciais para facilitar a comunicação com o paciente pediátrico, de modo que ela esteja incluída nos momentos interacionais, já que:

(...) a criança é mais que uma pessoa doente ou doença, é um paciente com direitos e deveres, onde suas concepções, expectativas, medos e ansiedade são importantes para as tomadas de decisões, para que se obtenha não só uma adesão ao tratamento, com um melhor prognóstico e uma qualidade de vida. (PINTO, 2010, p. 46).

A valorização do papel infantil na comunicação em saúde em pediatria é primordial para que os profissionais consigam escutar as crianças, evidenciando suas principais demandas e necessidades. Em vista disso, é preciso reconhecer a compreensão e a dimensão da doença que o paciente infantojuvenil carrega, tendo como base seu desenvolvimento físico, emocional e intelectual. Ao experimentar o adoecimento, pacientes pediátricos são capazes de compreender aspectos da doença e questões necessárias no processo de cuidado; bem como comunicar seus medos, preocupações, anseios, angústias e interesses próprios (PINTO, 2010; SILVA et al., 2017).

A ludicidade é a ferramenta que supera as fronteiras entre o profissional e a criança. Através da brincadeira, é possível se aproximar da linguagem utilizada pela criança, respeitando seus limites e habilidades, correspondentes ao seu estágio de desenvolvimento infantil (KOHLSDORF e SEIDL, 2011; COUTINHO, 2013; GONÇALVES et al., 2015). A utilização de recursos lúdicos favorece a aproximação entre o profissional de saúde e a criança, colaborando para a construção do vínculo terapêutico, elemento primordial para o processo de comunicação em saúde. Nesse sentido, Alves (2015, p.8) afirma:

Fazem-se necessárias estratégias que possibilitem melhor interação, comunicação e percepção da situação emocional do paciente. Os instrumentos lúdicos mostram-se de extrema importância no atendimento em unidades pediátricas, pois permitem que os pacientes possam simbolizar a vivência de adoecimento, favorecendo a comunicação de conteúdos que costumam ser difíceis de expressar.

A brincadeira abre espaço para a expressão de sentimentos da criança que surgem ao longo do seu período de tratamento. A partir do brincar, é possível conceber a criança como um participante ativo do seu tratamento, legitimando sua experiência de maneira singular e construindo, em conjunto, estratégias de enfrentamento para o processo de hospitalização. O recurso lúdico promove a humanização no contexto da pediatria, instigando a imaginação, a memória, a percepção e a criatividade. Assim, a criança sai da posição de passividade e

silenciamento para o desenvolvimento da autonomia, reestabelecendo sua saúde e a expressão emocional (ALVES, 2015).

A ferramenta lúdica tem papel fundamental na organização e elaboração da criança sobre seu adoecimento. Tendo como base o contexto oncológico, instrumentos lúdicos são importantes para que esse processo aconteça de forma gradual, já que o câncer é uma doença que gera desdobramentos sociais e emocionais, assim como muitas dúvidas, inseguranças e incertezas.

Assim, quando se trata de câncer infantil, muitas vezes o trabalho é realizado com a utilização de estratégias diferenciadas, lúdicas, como forma alternativa de a equipe se comunicar com a criança sobre a doença e tratamento, como forma de fazer com que a criança possa expressar suas emoções nesse processo (...). (SARAIVA, 2016, p.11)

Assim sendo, estratégias lúdicas são imprescindíveis para aproximar a criança do processo comunicativo, dando abertura para a expressão de seus sentimentos e emoções que possam vir à tona durante o período de hospitalização. Com isso, é possível desenvolver espaços para sua participação e, conseqüentemente, colaborar com seu bem-estar durante a vivência do adoecimento.

Neste trabalho, a criança é vista pela sua capacidade participativa e expressiva. Para fomentar condutas que incluam a criança neste processo, é crucial desenvolver práticas multidisciplinares que fortaleçam o papel da criança durante o tratamento. Levando isso em consideração, o tópico a seguir tem como finalidade discutir a atuação profissional da psicologia no contexto pediátrico oncológico, dando ênfase a área da comunicação em saúde.

4. ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO CONTEXTO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

A equipe de saúde é composta por diversas áreas e dentre elas, está a psicologia. A importância da atuação da psicologia no contexto hospitalar é indiscutível. Segundo as Referências Técnicas para atuação de psicólogos (os) em serviços hospitalares do SUS (CFP, 2019), a psicologia é indispensável para a humanização das práticas de saúde nos hospitais, a partir de uma perspectiva integral do cuidado, que procura fazer um contraponto ao paradigma biomédico.

Dessa forma, o recomendado é que uma abordagem integrada a pessoa ocorra ao longo do processo de adoecimento, internação hospitalar e tratamento. A atuação do profissional da psicologia pediátrica perpassa pela tríade equipe-família-criança. Dentre as possíveis atuações

da psicologia da saúde, CFP (2019) indicou que a psicologia tem a responsabilidade de facilitar o processo de adaptação no contexto hospitalar; mediar as relações entre a equipe; contribuir com estratégias de enfrentamento da doença e seus efeitos psicossociais; reduzir o sofrimento físico e emocional da família e do paciente; promover o acolhimento ao paciente e a família; auxiliar na construção de resiliência; atuar diretamente no processo de comunicação em saúde entre a equipe, família e a criança.

Tendo esse último tópico como foco, as intervenções psicológicas no contexto da comunicação em saúde são fundamentais para o favorecimento da interação comunicacional entre equipe-família-criança. A presença da psicologia é importante nesta temática para o desenvolvimento de ações que provoquem melhorias no cenário da comunicação triádica (MUZZOLON et al., 2016). De acordo com Nascimento e Leão-Machado (2017), a atuação na comunicação em saúde deve avaliar diferentes aspectos que podem influenciar na relação entre a equipe, a família e a criança. Entre esses aspectos, destaca-se o contexto de desenvolvimento da criança; aspectos socioculturais do paciente e da família; história pessoa e familiar do paciente e nível de coesão da comunicação entre os membros da família.

Nascimento e Leão-Machado (2017), ainda relataram que a psicologia tem importante papel no que se refere a mediação da comunicação equipe-paciente-família. Essa intervenção deve acontecer desde a comunicação do diagnóstico e durante todo o processo de tratamento. Assim, para elas, o (a) psicólogo (a) pode perceber na fala dos membros da equipe algo que não foi compreendido pelo paciente ou a família e criar espaço de oportunidade para que essa interação ocorra de maneira mais afetiva, contribuindo para a boa qualidade da comunicação.

Como já falado anteriormente, é certo que atualmente existem muitas falhas na comunicação entre equipe e família e, principalmente, entre equipe e criança. As citações relatadas por: De Oliveira e Gomes (2004); Cardoso (2007); Gabarra e Crepaldi (2011); De Cristo e Araújo (2015), apontaram a importância do vínculo terapêutico entre equipe-criança como um fator fundamental para a qualidade da comunicação em saúde com a criança. Nesse sentido, Cardoso (2007) afirma que o (a) psicólogo (a) deve não só estar atento as falhas na comunicação, mas também construir estratégias que possam auxiliar no fortalecimento desse vínculo terapêutico. “Sendo assim, em situações de crise, é importante a mediação do psicólogo como facilitador da comunicação entre a equipe-paciente-família visando sempre ao bem-estar da criança doente” (p.48).

Aprofundando nesta atribuição do (a) psicólogo (a) enquanto mediador da comunicação entre equipe-criança-família, o CFP (2019) reconhece a função do profissional da psicologia como “decodificador” da linguagem médica. Apesar da comunicação ser responsabilidade de

todos os profissionais da equipe de saúde, percebe-se que ao psicólogo (a) é concedida a tarefa de limpar, clarear e viabilizar essa comunicação para a criança e a família, garantindo não só a compreensão de ambas, mas também fornecendo confiança, segurança e oportunidade para que o paciente consiga expressar suas dificuldades de compreensão acerca do que foi trazido pela equipe.

O trabalho de orientação com a equipe a despeito da importância da rede comunicacional com a criança é uma das tarefas da psicologia. Essa sensibilização não se resume apenas a necessidade da transmissão de informações para a criança, mas expande para a preocupação com a subjetividade da criança. Neste sentido, a atuação volta-se para a conscientização de que a interação comunicacional é composta por elementos verbais e não verbais, dando espaço para que a criança expresse seus sentimentos e emoções das formas mais variadas possíveis (CARDOSO, 2007). Em conformidade com Souza e De Oliveira (2017), o trabalho do (a) psicólogo (a) valoriza a subjetividade do paciente pediátrico quando procura entender, através da ótica da criança, a maneira como ela está lidando com a experiência do adoecimento.

O trabalho do psicólogo com o paciente tem como objetivo principal, através das palavras e das mais diversas formas de comunicação (olhares, gestos, entre outros), fazer com que o paciente expresse suas emoções, fale de seus medos e angústias, coloque-se como sujeito ativo e participante do seu processo de adoecimento e com isso possa simbolizar e elaborar da melhor forma possível a experiência do adoecer (CARDOSO, 2007, p.40).

Uma das contribuições da psicologia neste contexto são os treinamentos com a equipe. Esses treinamentos costumam ser fundamentais para o desenvolvimento de novas habilidades e competências relacionadas a comunicação em saúde. Em relação a esse assunto, Coutinho (2013) mostrou em sua pesquisa o treinamento com fenômeno capaz de melhorar a comunicação. Uma das dificuldades apresentadas pelo profissional é o “como” se comunicar. Por meio do treinamento, neste caso com os médicos, evidencia-se a tentativa de reduzir as dificuldades encontradas por tais profissionais para realizar uma comunicação efetiva com a criança e com a família (COUTINHO, 2013).

Dessa forma, o treinamento é uma maneira dos profissionais da psicologia auxiliarem os demais membros da equipe durante o processo de comunicação. Com o treinamento, possibilita-se que os profissionais se atentem e passem a incluir os aspectos socioafetivos na interação comunicativa, contribuindo assim, para novas práticas de saúde baseadas em uma perspectiva mais humanizada. Além do treinamento, a psicologia pode ser promotora de

intervenções interdisciplinares que fortaleçam o trabalho conjunto entre a equipe. Um exemplo disso, são as consultas psicopediátricas (COUTINHO, 2013), em que o profissional da psicologia é apontado como suporte para modificações no comportamento do médico em relação a comunicação com o paciente. “A consulta psicopediátrica oferece um modelo para essa atuação interdisciplinar, sugerindo como cada profissional envolvido pode desempenhar seu papel e estimulando oportunidades para intervenção conjunta” (p.179).

Destarte, a intervenção psicológica pode ser configurada como fonte de mudança no padrão comunicativo entre o médico, a família e o paciente. Com essa mudança, é possível incentivar a expressão da criança e da família, diminuir as dificuldades para adesão ao tratamento e promover maior participação da criança ao longo do processo (KOHLSDORF, 2012).

Em última instância, ressalta-se a função social da psicologia como promotora de mudanças culturais, ao propor mudanças da comunicação em saúde como promoção do controle social e da humanização aos cuidados, tendo em vista que melhorias no processo comunicativo implicam progressos diretos na qualidade da atenção em saúde (KOHLSDORF, 2012, p.4).

5. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender a comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica na perspectiva do psicólogo da saúde.

Objetivos Específicos

- Examinar como o (a) psicólogo (a) avalia a comunicação da equipe de saúde com a criança oncológica;
- Investigar a percepção do (a) psicólogo (a) sobre a importância da comunicação da equipe de saúde com a criança no processo de hospitalização;
- Investigar quais são as contribuições da psicologia para a temática da comunicação em saúde pediátrica.

6. MÉTODO

A pesquisa qualitativa propõe a discussão de fenômenos sociais a partir de como os sujeitos significam o mundo. Esse tipo de investigação é fundamental no campo da saúde, tendo em vista o aprofundamento em fenômenos sociais, a partir da posição ativa dos participantes (ALONSO, 2016).

Essa proposta teve como objetivo compreender a comunicação em saúde através da perspectiva profissional da prática dos (as) psicólogos (as) neste campo.

A escolha metodológica deste estudo descreve-se como qualitativa, buscando compreender o fenômeno estudado a partir de possibilidades diversas, levando em consideração as experiências e expressões dos participantes. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE 46211021.1.0000.0023.

5.1. Campo de pesquisa

Para a realização desta pesquisa, entrou-se em contato com vários profissionais da psicologia que atuam no campo da saúde, especificamente da rede hospitalar de Brasília, no Distrito Federal. Desta forma, a pesquisadora convidou alguns desses profissionais a participar deste estudo.

Na seleção dos participantes, utilizou-se os seguintes critérios: a) estar formado em psicologia há pelo menos três anos; b) estar ou ter atuado no campo da psicologia hospitalar por pelo menos dois anos consecutivos, podendo incluir atividade de residência na área; c) ter experiência profissional na área da oncologia pediátrica.

5.2. Participantes

Participaram deste estudo quatro profissionais da psicologia com experiência na área da oncologia pediátrica. Para preservar o sigilo e a identidade dos participantes, os nomes não foram identificados, e utilizou-se como identificação P1, P2, P3 e P4 conforme sequência em que foram entrevistados.

O perfil de cada participante está descrito em linhas gerais, a seguir:

P1: Sexo feminino, 30 anos, graduada em psicologia desde 2018 pelo Centro Universitário de Brasília. Sua monografia foi sobre a temática oncológica na realidade de adolescentes. Fez residência de 2019 a 2021 na área da saúde da criança. Possui experiência na área da pediatria oncológica de 6 meses, durante o estágio específico da graduação e alguns meses durante a residência multiprofissional. Atualmente, trabalha na UTI de um hospital de

Brasília com pacientes com Covid-19. Em paralelo a isso, atua na área clínica com atendimento infantil;

P2: Sexo masculino, 54 anos, graduado em psicologia desde 1990 pela Universidade de Brasília. Tem mestrado, doutorado e pós-doutorado na área da saúde. Trabalha até hoje na área da psicologia da saúde, desde sua graduação. Atuou na área da oncologia hematológica pediátrica por 20 anos. Atualmente, é docente em curso de psicologia de uma Universidade do Distrito Federal, sendo orientador de mestrado e doutorado e consultor na área de psicologia da saúde

P3: Sexo feminino, 51 anos, graduada em psicologia desde 1992 pela Universidade de Brasília. Possui mestrado e doutorado em psicologia da saúde com foco em psicologia pediátrica. Seu doutorado teve como temática a comunicação em saúde na pediatria. Sua trajetória profissional é marcada pelo interesse na área da saúde, resultando 29 anos de atuação, com vasta experiência na pediatria em alguns hospitais no Distrito Federal e em outros estados do país. Com o público oncológico pediátrico trabalhou por 23 anos. Atualmente, trabalha em um hospital do Distrito Federal na área da oncologia geriátrica;

P4: Sexo feminino, 34 anos, graduada em psicologia desde 2011 pela Universidade de Brasília. Tem mestrado na área da psicologia da saúde. Possui experiência na área da saúde pediátrica desde a graduação, fazendo estágios e trabalhos profissionais voltados para o público infantil. Atua na área da psicologia da saúde há 10 anos. Trabalha na área da oncologia pediátrica desde 2018, em um hospital referência do Distrito Federal.

5.3 Construção das informações

Neste estudo, utilizou-se como instrumento de pesquisa a entrevista semiestruturada, dividida em duas etapas. Na primeira, as questões foram voltadas a aspectos sociodemográficos, assim como uma pequena descrição da trajetória profissional dos participantes do estudo. A segunda parte da entrevista foi composta de perguntas abertas a respeito da temática da “comunicação em saúde na oncologia pediátrica” (Apêndice B). A elaboração do instrumento foi pautada na literatura consultada e nos objetivos norteadores desta pesquisa.

Em razão do atual contexto da pandemia, devido à doença do Covid-19, reforça-se que a coleta de dados aconteceu virtualmente, por meio da plataforma *Google Meet*, com o uso da chamada de vídeo e áudio. A coleta de dados foi realizada apenas após a aprovação do Comitê de Ética (Anexo A), conforme já referido anteriormente.

O convite para a participação da pesquisa foi feito por *WhatsApp*, em que a pesquisadora enviou mensagem de texto explicando a natureza e o objetivo do estudo, tal como o

procedimento para a participação na pesquisa. Após concordar em participar do estudo, foi enviado para cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), usando o recurso digital do *WhatsApp*, com o objetivo descrever detalhadamente a pesquisa e sanar dúvidas que pudessem aparecer. Após o consentimento devidamente assinado e devolvido a pesquisadora, foi agendada a entrevista conforme a disponibilidade de cada participante.

5.4. Análise e discussão das informações obtidas

Para a análise de dados desta pesquisa foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin (1977), que consiste no uso do método qualitativo composto por três fases. A primeira, pré-análise, tem como objetivo organizar e sistematizar as primeiras ideias sobre a temática, sendo fundamental a realização da leitura das informações construídas, assim como a escolha dos documentos, a formulação dos objetivos e a preparação do material que será propriamente analisado. No segundo momento, realiza-se a exploração do material, e por fim, busca-se a interpretação das informações construídas e sua organização em categorias temáticas.

Para realização do presente estudo, buscou-se seguir os passos sugeridos por Bardin (1977). Inicialmente, as entrevistas, gravadas em áudio e vídeo, foram devidamente transcritas e a partir de leitura flutuantes deste material averiguou-se os temas predominantes que culminaram em categorias temáticas de análise.

Com a definição das categorias finais, procurou-se tecer reflexões e possíveis correlações entre as informações construídas e bibliografia referenciada, que serão apresentadas e discutidas a seguir.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para criação das categorias temáticas de análise, partiu-se do levantamento inicial das temáticas predominantemente identificadas na fala dos participantes, conforme demonstração na Tabela 1.

Tabela 1- Temas recorrentes nas falas dos participantes entrevistados.

Temas	Verbalizações dos participantes
1. Relação cultural entre o câncer e a perspectiva da morte.	P2: “(...), principalmente quando os pais recebem o diagnóstico de uma doença que é atrelada socialmente ao potencial de morte, no caso de uma doença tumoral né”.
2. Dificuldades relacionadas a comunicação com a criança.	P4: “Então são termos muito técnicos, a equipe fica viciada mesmo sem querer nesses termos”.

Tabela 1- Temas recorrentes nas falas dos participantes entrevistados.

Temas	Verbalizações dos participantes
3. Falhas encontradas na comunicação da tríade equipe-família-criança.	P4: “Acho que outra dificuldade na comunicação é o alinhamento do que vai ser feito. Então, às vezes eu comunico alguma coisa ai o outro vai lá e comunica outra, ai o outro vai lá e comunica outra e fica 10 pessoas falando coisas completamente diferentes e uma pessoa escutando né”.
4. Relação entre a comunicação em saúde e a formação dos profissionais de saúde.	P3: “A comunicação em saúde tem uma dificuldade muito grande que é a formação, principalmente do médico na comunicação”.
5. Benefícios da comunicação com a criança.	P2: “(..), a comunicação é a base, eu acho assim, o início né de um processo para a gente conseguir uma boa adesão ao tratamento e um bom processo de enfrentamento”.
6. Estratégias utilizadas para adaptar a comunicação com a criança.	P2: “Toda informação que nós dávamos seguia esse princípio da revisão (...)”
7. O entendimento da criança sobre o seu adoecimento.	P4: “A criança, ela entende, ela entende do jeito dela, então a gente precisa significar aquele lugar, aquela situação para a criança”.
8. A presença da psicologia na equipe multiprofissional de saúde.	P1: “Então a gente, com a equipe, às vezes a gente consegue também ter esse papel de mediação e ajudar eles também nesse recurso de como traduzir para a família né, porque depende do ambiente que você tá”.
9. Atuação da prática da psicologia no âmbito hospitalar.	P3: “Eu acho que sempre o psicólogo...eu uso um pouco da analogia do catalisador né, eu acho que ele é como se fosse um catalisador que vai ajudar a reação a acontecer”.
10. O brincar e o enfrentamento da doença.	P2: “Nós usávamos o brinquedo, a relação lúdica como o mecanismo de mediação entre o conteúdo médico, conceitual, farmacológico e os sentimentos, os pensamentos, os receios, as expectativas que a criança tem”.
11. Comunicação de más notícias	P2: “É um dos maiores desafios da onco-hematologia ainda hoje é quando você tem que comunicar uma má notícia, fazer um bad News comunicacion”.

O agrupamento dos temas mais recorrentes na fala dos participantes entrevistados deu origem à construção das categorias finais. A Tabela 2 demonstra como o agrupamento foi feito e quais categorias emergiram a partir dele. Dessa forma, a união dos temas 5, 7 e 10 originaram à categoria final A. Por outro lado, a junção dos temas 1, 2, 3, 4, 6 e 11 deram origem à categoria final B. Por fim, os temas 8 e 9 geraram a categoria final C.

Tabela 2 - Agrupamento dos temas descritos estruturando as categorias finais.

Temas agrupados	Categorias Finais
5. Benefícios da comunicação com a criança; 7. O entendimento da criança sobre o seu adoecimento; 10. O brincar e o enfrentamento da doença.	Categoria A: A criança como protagonista do seu tratamento.
1. Relação cultural entre o câncer e a perspectiva da morte; 2. Dificuldades relacionadas a comunicação com a criança.	Categoria B: Comunicação triádica equipe-família-paciente no contexto da oncologia pediátrica.

Tabela 2 - Agrupamento dos temas descritos estruturando as categorias finais.

Temas agrupados	Categorias Finais
3. Falhas encontradas na comunicação da tríade equipe-família-criança; 4. Relação entre a comunicação em saúde e a formação dos profissionais de saúde; 6. Estratégias utilizadas para adaptar a comunicação com a criança. 11. Comunicação de más notícias.	Categoria B: Comunicação triádica equipe-família-paciente no contexto da oncologia pediátrica.
8. A presença da psicologia na equipe multiprofissional de saúde; 9. Atuação da prática da psicologia no âmbito hospitalar.	Categoria C: A psicologia pediátrica no processo de comunicação em saúde no contexto oncológico pediátrico.

Nas tabelas 3, 4 e 5, a seguir, descreve-se as categorias finais com suas respectivas definições, elaboradas pela pesquisadora.

Tabela 3 - Categoria final A e sua definição.

Categoria Final A	Definição
A. A criança como protagonista do seu tratamento.	Refere-se a como o psicólogo descreve o protagonismo da criança no contexto da oncologia pediátrica e que tipo de intervenções são relatadas para favorecer esse processo.

Tabela 4 - Categoria Final B e sua definição.

Categoria Final B	Definição
B. A comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica.	Esclarece como psicólogo percebe o processo comunicacional da tríade equipe-família-paciente no contexto da oncologia pediátrica e quais são as dificuldades e desafios encontrados na sua experiência de atuação.

Tabela 5 - Categoria Final C e sua definição

Categoria Final C	Definição
C. A psicologia pediátrica no processo de comunicação em saúde no contexto oncológico pediátrico.	Indica como o psicólogo relata o seu papel profissional no contexto de comunicação de saúde em oncologia pediátrica e as estratégias de intervenção referidas nesse processo.

Categoria final A: A criança como protagonista do seu tratamento.

Tendo em vista a complexidade da temática estudada, foi possível observar riqueza vasta de conteúdo para ser discutido e, sendo assim, optou-se por subdividir cada categoria final em duas subcategorias, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Categoria final A e suas subcategorias.

Categoria A	Subcategorias
A criança como protagonista do seu tratamento.	<p>A.1 – O protagonismo da criança, na perspectiva do psicólogo da saúde. Descrição: Expõe como o psicólogo relata sua percepção sobre a participação da criança no próprio tratamento oncológico.</p> <p>A.2 – Estratégias para favorecer protagonismo da criança. Descrição: Revela quais são e como o psicólogo justifica as estratégias de intervenção utilizadas com o objetivo de favorecer o protagonismo da criança em seu tratamento.</p>

Subcategoria A1 - O protagonismo da criança, na perspectiva do psicólogo da saúde.

O “Quadro 1” apresenta exemplos de verbalizações dos participantes que ilustram a subcategoria A1.

Quadro 1- Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria A1.

Participante	Verbalizações
P1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se você vai mostrando para ela as possibilidades no jogo, na brincadeira, ela começa a ter uma participação maior do que ficar naquela segunda questão que você trouxe da díade né, da tríade né. Então é envolver a criança nesse processo todo. 2. Então, aí depende muito da idade da criança né, os mais velhos entendem mais um pouquinho assim, de modo geral. A criança entende, mas ela entende através dos pais. 3. E eles esquecem que a criança, o adolescente que está ali está ouvindo né?
P2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primeiro e talvez o mais importante de tudo, a criança é o nosso objetivo fim do tratamento. Então, a onco-hematologia, na minha experiência de pesquisa, eu preciso garantir que a criança faça uma adesão ativa ao tratamento. 2. Que ela compreenda a doença, do ponto de vista da necessidade cognitiva dela, que ela participe ativamente dos procedimentos de atendimento e mais, o mais importante, que ela acredite que atendendo aquele tramite terapêutico ela tem plenas condições de sucesso 3. Crianças, adolescentes são indivíduos que estão em processo de formação principalmente do ponto de vista cognitivo. Nós não usávamos a idade como critério definidor de estratégia. 4. Eu vi situações da criança que está doente consolando os pais, dizendo para eles que não é tão ruim assim porque eles vão continuar vivendo

Quadro 1 – Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria A1.

Participante	Verbalizações
	<p>e ela vai voltar pro céu, e ela vai continuar no céu esperando os pais.</p>
P3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Então existe uma dificuldade muito grande de incluir a criança na consulta, naquela ideia ainda mesmo sendo pediatra de que a criança não entende o que está sendo falado né, independentemente da idade né. 2. Mais mesmo crianças mais velhas, existia a expectativa do médico de que eu vou falar e a criança não vai entender, então aquela situação clássica de que a comunicação é feita na frente da criança, mas não voltada para a criança né. 3. Então existe uma dificuldade muito grande de incluir a criança na consulta, naquela ideia ainda mesmo sendo pediatra de que a criança não entende o que está sendo falado né, independentemente da idade né. 4. Mais mesmo crianças mais velhas, existia a expectativa do médico de que eu vou falar e a criança não vai entender, então aquela situação clássica de que a comunicação é feita na frente da criança, mas não voltada para a criança né. 5. (...) capacidade de percepção da criança de acordo com a idade dela, a gente diminui muito o estresse da doença e do tratamento né, desse processo de enfrentamento, e a gente permite que a criança possa participar mais do seu tratamento e ter uma adesão melhor a esse processo todo né. 6. Então não era necessariamente uma inclusão né, era mais aquela história assim “eu quero falar olhando para você”, mas eu não chamo isso de inclusão porque não tinha um respeito ao que o paciente tava demonstrando que ele queria saber. 7. Eu lembro de um dos médicos que participou da consulta, que ele dizia assim “não, eu acho que a gente só precisa acompanhar crianças com mais de 3 anos, porque com menos de 3 anos a criança não vai entender nada do que a gente vai falar”.
P4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Por muitas vezes né a gente dá uma sacudida na equipe assim “olha, o paciente é a criança. A gente tem que virar e olhar para a criança. 2. Mas entende-se que os pais vão entender melhor a dimensão que é o tratamento oncológico. E é verdade. Só que a criança vai viver o tratamento. 3. A criança, ela entende, ela entende do jeito dela, então a gente precisa significar aquele lugar,

Quadro 1 – Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria A1.

Participante	Verbalizações
P4	aquela situação para a criança. É a vivência dela, se a gente não faz isso a gente traumatiza a criança. (...) Assim, a criança entende. Eu vou dizer inclusive que bebê entende tá? Eu vou ser até um pouco mais ousada.

A importância da inclusão da criança no seu processo de tratamento foi destacada na fala de todos os participantes, tornando-se indiscutível. No que diz respeito à essa inclusão, para todos, ela não se limita apenas a comunicação sobre o adoecimento para a criança, mas se estende na colaboração ativa da criança no processo de tratamento. Essa afirmação fica mais evidente nas verbalizações de P2, quando ele diz que a adesão não se limita a seguir o tratamento de forma adequada, mas incluir a criança para participar dele, desde a comunicação inicial do diagnóstico até procedimentos e vivências que ela irá passar ao longo do tratamento.

Na primeira fala de P2 (verbalização 1), ele afirma a importância da garantia da inclusão da criança e foco no paciente infanto-juvenil. Porém, as falas de P3 (verbalização 1, 2, 4 e 5) evidenciam que ainda há exclusão da criança deste processo, sendo expressa, muitas vezes, pelo tipo de comunicação que se estabelece com a criança. Logo em sua primeira fala, P3 revela a dificuldade dos profissionais em incluir a criança já na consulta, baseando-se em uma justificativa da falta de capacidade de compreensão da criança.

Observa-se que na prática profissional continua a existir um desrespeito ao protagonismo da criança no seu próprio processo de adoecimento e tratamento. Há uma vasta literatura (PINTO, 2010; KOHLSDORF e SEIDL, 2011; COUTINHO, 2013; KOHLSDORF e JUNIOR, 2016; SOARES e POLEJACK, 2016) que indica que o olhar para a criança ainda está centrado em uma posição de passividade e vulnerabilidade, atrelando a falta de inclusão à necessidade de preservar e proteger o paciente infanto-juvenil. Em concordância com a terceira afirmação de P4, Frota et al. (2017) também afirmaram que a criança se dá conta do que está acontecendo em sua volta, ainda que de forma diferente do adulto. Na visão de P4, a criança experimenta o adoecimento através de uma maneira única e singular, que deve ser valorizada pelos profissionais de saúde. Assim, é preciso respeitar o processo de significação do adoecer para a criança e enxergá-la como um indivíduo cercado de potencialidades e capacidades.

A partir das verbalizações dos participantes é possível observar que houve consenso no que se refere ao fato da criança ser capaz de compreender seu adoecimento. Porém, houve discordância entre eles em como isso ocorre. Para P1, a criança entende tendo como referência a família (verbalização 2). Já para P2, o paciente infanto-juvenil compreende o adoecimento de

acordo com seu desenvolvimento cognitivo (verbalização 2). A P3 faz uma relação entre o entendimento e a idade da criança (verbalização 3) e, por fim, P4 interpreta o entendimento da criança de diferentes maneiras, incluindo também o bebê (verbalização 3) valorizando assim a percepção da criança de forma mais ampla e não só compreensão cognitiva.

Essa distinção pode ser justificada pelo tipo de vivência adquirida no percurso profissional de cada participante. Ou seja, o entendimento que se tem da percepção da criança sobre o adoecimento está diretamente relacionado com o tipo de atuação experienciado pelo profissional. Esse ponto é fundamental, pois reflete como a teoria e a prática estão entrelaçadas, o que pode ser visto ao longo das expressões destacadas acima. Apesar dessa distinção, torna-se fundamental valorizar o protagonismo da criança neste aspecto, considerando os distintos aspectos e peculiaridades de desenvolvimento físico, cognitivo e emocional. Sobre isso, Frota et al. (2017, p.1677) complementa: “A criança sabe que está doente, conhece a doença e qual o tratamento, variando esse entendimento conforme a maturidade e o desenvolvimento (...)”.

O tratamento do câncer deve ser marcado pelo enaltecimento do papel que a criança tem nesta trajetória. Desse modo, é necessário abrir espaço de escuta para essa criança, contribuindo para seu processo de significação, atentando-se a singularidade da sua realidade social, cultural e contextual (DE AQUINO, DE CONTI e PEDROSA, 2014). Na fala do P2 (verbalização 2) percebe-se que, em sua atuação, há um cuidado com a participação do paciente, que se estende desde a compreensão das etapas do tratamento até a cooperação com os procedimentos. Isso também se confirma nas verbalizações (1 e 2) da P4, no sentido de se preocupar fortemente com a assistência para a criança, sinalizando para a equipe que é ela que vai viver o tratamento e que assim, é fundamental que se direcione para ela.

Subcategoria A2: Estratégias para favorecer protagonismo da criança.

O “Quadro 2” apresenta exemplos de verbalizações dos participantes elencados sobre a subcategoria A2.

Quadro 2 - Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria A2.

Participante	Verbalizações
P1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os combinados sempre dão certo, porque a criança ela participa e não se sente sozinha. Porque é o corpo dele, é o que ela tá passando ali né. 2. E quando você prepara essa criança, quando você conversa com ela, que você estabelece esse vínculo nessa relação de confiança você consegue sim ter um diálogo melhor e com que ela tenha ganhos para enfrentar todo esse sofrimento (...).

Quadro 3 - Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria A2.

Participante	Verbalizações
P1	Então acho que favorece sim o enfrentamento dessa doença e é um ganho para ela de todas as formas né.
P2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primeiro e mais importante, adequar a nossa linguagem a necessidade de compreensão cognitiva da criança sempre, informação técnica, conceitos complicados, nomes difíceis de jeito nenhum. Sempre analogias ou ilustrações práticas que mostrem assim pragmaticamente, do ponto de vista prático, lúdico, na medida do possível o conteúdo para a criança. Ela tem que compreender. Ela tem que compreender. E eu entendo que é nossa obrigação enquanto profissional de saúde garantir que ela compreendeu. 2. E toda vez, que ela tiver sentindo alguma coisa desagradável, ela pode contar com a nossa ajuda, que a gente vai fazer tudo que é possível para ficar o menos desagradável possível. 3. Então a gente tem que ganhar a confiança, a confiabilidade dos pais da criança, dos familiares para que eles desenvolvam uma estratégia de enfrentamento. 4. Então todos os nossos médicos, na época, eram treinados para lidar com situações lúdicas né, para aproveitar qualquer oportunidade de contato com a criança, era uma oportunidade para ser prazerosa, mesmo que ele fosse dar uma notícia desagradável, tinha que ter uma atmosfera lúdica, participativa, potencialmente positiva e assim por diante na medida que isso era possível.
P3	<ol style="list-style-type: none"> 1. A criança é muito concreta, então a gente precisa botar isso no concreto, no desenho, no boneco, alguma coisa e não só ficar falando, geralmente falando rápido né, a criança não consegue captar isso. 2. (...) tem muitos recursos que a gente pode utilizar, né, de novo adaptado a idade da criança e ao interesse da criança. (...). Então, acho que o brincar em todo processo de tratamento né, é a linguagem que a gente tem com a criança né. 3. Então, a partir do momento que a gente consegue ter uma comunicação, e uma comunicação orientada para as dúvidas da criança e para a capacidade de percepção da criança de acordo com a idade dela, a gente diminui muito o estresse da doença e do tratamento né, desse processo de enfrentamento.

Quadro 4 - Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria A2.

Participante	Verbalizações
P4	<ol style="list-style-type: none"> 1. (...), a gente vai usando os artifícios e eles são lúdicos primariamente para que a criança consiga identificar. 2. Então, quando doença chega, a gente precisa devolver isso para a criança, não é porque ela adoeceu que ela para de brincar, a gente promove a brincadeira livre e a gente também da psicologia utiliza a brincadeira como uma intervenção, uma intervenção guiada, uma intervenção que a gente vai ali com propósito certo de explicar alguma coisa para a criança, tanto para a criança como o adolescente.

A comunicação com a criança foi elucidada por todos os profissionais como estratégia de favorecer a inclusão da criança no tratamento, além de fortalecer o enfrentamento ao longo do processo. Segundo o relato dos profissionais, a comunicação deve estar voltada para a criança. Isto é, mais do que presença da criança na interação comunicativa triádica equipe-família-criança, é preciso direcionar a comunicação para ela.

Pode se afirmar, portanto, que houve consonância a respeito da magnitude da comunicação para potencializar o tratamento e o enfrentamento do paciente infanto-juvenil. Segundo Souza e Souza et al. (2012), quando se estimula a colaboração da criança por meio da conversa, incluindo aspectos verbais e não-verbais, há um favorecimento da sua expressão. Com isso, facilita-se não somente a realização dos procedimentos, mas se reduz sentimentos negativos, oferecendo suporte emocional para a criança. Em consequência, a criança começa a se sentir valorizada neste processo.

A comunicação com a criança deve estar presente em todo tratamento. Antes de realizar os procedimentos, por exemplo, é necessário explicá-los para a criança, escutando e dando sentido à suas expressões, assim como tirando dúvidas que possam vir a surgir. Exemplos como este, contribuem fortemente para a redução da ansiedade da criança durante o processo frente ao desconhecido (SOUZA e SOUZA et al., 2012). Assim, a criança deve participar de uma maneira efetiva do seu tratamento, de forma que a equipe possibilite um espaço promotor de desenvolvimento da criança, oferecendo a ela cuidado integral (KOHLSDORF e SEIDL, 2011).

Os participantes demonstraram diferentes estratégias para oportunizar o protagonismo da criança durante o tratamento. A aproximação entre as estratégias buscadas e o interesse de cada criança, ficou visível nas afirmações de P3. Percebeu-se também consonância entre P2 (verbalizações 1 e 4), P3 (verbalizações 1 e 2) e P4 (verbalizações 1 e 2), acreditando na intervenção lúdica como forma de dar voz para a criança torná-la protagonista no contexto do

tratamento. Entre as semelhanças e diferenças percebidas, acredita-se que as estratégias utilizadas por cada profissional têm como base toda sua trajetória profissional e pessoal, incluindo sua formação teórica, bem como suas preferências singulares.

A presença do brincar como mecanismo de inclusão da criança foi algo muito marcante na fala dos participantes, durante todas as entrevistas. O lúdico é o instrumento de aproximação com a linguagem da criança, bem como um facilitador da expressão da criança sobre o seu adoecimento e experiências decorrentes do tratamento. Além disso, através dos recursos lúdicos consegue-se obter um envolvimento maior da criança durante o processo, auxiliando na elaboração da criança no decurso do tratamento. A importância das estratégias lúdicas também foi recorrentes na literatura estudada (DE CRISTO e ARAUJO, 2013; FERREIRA et al., 2014; ALVES, 2015; SARAIVA, 2016; DE CARVALHO et al., 2018). Tendo isso em vista, é incontestável a relevância da utilização do lúdico para promover maior inclusão e protagonismo para a criança no contexto da oncologia pediátrica.

Em todas as verbalizações dos participantes é inquestionável a tentativa constante em oferecer para a criança a autonomia e o protagonismo durante seu tratamento. Fazendo uma associação com a teoria, é nítido o que o hospital tem um papel no crescimento da criança, sendo um importante ambiente promotor de desenvolvimento da mesma (ALVES, 2015; DE CARVALHO et al., 2018).

Ainda sobre as estratégias de intervenção, reparou-se semelhança entre o discurso de P1 e P2. Tanto P1 (verbalização 2) quanto P2 (verbalização 2 e 3) destacaram a importância da parceria entre equipe-criança. P1 dá exemplo da relevância dos combinados feitos com a criança, neste contexto, como uma forma de oferecer a participação efetiva da criança. Enquanto, por outro lado, P2 proporciona recursos diferenciados para a compreensão da criança. Segundo Pinto (2010), é essa parceria que vai dar segurança para a criança conseguir expor seus medos, preocupações, angústias e interesses.

As verbalizações de P2, destacam a família como uma rede de apoio fundamental na construção de estratégias de enfrentamento da criança, retomando a importância da atuação na tríade equipe-família-criança, corroborando a literatura investigada. Entre os autores, Guimarães e Aguiar (2019) afirmam a relação das reações emocionais da família nas emoções expostas pela criança ao longo do tratamento, influenciando diretamente na adesão. Dessa forma, o papel do profissional de saúde deve se ater ao cuidado com a família, mas isso não exclui sua responsabilidade com a criança (GONÇALVES et al., 2015).

A partir da análise e discussão da categoria final “A”, destaca-se que na fala de todos os participantes, fica claro a importância atribuída ao protagonismo da criança, o que também foi

percebido na literatura estudada. Na visão dos participantes, a inclusão envolve a compreensão da criança acerca do seu adoecimento, a participação durante o tratamento e a construção de condições favoráveis ao desenvolvimento do paciente infantojuvenil. Como estratégias utilizadas, ressalta-se a comunicação voltada para a criança e a inserção do lúdico como aspectos fundamentais. Em contrapartida, foi possível perceber que a exclusão e o distanciamento da criança no processo de tratamento ainda persistem nas práticas em saúde. Por fim, cabe enfatizar que a vivência profissional de cada participante influencia nos desdobramentos dessas intervenções.

Categoria B: Comunicação triádica equipe-família-paciente no contexto da oncologia pediátrica.

A Tabela 5 ilustra as subcategorias que surgiram a partir da escolha da categoria final “B”, bem como suas descrições que foram formuladas pela pesquisadora.

Tabela 7 – Categoria final B e suas subcategorias.

Categoria B	Subcategorias
Comunicação triádica equipe-família-paciente no contexto da oncologia pediátrica.	<p>B.1 – Como os profissionais percebem a comunicação triádica. Descrição: Destaca as principais vantagens da interação triádica equipe-família-criança, assim como elenca-se algumas das dificuldades e desafios trazidos pelos participantes.</p> <p>B.2 – Comunicação de más notícias. Descrição: Discute sobre a frequência da comunicação de más notícias no contexto da oncologia pediátrica, evidenciando seus desdobramentos na atuação profissional.</p>

Subcategoria B1: Como os profissionais percebem a comunicação triádica.

O “Quadro 3” apresenta exemplos de verbalizações dos participantes elencados sobre a subcategoria B1.

Quadro 5 - Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria B1.

Participante	Verbalizações
P1	<ol style="list-style-type: none"> 1. A comunicação com a criança acho que favorece sim o enfrentamento dessa doença e é um ganho para ela de todas as formas né. 2. Então ai acabam voltando mais para a relação família e profissional do que a tríade né, envolvendo a criança nesse processo todo. 3. Então eu vejo que de modo geral, na residência, eu avalio como muita falha na comunicação, eu vejo

Quadro 3 – Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria B1

Participante	Verbalizações
P1	<p>muito mais os profissionais voltarem-se para os pais, e às vezes nem para os pais, mais preocupados em fazer a demanda</p>
P2	<ol style="list-style-type: none"> 1. É, o sistema de comunicação entre profissionais e familiares, cuidadores no atendimento da onco-hematologia é entendido pela literatura internacional como assim, o elemento chave, um dos elementos chaves para o potencial de sucesso quando a gente precisa da adesão, não só da criança, mas da adesão dos familiares ao plano terapêutico como um todo, não é só o tratamento médico. 2. O principal desafio é fazer a criança colaborar voluntariamente. Persuadir, convencer a criança a colaborar voluntariamente, sabendo que ela vai enfrentar procedimentos profundamente desagradáveis.
P3	<ol style="list-style-type: none"> 1. (...) a comunicação é um instrumento para incluir a criança nesse processo né. (...) Então se a criança não é comunicada sobre o que ela tem, a possibilidade dela rejeitar o processo de tratamento é muito maior, né. 2. Então eu acho que esse é um problema muito grande da dificuldade de adaptar a comunicação para a criança, e ai acaba se levando, atuando de uma forma então que a criança é excluída do processo né; também adaptar a comunicação aos pais, (...), existe a grande dificuldade do médico lidar com a reação emocional que esses pais vão ter. 3. Então, até o período que eu estive lá, ainda tava muito na díade né. 4. E uma outra dificuldade muito grande que é geral, acho que não só na pediatria, mas acho que na pediatria isso tem um impacto pior voltando a questão da comunicação com a criança, é na atenção com a comunicação não verbal né? Então como a criança é mais sensível a essa comunicação não verbal, e os médicos não estão atentos a essa importância né? A como eles comunicam sem falar né. 5. (...) a comunicação em saúde tem uma dificuldade muito grande que é a formação, principalmente do médico na comunicação. (...) Atualmente a gente vê mais nos currículos das universidades um interesse maior nessa formação, mas ainda é uma formação que eu chamo de muito protocolar, quer dizer, o médico tenta transformar a comunicação em um protocolo (...).
P4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Essencial, acho que eu vou mudar a palavra, é essencial né. Sem eles... assim, a comunicação eu entendo da seguinte forma: se a gente se comunica bem com eles, a gente evita várias fadigas no

Quadro 3 – Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria B1.

Participante	Verbalizações
P4	<p>tratamento, então a gente favorece a compreensão do tratamento, a gente favorece a adesão ao tratamento, a gente melhora a possibilidade de dor né. (...) Eu acho que a comunicação com a criança melhora o enfrentamento como um todo na doença, o estar no hospital, o estar no tratamento se torna um pouco mais leve.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. A interação comunicacional na tríade equipe-família-criança tem muitos ruídos, rsrs. É, o ideal seria a gente com uma comunicação mais limpa, mais clara, preparada, principalmente da equipe para eles né, para a família e para o paciente. Eu vejo que a equipe tenta muito fazer a comunicação específica para a criança e pro adolescente, mas ainda é um grande desafio né. 3. Então são termos muito técnicos, a equipe fica viciada mesmo sem querer nesses termos e acaba que vai passando isso para a família e a família vai e não consegue absorver. 4. A maior dificuldade... indisposição para se comunicar. Acho que essa é a primeira, eu não vou dizer maior, mas essa é a primeira. Falta de preparo para se comunicar. 5. Acho que um pouco disso assim né, falta de preparo, falta de disponibilidade, falta de empatia né, falta de percepção de quem é, com quem eu vou comunicar. 6. Então a gente passa desafios ainda, a pediatria é muito paternalista, e a voz é direcionada pro pai e pra mãe. Se você me perguntar assim “P1, isso tá errado?”, vou te dizer assim que depende. A gente precisa sim contar com o responsável, eles são os responsáveis legais dessa criança e do adolescente, mas a gente não pode de forma alguma negligenciar a comunicação com a criança e com o adolescente, porque quem são nossos pacientes, são eles. 7. Então não dá... assim né, você falou uma coisa bem legal, a comunicação é um processo. E ai eles realmente entendem que assim, você vai lá, dá um checkzinho e acabou.

A comunicação em saúde foi referenciada pelos participantes como fenômeno que promove boa adesão ao tratamento, facilita o enfrentamento da doença, bem como colabora para a redução de estresse, ansiedade, angústias ao longo do tratamento. Na Tabela abaixo, apresenta-se as principais palavras-chaves utilizadas pelos participantes, durante toda a

entrevista, para justificar a importância da comunicação, elencando-se a quantidade de verbalizações no total.

Tabela 8 - Palavras-chaves utilizadas pelos participantes e seus números de verbalizações.

Palavras-chaves	Número de verbalizações
Adesão.	7
Enfrentamento.	11
Diminuição do estresse; evitar recusas; evitar fadigas; diminuir o sofrimento.	13

A importância da qualidade da comunicação triádica ficou evidente nas falas de todos os entrevistados, sendo esse fenômeno essencial para o processo de tratamento da criança. A comunicação em saúde é o pilar para a melhor compreensão do processo de adoecimento e para a satisfação com o tratamento (COUTINHO, 2013; KOHLSDORF, 2012). Aprofundando Kohlsdorf (2012), a comunicação em saúde também influencia diretamente na percepção do diagnóstico e na satisfação da família e da criança com o atendimento. A partir da verbalização de P3 (1), ressalta-se a comunicação entre equipe-família-criança como promoção de saúde e de cuidado no contexto da oncologia pediátrica (SOARES e POLEJACK, 2016).

Pensando no cenário da pediatria, a qualidade da comunicação com a criança facilita a relação afetiva entre equipe-criança, além de reduzir alguns fatores que possam afetar na autonomia e na participação do paciente infante-juvenil (SOEIRO et al., 2020), fortalecendo assim, a forma com que se dará o manejo pediátrico. A relação entre a potência da comunicação e o enfrentamento da criança e seus familiares é elucidada por P4 (verbalização 1), trazendo a comunicação como um fator que contribui para a adaptação da criança ao ambiente hospitalar, deixando na medida do possível, o tratamento mais leve. Nos próximos parágrafos, serão discutidos os principais desafios e dificuldades trazidos pelos participantes acerca desse aspecto.

Uma das questões mais explícitas nas falas dos participantes foi a presente falha na interação comunicativa da tríade equipe-família-criança, tendo que em vista que mesmo com avanços, a direção da comunicação em saúde ainda está voltada à família, o que muitas vezes coloca a criança em um papel de espectador dessa comunicação, ao invés de ter uma participação ativa. Três participantes trouxeram esse aspecto em suas verbalizações, sendo eles P1 (verbalização 3), P3 (verbalização 4) e P4 (verbalização 6). Nesse sentido, percebe-se que há um predomínio da relação entre equipe-família em detrimento da equipe-criança, deixando muitas falhas na tríade equipe-família-criança.

A verbalização de P4 (6) refere-se como a construção da atuação pediátrica se deu através de uma ótica paternalista, dando ênfase à assistência no campo familiar. Neste trabalho, não se discute a necessidade da assistência profissional à família, pois ela é sem dúvidas fundamental. Porém, o problema está em desconsiderar a criança deste processo. Esse dado coletado confirma o referencial teórico estudado, que vêm apontando que o direcionamento comunicativo está centralizado na perspectiva díade equipe-família (DE CRISTO, 2014; DE OLIVEIRA e GOMES, 2004; KOHLSDORF e JUNIOR, 2016; KOHLSDORF, 2012; MENDONÇA, 2007; PEROSA e GABARRA, 2004; PEROSA e RANZANI, 2008).

A utilização da linguagem tecnicista como um impasse na comunicação com a criança foi outro fenômeno que se sobressaiu nas falas dos participantes. Isso aponta como a forma de comunicação com a criança está arraigada de conceitos biomédicos, linguagem formal e técnica, dificultando o entendimento para a criança e aumentando suas dúvidas, anseios e preocupações. Isso foi trazido tanto por P3 (verbalização 3) como por P4 (verbalização 3).

Conforme afirmado por P1 (3), por vezes a dificuldade da comunicação também engloba a família, dada a preocupação dos profissionais com a queixa biofisiológica em si, deixando em segundo plano a importância da relação com a família e com o paciente no contexto do tratamento. Em todas as verbalizações destacadas foi possível identificar uma associação com a vigência do modelo biomédico nas práticas de saúde, que tende a basear a interação em aspectos biofisiológicos (COUTINHO, 2013), desfavorecendo a relação social, emocional e psicológica.

Neste estudo compreendeu-se a comunicação como um processo relacional e multidimensional, que está para além de fatores verbais, incluindo aspectos não verbais como gestos, expressões faciais e outras respostas corporais (KOHLSDORF, 2012). Na verbalização de P3 (5), revelou-se isso como outra dificuldade da comunicação em saúde. Segundo seu relato, os profissionais dão pouca atenção à comunicação não verbal, limitando-se ao diálogo verbal. Entretanto, já é fato que a criança tem outras formas de se comunicar que são de igual importância para melhorar sua compreensão. Portanto, a inclusão de aspectos não verbais é uma maneira de humanizar os atendimentos em saúde, qualificando a interação de forma completa.

A relação entre a formação e o tipo de comunicação estabelecida surgiu como um desafio para os participantes a despeito da temática estudada. Essa questão, nas falas dos participantes, ficou muito atrelada à figura do médico (P1, verbalização 2; P3, verbalização 6; P4, verbalização 7). Para P3, por exemplo, a comunicação do médico com o paciente ainda está muito baseada em um protocolo a ser seguido. Isso se confirma também para P4, quando ela ressalta a comunicação como um processo e não um checklist a ser cumprido. Em

conformidade, Araújo e Cardoso (2007), Kohlsdorf (2012) afirmam que esse é um dos grandes desafios da prática, conseguir enxergar a comunicação como um processo.

Um contraponto a ser feito é que essa dificuldade se estende aos profissionais de saúde de maneira geral (PEROSA e RANZANI, 2008; SOEIRO et al., 2020), podendo alcançar também a atuação da psicologia. Ou seja, ainda que haja uma preocupação maior com o desenvolvimento de novas práticas profissionais nos currículos de saúde (verbalização 6, P3), existem falhas significativas nesses currículos que dificultam esse processo comunicativo. Essas falhas são exemplificadas por P4 (verbalizações 4 e 5), quando aborda a falta de disponibilidade, empatia e de preparo dos profissionais como sendo grandes desafios na comunicação triáde e, principalmente, com a criança em si.

Subcategoria B2: Comunicação de más notícias.

O “Quadro 4” apresenta exemplos de verbalizações dos participantes elencados sobre a subcategoria B2.

Quadro 6 - Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria B2.

Participante	Verbalizações
P1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assim, eu percebo que nós psicólogos durante a nossa atuação a gente acaba tendo uma preparação diante de estudos, de como a gente vai comunicar, de lidar com o sofrimento do outro né, eu acho que a gente tem essa vantagem porque a gente acaba estudando muito essa questão de comunicação de más notícias né, sobre todo esse processo. 2. A oncologia sofre um pouco mais pelas questões tabus né, porque você tá direto lidando com a morte, o tabu de que você tá com câncer e você vai morrer.
P2	<ol style="list-style-type: none"> 1. (...), porque aonde existe essa perspectiva de enlutamento antecipatório, a gente precisa de uma equipe médica muito bem treinada. Uma equipe médica que consiga dar tanto boas notícias quanto más notícias nas mesmas condições. 2. E um dos maiores desafios da onco-hematologia ainda hoje é quando você tem que comunicar uma má notícia, fazer um bad News comunicacion. Essa é uma situação muito estressante. 3. (...), principalmente quando os pais recebem o diagnóstico de uma doença que é atrelada socialmente ao potencial de morte, de caso de uma doença tumoral né.
P3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Então, a má notícia dentro da definição clássica né, que tá associada a diagnóstico, recaída e

Quadro 4 – Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria B2.

Participante	Verbalizações
P3	<p>indicação de cuidados paliativos é prerrogativa do médico e o médico não tem formação para isso né.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. A gente sabe que a comunicação de diagnóstico e a comunicação de más notícias ainda tá muito associada a figura do médico né, eu acho que outros profissionais também comunicam más notícias, mas uma outra qualidade de más notícias. 3. E, na verdade, é claro que pode ter isso, existem os famosos protocolos de comunicação de más notícias, mas eles não resolvem o problema fundamental da dificuldade de comunicação que é a relação do médico com o paciente e com a família. 4. Então, como o adulto não sabe explicar, então por exemplo, uma criança que tem câncer, o adulto tem medo de falar a palavra câncer porque ele acha que o impacto da palavra para a criança vai ser o mesmo do impacto que é para o adulto e que a criança vai pensar logo que ela morrer.
P4	<ol style="list-style-type: none"> 1. A gente tem vários tipos de comunicação né, dentro da saúde. Então a gente tem comunicação diagnóstica, comunicação de más notícias, a diagnóstica é uma má notícia né... a maioria na saúde, a gente tem... dentro do meu contexto, são comunicações de más notícias. Uma comunicação de boa notícia é a alta, tá curado, isso é uma comunicação de boa notícia. Mas, a maioria das comunicações que a gente faz são comunicações de más notícias. 2. Dentro da comunicação de más notícias a gente tem a comunicação diagnóstica, a gente tem a comunicação de tratamentos né, a gente tem comunicação prognóstica, que é diferente de diagnóstica. 3. (...), porque na hora que a gente dá o diagnóstico não se escuta mais, o familiar não escuta mais. “Ah, seu filho tem um câncer” acabou, né. Ou “a doença voltou”, parou também. “Não temos mais medidas curativas pro seu filho” também é outro momento. Então são momentos que não tem como absorver mais informações.

A comunicação de más notícias foi vista como algo extremamente marcante na atuação dentro do contexto oncológico pediátrico. Esse tipo de comunicação costuma atravessar esse cenário, provocando desdobramentos tanto do ponto de vista da assistência com a família e com a criança, como também no preparo do profissional de saúde. Na verbalização de P4 (1), ela descreve como a comunicação de más notícias é predominante no cenário oncológico, que tem

seu início desde a comunicação do diagnóstico. Segundo Perosa e Ranzani (2008), a má notícia pode envolver: informar o diagnóstico ou prognóstico ruim; comunicar a necessidade de um procedimento doloroso; dar uma notícia que pode gerar uma reação emocional adversa na criança.

Para além disso, esbarra-se novamente na falta de preparo dos profissionais ao lidar com situações como essa, configurando a realização de uma má notícia como grande desafio tanto para a equipe como um todo, como para a pessoa que vai receber esse tipo de notícia. Na verbalização (3) de P3, destaca-se que apesar da apropriação científica dos protocolos de comunicação de más notícias existentes, as falhas na comunicação permanecem, pois colocam à tona o principal problema no campo comunicacional, que é a relação afetiva entre a equipe e o paciente.

Ao longo das verbalizações dos participantes, torna-se notório que há relação entre as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde e a formação na área de saúde, tendo em vista a temática da comunicação. Gonçalves et al. (2015) afirmaram a necessidade da reestruturação das grades curriculares e da inserção do ensino de habilidades necessárias a serem desenvolvidas ao longo do curso para facilitar a comunicação com o paciente e sua família. Na visão dos participantes, porém, essa questão ficou limitada à figura do médico, afirmando a formação em psicologia como facilitador no campo comunicacional (verbalização 1, P1). No entanto, a literatura (PEROSA e GABARRA, 2008; COLORIANO-MARINUS et al., 2014) mostra que essa dificuldade é estendida aos cursos de saúde como um todo.

Na perspectiva de Soares e Polejack (2016, p.35) “A maneira como ocorre a relação médico-equipe-usuário pode tanto facilitar, quanto criar empecilhos para o indivíduo desempenhar um papel ativo no processo saúde-doença”. Portanto, é necessário que sejam desenvolvidas práticas de orientação e treinamento com a equipe, como explicitado por P2 (verbalização 1), tendo como objetivo aprimorar a qualidade da comunicação que está sendo dada e, no desenvolvimento de ações como essas, a psicologia tem uma função fundamental.

Como já mencionado, a comunicação de uma má notícia provoca impacto na família, na criança e na equipe de saúde. Esse fator pode ser observado na afirmação de P2 (4), referindo-se à comunicação de más notícias como um dos grandes desafios da atuação na oncologia pediátrica. Quando ele diz que é “uma situação muito estressante”, percebe-se o receio da comunicação de uma má notícia, refletindo a relação entre a atuação profissional e as mobilizações do próprio profissional geradas neste contexto (DA SILVA, 2009).

A partir das respostas dos participantes e das observações feitas ao longo das entrevistas, acredita-se que esse receio pode estar associado aos atributos, culturalmente, resignados ao

câncer. Ainda que as perspectivas de tratamento tenham progredido consideravelmente nos últimos anos, o câncer é visto socialmente como uma doença ligada a dor, sofrimento e ao potencial de morte (PEREIRA, BERTOLDI e ROESE, 2015). A associação entre o câncer e o contato com a possibilidade da morte é afirmado por P1 (verbalização 2), P2 (verbalização 2 e 3) e P3 (verbalização 4). Levando em consideração as falas dos participantes, não se pode desconsiderar os impactos emocionais da atuação para a equipe de saúde, que se vê frente as incertezas do tratamento, a possível ameaça à morte e o medo do desconhecido (SOEIRO et al., 2020).

Neste sentido, a atuação profissional no cenário oncológico pediátrico foi percebida por si só como um desafio. A assistência pediátrica é complexa e acarreta diversas respostas emocionais da equipe, de forma que nem sempre os profissionais estão emocionalmente preparados para lidar com o cuidado infantil (PEREIRA, BERTOLDI e ROESE, 2015). Aqui retoma-se a importância da capacitação profissional para construção de estratégia de manejos diferenciados que consigam proporcionar o apoio e o cuidado para a família e para a criança. A complexidade deste trabalho foi trazida por P4 (verbalização 3), exemplificando os impactos que a comunicação de más notícias no campo familiar.

Em suma, a análise e discussão da categoria final “B” acarretou a concordância de todos os participantes acerca da importância da comunicação em saúde tanto para o tratamento, como para a construção de estratégias de enfrentamento da doença. A boa qualidade da comunicação foi vista como uma forma de facilitar o manejo com a criança e a família, além de diminuir aspectos negativos provocados pela doença. Todavia, as verbalizações demonstram como na prática profissional, ainda há uma valorização da comunicação com a família. Entre as dificuldades apresentadas, encontrou-se o tipo de linguagem, a relação entre o profissional e o paciente infante-juvenil, assim como a formação do médico, principalmente.

Tendo em vista o cenário apresentado, a comunicação de más notícias costuma ser uma dificuldade tanto do profissional que vai passar a informação, como para a pessoa que vai recebê-la. Sob a atuação profissional, isso pode ter relação com a complexidade do campo no qual o profissional está inserido, sabendo que o tratamento oncológico é carregado de incertezas e de momentos de altos e baixos.

Categoria C: A psicologia pediátrica no processo de comunicação em saúde no contexto oncológico pediátrico.

A Tabela 7 apresenta as subcategorias que surgiram a partir da escolha da categoria final “C”. A escolha dessas subcategorias teve como critério a necessidade de discutir as contribuições da atuação da psicologia pediátrica no contexto da comunicação em saúde.

Tabela 2 – Categoria final C e suas subcategorias.

Categoria C	Subcategorias
A psicologia pediátrica no processo de comunicação em saúde no contexto oncológico pediátrico.	<p>C.1 – Como se referem à percepção de outros profissionais com relação a atuação da psicologia. Descrição: Demonstra a visão dos participantes sobre a percepção de outros profissionais com relação a presença da psicologia na equipe de saúde e os desdobramentos disso para a atuação.</p> <p>C.2 – Estratégias utilizadas no contexto da comunicação em saúde. Descrição: Enumera-se as principais estratégias que vêm sendo utilizadas pelos profissionais para efetuar a comunicação com a criança.</p>

Subcategoria C1: Como se referem à percepção de outros profissionais com relação a atuação da psicologia.

O “Quadro 5” apresenta exemplos de verbalizações dos participantes elencados sobre a subcategoria C1.

Quadro 7 -Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria C1.

Participante	Verbalizações
P1	<ol style="list-style-type: none"> Olha, tem gente que percebe que a gente ainda é aquele... o bombeirinho, o apaga fogo. Então, tá vendo a criança chorando, ou a mãe, não sei o que “chama o psicólogo” né (...), e ai tem equipes... tem pessoas que já entendem o nosso trabalho e que não é só um conversar por conversar né. (...) tem esses ainda que entendem que acha que é só conversar, um apagar incêndio, do momento que tá lá acontecendo uma confusão, que eu não sei lidar com isso, então eu chamo o psicólogo né. Então a gente tem os dois... os dois lados assim. Mas ainda precisa melhorar muito, né?
P2	<ol style="list-style-type: none"> Nesse caso lá, a psicologia sempre foi um membro ativo da equipe, desde o início do hospital. Quando o hospital de apoio foi inaugurado, isso foi em 1994, a psicóloga já era membro da equipe de onco-hematologia. (...) A psicóloga já foi

Quadro 5 – Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria C1.

Participante	Verbalizações
P2	<p>integrada a equipe, era alguém que tinha experiência com o assunto. Então foi algo assim meio automático e a equipe lidava com isso igual com um outro membro de equipe.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tava escrito assim “doutores, o telefone da psicologia não é 192”, ou seja, nós não somos o corpo de bombeiros. (...) Porque era muito comum a gente receber a demanda assim “Psicólogo, por favor compareça a sala do ambulatório 23”. A criança, ela tá deitada lá em uma maca e ela vai fazer um procedimento horroroso do tipo, vai fazer uma lavagem retal, e ela não quer colaborar Claro. Quem quer colaborar com um procedimento desse? Ai chama o psicólogo. 3. Não, não. Não sou bombeiro, não é esse o momento. Então tem que educar as pessoas que a nossa presença é muito antes do bombeiro. 4. E esse cara, médico cirurgião, falou o seguinte para mim: “ué, um psicólogo em um centro cirúrgico? Para que que serve um psicólogo no centro cirúrgico? Aqui os pacientes estão todos dormindo ou sedados”.
P3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Às vezes eu me sentia muito como se fosse uma bengala, tipo assim “ah, socorro, me ajuda porque você tem que me aparar aqui porque eu não sei como eu to fazendo” né, mas é como eu to te falando, são dois momentos assim. Antes da gente começar a trabalhar, ainda era o olhar do bombeiro do tipo, “tá errado, socorro, faz você alguma coisa”. Quando a gente começou a trabalhar a comunicação, foi mudando isso né, então foi muito no sentido “me ajuda, para que eu faça alguma coisa” ou “vamos fazer alguma coisa juntos” né. 2. Porque eles costumam ver que a gente é o especialista em comunicação, que a gente sabe comunicar, mas é muito diferente quando eles acham assim que você que tem que consertar a bobagem que eles fizeram, do quando eles me dizem “eu quero que você me ajude a não fazer bobagem né”.
P4	<ol style="list-style-type: none"> 1. E ai a equipe falou assim “fulana, queria saber... a gente vai precisar fazer isso e eu queria saber se você pode participar dessa comunicação. Então queria que você fosse comigo para falar isso. 2. Então, equipe procura muito. Equipe não fica sem psicólogo. (...) Aí eu falo da oncologia. Existem outras áreas que ainda é devassado, mas na oncologia isso está bem estabelecido.

As respostas dos participantes referentes à percepção da presença da psicologia na equipe multidisciplinar de saúde oscilaram a depender do local de trabalho e o tempo de atuação do profissional na respectiva equipe. Essa variação pode ser exemplificada ao comparar as verbalizações entre P1 e P4. Por um lado, a experiência de P1 descreve a atuação da psicologia atrelada à figura do bombeiro, visto que a solicitação da equipe ocorre a partir de uma emergência do ponto de vista emocional com o paciente ou a família. Por outro lado, P4, que já está inserida a mais tempo na equipe de saúde, (verbalizações 1 e 2), descreve que o trabalho conjunto entre a equipe já está bem estabelecido.

Em concordância, a experiência de P2 e P3 parecem demonstrar um avanço significativo sobre a valorização da psicologia na equipe de saúde. Dessa forma, é possível considerar que há uma relação entre o tempo de atuação na determinada equipe e a percepção positiva e o reconhecimento por parte dos outros profissionais. Ou seja, enquanto P2, P3 e P4 conseguem desenvolver trabalho intersetorial mais sedimentado, a experiência da residência de P1 ainda se mantém no plano emergencial do cuidado. Segundo Kohlsdorf e Borges (2017), para alcançar o cuidado integral na área de saúde, é indispensável a construção de práticas intersetoriais.

Contudo, com exceção de P4, todos os participantes verbalizaram que, em algum momento durante a atuação, sentiram que a percepção da equipe sobre a atuação da psicologia se manteve associada a figura do “bombeiro” dentro do hospital. Nesse casos, a solicitação do trabalho do (a) psicólogo (a) acontece quando o restante dos profissionais não sabe como lidar com alguma situação, dando enfoque ao trabalho emergencial. As verbalizações de P2 (2 e 3) ilustram bem isso, de modo que a demanda esteja focada no problema em si, mas não no processo anterior a ele.

Nesta perspectiva, a solicitação do trabalho da psicologia ainda se encontra vinculada ao surgimento de alguma dificuldade por parte dos outros profissionais na visão de alguns participantes, que pode ser justificada por dois fatores. Primeiramente, a psicologia ainda é uma ciência recente quando comparada as outras profissões que compõe a equipe de saúde, tornando todas suas atividades desconhecidas por completo (ANDRADE, 2015; KOHLSDORF e BORGES, 2017). Essa questão faz com que a presença da psicologia esteja voltada para intervenções pontuais, como explicitadas pelos participantes.

Além disso, a desconstrução do modelo biomédico vêm sendo um processo gradual. Todavia, tal modelo ainda está vigente nas práticas de saúde, distanciando o cuidado integral ao paciente e o desenvolvimento de ações interdisciplinares que enfoquem o trabalho preventivo para a promoção de saúde (KOHLSDORF e BORGES, 2017). A inserção da

psicologia no contexto hospitalar, desde o primeiro momento (CFP, 2019), deve evidenciar a atuação pautada no modelo interdisciplinar, concebendo a saúde de um modo integrado.

A construção de estratégias que facilitam o trabalho prévio e coletivo foi apontada como alternativa a esse modelo concentrado na dificuldade em si. Os participantes (P2, verbalização 3; P3, verbalização 2) evidenciaram a preferência quando há solicitação do trabalho preventivo e coletivo. Em ambas as verbalizações, torna-se visível a diferença da atuação que tem como base o processo de sensibilização que atravessa a tríade, paciente-equipe-família. Mais do que isso, demonstra-se a diferença entre a intervenção realizada pontualmente e individualmente, e o trabalho em conjunto com toda a equipe de saúde. Portanto, percebe-se que a atuação da psicologia é potencializada quando os (as) psicólogos (as) têm clareza do papel dos demais membros da equipe e quando os outros profissionais têm conhecimento das responsabilidades da psicologia (KOHLSDORF e BORGES, 2017).

A importância da presença da psicologia na equipe multidisciplinar no contexto oncológico pediátrico é considerada como relevante pela equipe de saúde na visão de P4. Porém, com as verbalizações anteriores apresentadas, percebe-se que há falta de clareza no que diz respeito as funções exercidas pela psicologia na atividade profissional no setor da saúde (KOHLSDORF e BORGES, 2017), como P1 traz, por exemplo (verbalização 2).

No entanto, em alguns casos, observa-se desconsideração ao trabalho do psicólogo, mantendo-se em uma visão limitada do que é essa atuação no cenário hospitalar, como relatado por P2 (verbalização 4). Situações como essa ainda se fazem presentes, principalmente quando o modelo tradicional é enraizado na prática profissional, limitando-se ao binômio saúde-doença. Dessa forma, o reconhecimento de que “(...) a complexidade do ser humano requer um acompanhamento de sua história, qualidade de vida e limitações referentes à sua dimensão psicossocial, nos coloca diante de novos posicionamentos e modelos de cuidado (...)” (CFP, 2019, p. 51) é fundamental.

Uma das demandas mais recorrentes da equipe de saúde para a psicologia relaciona-se com a temática apresentada neste estudo, da comunicação em saúde. "A consideração da dimensão subjetiva envolvida no processo quando a comunicação é executada pela (o) psicóloga (o) faz desta atividade uma das mais requeridas à (ao) profissional no ambiente hospitalar" (CFP, 2019, p.66). Isso foi trazido por P3 (verbalização 2) e P4 (verbalização 1). De acordo com as falas das participantes, o auxílio da psicologia no processo comunicativo é valorizado pelos demais profissionais da equipe. É importante salientar, entretanto, que essa não é uma atividade exclusiva do profissional da psicologia. A comunicação em saúde é um

exemplo de como a atuação interdisciplinar pode favorecer o cuidado com o paciente, assim como com a família.

Subcategoria C2: Estratégias utilizadas no contexto da comunicação em saúde.

O “Quadro 6” apresenta exemplos de verbalizações dos participantes elencados sobre a subcategoria C2.

Quadro 6 – Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria C2.

Participante	Verbalizações
	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="850 633 1431 815">1. (...), as crianças quando você explica para elas o que está acontecendo, onde que é, e ai mais uma vez a gente usa do recurso de um desenho para explicar onde que tá doendo, o que a gente pode fazer, o que é o remédio, elas entendem mais assim né.
P2	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="850 815 1431 1039">2. Então a nossa primeira pergunta para a criança na entrevista de admissão que a gente fazia com a criança, tinha sempre uma pergunta lá que era assim “fulaninho, me conta o que você sabe sobre essa doença; fulaninho me conta o que foi que o dr lá do outro hospital, falou para você sobre essa doença”. <li data-bbox="850 1061 1431 1151">3. Toda informação que nós dávamos seguia esse princípio da revisão, então eu vou sempre retroceder a informação. <li data-bbox="850 1173 1431 1429">4. E toda vez, que a criança demonstrar, sugerir que tem uma dúvida, que não entendeu alguma coisa, a gente parava tudo para explicar, é muito importante que ela tenha clareza absoluta sobre o procedimento, a doença, a próxima etapa, o que eu espero que ela faça, o que eu acho que ela tem plena condição de fazer. Isso tudo era deixado de uma maneira muito clara.
P3	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="850 1462 1431 1621">1. A criança é muito concreta, então a gente precisa botar isso no concreto, no desenho, no boneco, alguma coisa e não só ficar falando, geralmente falando rápido né, a criança não consegue captar isso. <li data-bbox="850 1644 1431 2069">2. Então, geralmente a gente utilizava muito os recursos audiovisuais né, então a gente ia conversar com a criança tinha alguns conjuntos de história que já tinham sido feitas em outros centros né que a gente tentava usar para explicar para a criança o que tava acontecendo. Uma delas até fazia essa analogia dos bichinhos, só que não era bichinhos, era bruxinhas... então tinha bruxinhas boas e bruxinhas ruins. Mas eles usavam as bruxinhas para explicar a célula né. E ai eles tinham um desenho muito legal, que eles faziam como se fosse no microscópio, eles ampliavam no microscópio para que a criança entendesse o que que acontecia dentro do corpo dela.

Quadro 6 – Verbalizações dos participantes que ilustrem a subcategoria C2.

Participante	Verbalizações
P3	1. (...) a gente tinha um grupo onde a gente passava um filmezinho, que era explicando... um filme que foi feito num outro país, mas um filme mudo né que explicava todo processo de tratamento de uma criança com câncer e aí a gente passava para as crianças e para as famílias, esse filme, e aí depois tinha um outro momento de brincadeira depois do filme, do que eles tinham entendido e tudo mais.
P4	1. Então a gente faz a comunicação, que é a de má notícia e depois a gente reexplica, quantas vezes for necessário o que tá acontecendo, o estado de saúde da criança ou do adolescente. 2. Uma outra medida, que ai quando eu to a gente faz né, mas não é só comigo não, eu vejo a enfermagem fazendo, eu vejo a equipe médica fazendo, outros profissionais fazendo também é pedir para repetir a informação. Eu passo uma informação longa e falo então “agora você me fala com as suas palavras” e a gente consegue ter a certeza de que a pessoa captou o que a gente gostaria que fosse absorvido da informação.

As técnicas utilizadas pelos participantes para facilitar a interação comunicativa deixam claro como a comunicação em saúde é um processo dialógico e multidimensional. Ao longo das verbalizações apresentadas no Quadro 6, demonstra-se que as estratégias variaram a partir da experiência profissional de cada participante. Entre as verbalizações apresentadas acima, é possível perceber semelhanças entre os recursos empregados por P1 e P3. Ambas as participantes relataram a inclusão de recursos audiovisuais como forma de se aproximar da realidade da criança e do seu interesse para a realização da comunicação. Tais estratégias são fundamentais para ir além do aparato verbal, que por vezes dificulta a compreensão da criança acerca da doença e do tratamento. Saraiva (2016) aponta a inclusão de recursos lúdicos como forma alternativa de efetuar a comunicação com a criança sobre sua doença e tratamento.

O papel do lúdico na comunicação com a criança vêm sendo amplamente reconhecido pela literatura nacional (JUNIOR et al., 2006; COUTINHO, 2013; FERREIRA et al., 2014; GONÇALVES et al., 2015). Conforme afirmado por Coutinho (2013), o lúdico deve ser uma ferramenta para passar o conteúdo informativo para a criança. O exemplo trazido por P3 (verbalização 2) mostra que a história, em conjunto com o microscópio, como estratégias que contribuam para o entendimento inicial da criança e, posteriormente, para a boa adesão ao tratamento.

Outro exemplo dado por P3 (verbalização 3) ilustra a comunicação em saúde como resultado da interação entre equipe-paciente-família. Essa estratégia ilustra a comunicação

como um processo relacional, que ultrapassa a transmissão de informações, mas engloba a particularidade dos pacientes e de suas famílias (MENDONÇA, 2007). Estratégias como essa rompem com o paradigma do modelo biomédico, que limita a interação entre equipe-paciente-família as consultas médicas. Assim, o momento comunicativo passa a ser também um espaço de interação entre equipe-criança, equipe-família e criança-criança, família-família, fomentando uma rede de apoio e suporte emocional.

Além de receber informações, a criança deve ser ouvida, seja através de suas palavras, gestos ou até mesmo através do brincar, quando esta e outras técnicas lúdicas tornam-se possíveis de serem utilizadas no ambiente hospitalar. Toda forma de expressão deve ser utilizada como meio de comunicação com a criança para que esta possa falar de seu mal-estar, de sua angústia, tirar dúvidas, dar significado aos acontecimentos e tentar minimamente posicionar-se como sujeito na situação que vivencia. (CARDOSO, 2007, p.44)

Tendo em vista as verbalizações acima, evidenciou-se a aproximação das estratégias utilizadas por P2 e P4. Em comparação com os recursos apresentados pelas outras participantes, percebe-se uma ênfase maior em questões operacionais para favorecer a compreensão da criança e da família sobre o diagnóstico e o tratamento posterior. A primeira intervenção descrita por P2 (verbalização 1) é procurar saber o que a criança já sabe sobre seu diagnóstico, já que no local onde ele atuava, as crianças já chegavam diagnosticadas. Essa intervenção denota a importância de se investir em estratégias de interação comunicativa com a criança, abrindo espaço para sua participação desde o primeiro momento (DE CARVALHO et al., 2018).

Tanto P2 como P4 afirmaram a importância de repetir as informações quantas vezes forem necessárias para certificar a compreensão por parte da criança e de sua família. Em complemento, após a explicação da equipe, há uma inclusão da criança no processo comunicativo. Ou seja, além de retroceder a informação, você insere a criança tendo como objetivo verificar se a informação foi passada de maneira correta.

A partir da análise e discussão da categoria final “C”, conclui-se que o tempo de atuação do profissional na equipe multidisciplinar de saúde, bem como o local de trabalho é um fator que influenciou na percepção dos outros profissionais acerca da presença da psicologia. A maioria dos participantes demonstraram já terem vivenciado uma experiência em que os outros profissionais não possuíam clareza ou duvidaram da importância da presença da psicologia. Apesar de todos os avanços, ainda é bastante frequente a solicitação da psicologia de uma maneira emergencial e não processual. Como alternativas, surge a ações interdisciplinares como foco, rompendo com o modelo fragmentado de cuidado da saúde. Entre as estratégias principais

utilizadas pelos profissionais, destaca-se os recursos lúdicos e mecanismos operacionais para favorecer a contribuição da criança no processo comunicacional.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica requer interdisciplinaridade entre várias áreas, tendo em vista a complexidade do fenômeno e a necessidade de mudanças no campo da atuação profissional. Este estudo foi realizado tendo como finalidade compreender a comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica na perspectiva do psicólogo da saúde.

Conforme as entrevistas efetuadas neste estudo, observou-se a importância da qualidade da comunicação triádica como fenômeno primordial ao processo de tratamento oncológico infantil. A atuação da psicologia pediátrica na comunicação em saúde é fundamental para o desenvolvimento de melhorias na interação comunicação da tríade equipe-família-criança, fomentando práticas em saúde mais humanizadas. Contudo, devido ao fato de a psicologia ainda ser uma ciência recente comparando com outras profissões na área da saúde, percebe-se a necessidade de coesão intersetorial na atuação profissional no âmbito hospitalar.

A partir das entrevistas realizadas, notou-se avanços significativos no que diz respeito à preocupação em incluir a criança na interação comunicativa e facilitar sua participação ativa durante o tratamento. Entretanto, evidenciou-se a permanência de dificuldades na comunicação com a criança. Entre elas, destaca-se que os profissionais ainda direcionam a comunicação para os pais, deixando a criança em segundo plano. Há também uma dificuldade em adaptar a linguagem técnica ao falar com a criança. Um dos desafios mais evidentes se refere a falta de preparo dos profissionais no manejo com a criança, justificada pela formação acadêmica, que ainda reforça a vigência do modelo biomédico no contexto da saúde.

Desta forma, o presente estudo alcançou os objetivos propostos, uma vez que foi possível examinar como o psicólogo avalia a comunicação na tríade equipe-família-criança, assim como investigar a percepção do psicólogo sobre a relevância da comunicação com a criança em tratamento oncológico. Além disso, esta pesquisa pode auxiliar no desenvolvimento de novos estudos na área da comunicação em saúde pediátrica, com ênfase na importância da atuação do psicólogo, bem como outros profissionais da saúde.

Como mencionado no início desta pesquisa, há uma carência de pesquisas que investiguem o ponto de vista da criança neste processo. As pesquisas encontradas, ainda estão muito focadas na perspectiva da dinâmica familiar na vivência do tratamento oncológico. Mesmo com todas as

dificuldades metodológicas e éticas em relação a pesquisas com crianças, acredita-se que pesquisas como essa possam ser muito bem-vindas para o desenvolvimento de novas perspectivas em pediatria.

9. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Marília A. de Freitas; GOMES, Paula Azambuja; ULRICH, Roberta Alexandra; MANTUANI, Simone de Borba. **Psico-oncologia: caminhos de cuidado**. São Paulo: Summus, 2019.

ALONSO, Angela. Métodos qualitativos de pesquisa: uma introdução. IN: ABDAL, Alexandre et al. **Método de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco qualitativo**. São Paulo: CEBRAP, pp. 8-23, 2016.

ALVES, Alanne Virgínia Araújo. **Psicologia pediátrica: o lúdico como recurso terapêutico na hospitalização infanto-juvenil**. Dissertação de Monografia (25 páginas), Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2015.

ANDRADE, Daniella Santiago. O papel do psicólogo no hospital na visão dos profissionais de saúde. Dissertação de Monografia (17 páginas). Graduação- Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2017.

ANTUNES, Tainá Silva. **Percepção da enfermidade e tratamento a partir da vivência da criança hospitalizada**. 2017. Dissertação de Monografia (15 págs). Graduação - Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2017.

ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2007.

ARMELIN, Cláudia Batagin; WALLAU, Rodrigo Ambros; SART, Cynthia Andersen; PEREIRA, Sonia Regina. A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. **Rev Bras Cresc Desenv Hum** v.15, 2, pp.45-54, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

CARDOSO, Flávia Tanes. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. **Rev.SBPH**, v.10 (1), 2007.

CARDOSO, Janine Miranda; ROCHA, Rogério Lannes. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, 6, pp.871-879, 2018.

CARDOSO, Jessycka Valença. **Satisfação de usuários sobre serviços em saúde: aspectos comunicacionais da relação médico-paciente**. Dissertação de Monografia (47 págs). Graduação - Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2016.

CFP. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS/ Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas**. Brasília, 2019.

COLORIANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor; DE QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester; MORENO, Lidia Ruiz; DE LIMA, Luciane Soares. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da leitura. **Saúde. Soc**, v. 23 (4), pp.1356-1369, 2014.

COUTINHO, Sílvia Maria Gonçalves. A comunicação Médico-paciente e sua Relação com Enfrentamento e Adesão a Tratamento. In: COUTINHO, Sílvia Maria Gonçalves. **Comunicação médico-paciente em onco-hematologia pediátrica: efeito de um procedimento de intervenção psicológica**. Tese de Doutorado (246 páginas). Doutorado - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

DA SILVA, Lucia Cecilia. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicologia para América Latina [online]**, n.16, 2009.

DAMACENO, Andressa Pereira. **Ser adolescente com câncer: uma compreensão fenomenológico-existencial**. Dissertação de Monografia – Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2018.

DE AQUINO, Ana Maria; DE CONTI, Luciane; PEDROSA, Arli. Construções de significados acerca do adoecimento e morte nas narrativas de crianças com câncer. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.27 (3), pp.599-608, 2014.

DE CARVALHO, Talita Grazielle Pires; DOS SANTOS, Ana Raquel Mendes; SILVA, Maritza Lordsleem; CAMINHA, Iraquitán de Oliveira; DE FREITAS, Clara Maria Silvestre Monteiro. O olhar do paciente sobre o câncer infantojuvenil e sua percepção acerca de seus

sentimentos e emoções diante do videogame ativo. **Revista de Educação Física da UFRGS**, v. 24 (2), pp.413-426, 2018.

DE CRISTO, LÍlian Meire de Oliveira. **Comunicação em saúde da criança: desenvolvimento e avaliação de um sistema de análise interacional para consultas pediátricas**. (223 páginas). Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

DE CRISTO, LÍlian Meire de Oliveira; DE ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, 1, pp.59-68, 2013.

DE OLIVEIRA, Viviane Ziebell; GOMES, William B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**, v.9, 3, pp.459-469, 2004.

DEL PINO, Camila; PEREIRA, Vinicius Tonollier. Ludoterapia durante o tratamento contra o câncer infantil: revisão integrativa de literatura. **Rev. Psicologia em foco**, v.9 (14), pp.26-44, 2017.

FERREIRA, Naidhia Alves Soares; ESMERALDO, Joana D'arc; BLAKE, Marcia de Toledo; ANTÃO, Jennifer Yohanna Ferreira de Lima; RAIMUNDO, Rodrigo Daminello; DE ABREU, Luiz Carlos. Representação social do lúdico no hospital: o olhar da criança. **Journal of Human Growth and Development**, v.24 (2), pp.188-194, 2014.

FROTA, Mirna Albuquerque; PRAXEDES, Amanda Emília Nunes Quezado; SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; ROLIM, Karla Maria Carneiro; AMORIM, Rosendo Freitas; CALDAS, José Manuel Peixoto; DE ALMEIDA, Lígia Maria Moreira Ferreira; MARTINS, Mariana Cavalcante; FILHO, Geraldo Flamarion da Ponte Liberato; PURCARU, Marionescu. Compreensão da criança acerca do câncer. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, pp. 1672-1677, 2017.

GABARRA, Letícia Macedo; CREPALDI, Maria Aparecida. A comunicação médico-paciente pediátrico-família na perspectiva da criança. **Psicol Argum**, v.29, 65, 2011, pp. 209-218.

GONÇALVES, Samantha Pelichk; FORTE, Isabela Guimarães; SETINO, Juliana Aquino; CURY, Patricia Maluf; JR, João Batista Salomão; MIYAZAKI, Maria Cristina O.S Comunicação de más notícias em pediatria: a perspectiva do profissional. **Arq Ciênc Saúde**, v.22, 3, pp.74-78, 2015.

GUIMARÃES, Rita Miranda Coessens; AGUIAR, Marília A. de Freitas. Em nome do filho: a prevalência da mãe no acompanhamento da criança em tratamento oncológico. AGUIAR, Marília A. de Freitas et al. **Psico-oncologia: caminhos e cuidados**. São Paulo: Copyright, pp. 67-73. 2019.

HERNÁNDEZ-MATÍNEZ, Angel. Modelo comunicativos - proposta de substituição do modelo unilinear para o modelo dialógico. **Revista de Saúde Pública**, v.26(3), pp.399-405, 2010.

INCA. 2015. **Estimativa – Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.

INCA. 2019. **Ministério da Saúde alerta responsáveis e profissionais de saúde para o câncer em crianças**. Disponível em < <https://www.inca.gov.br/noticias/ministerio-da-saude-alerta-responsaveis-e-profissionais-de-saude-para-o-cancer-em-criancas>>. Acesso em: 30/10/20.

INCA. 2020. **Câncer Infantojuvenil**. Disponível em < <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>>. Acesso em: 30/10/20.

INCA. 2021. **Câncer Infantojuvenil**. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>>.

JUNIOR, Áderson Luiz Costa; COUTINHO, Silvia Maria Gonçalves; FERREIRA, Rejame Soares. Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. **Paidéia**, v.16 (33), pp.111-118, 2006.

KOHLSDORF, Marina. **Aula Psicologia pediátrica**. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Acesso em: 20/11/20.

KOHLSDORF, Marina. **Proposta de pré-consulta comportamental: análise da comunicação médico-cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica.** (231 páginas). Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2012.

KOHLSDORF, Marina.; JUNIOR, Áderson Luiz Costa. Comunicação triádica em pediatria: revisão de literatura. **Temas em Psicologia**, v.24, 2, pp.609-629, 2016.

KOHLSDORF, Marina; BORGES, Rayanne Pollyane Chagas. A prática do cuidado: a psicologia pelo olhar do psicólogo e de equipes de saúde. **Perspectivas em Psicologia**, v.21 (1), pp.189-208, 2017.

KOHLSDORF, Marina; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Comunicação médico-cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica: Perspectivas e desafios. **Psicol. Argum**, v.29, 66, pp.373-381, 2011.

MENDONÇA, Mariana Barreira. **Análise do processo de comunicação entre médico, paciente e acompanhante em onco-hematologia pediátrica.** (72 páginas). Tese de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

MOREIRA, Marco Antônio. **Teorias de aprendizagem.** São Paulo: EPU, 1999.

MUZZOLON, Mariana; CASAES, Janaína; MADER, Bruno Jardini. **A comunicação como fator de promoção em saúde: relato de experiência.** In: VII Congresso de Humanização e Bioética, I Congresso Internacional Ibero-Americana de Bioética. Curitiba: Copyright, pp.155-159, 2016.

NASCIMENTO, Bruna Ricordi; LEÃO-MACHADO, Franciele Cabral. A atuação do psicólogo na área da psico-oncologia pediátrica: uma revisão sistematizada. **Revista UNINGÁ**, v.32 (1), pp.1-11, 2017.

ONGARO, Jussara Dal; SEABRA, Carolina; MAMELUQUE, M.D.G.C; AGUIAR, M.A.D.F; SEBEN, R; TAVARES, G.R. O impacto do câncer na família. In: AGUIAR, Marília A. de Freitas et al. **Psico-oncologia: caminhos e cuidados.** São Paulo: Copyright, pp. 55-63, 2019.

PEREIRA, Débora Maria Bastos; BERTOLDI, Karine; ROESE, Adriana. Percepção dos profissionais de enfermagem na assistência a crianças portadoras de câncer. **Enfermagem UFSM**, v.5 (1), pp.112-120, 2015.

PEROSA, Gimol Benzaquen; GABARRA, Letícia Macedo. Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. **Interface -Comunicação, Saúde, Educ**, v.8 (14), pp.135-147, 2004.

PEROSA, Gimol; RANZANI, Priscila Moreci. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32 (4), pp.468-473, 2008.

PINTO, Lílian Meire de Oliveira. **Comunicação pediatra, paciente e acompanhante: uma análise comparativa entre níveis assistenciais**. (162 Páginas) Tese de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

RUMEN, Frida A; STEPHAN, Márcia de Carvalho; GOMES, Maria Jacinta Benites; AGUIAR, Marília A. de Freitas. Intervenções em psico-oncologia. AGUIAR, Marília A. de Freitas et al.. **Psico-oncologia: caminhos e cuidados**. São Paulo: Copyright, pp. 26-33, 2019.

SARAIVA, Thiscila Rocha. **A criação de um jogo de tabuleiro para a adaptação da hospitalização da criança com câncer**. Dissertação de Monografia (69 páginas). Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2016.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v.17, 1, pp.1-14, 2015.

SILVA, Maria Elizabete de Amorim; DE MOURA, Flávia Moura; ALBUQUERQUE, Tarciane Marinho; REICHERT, Altamira Pereira da Silva; COLLET, Neusa. Rede e apoio social na doença crônica infantil: compreendendo a percepção da criança. **Texto Contexto Enfermagem**, v.26, 1, pp.1-10, 2017.

SOARES, Larissa Sorayane Bezerra; POLEJACK, Larissa. Comunicação em saúde: percepção dos usuários em um serviço de oncologia. **Ciência em Saúde**, v.9 (1), pp.30-37, 2016.

SOEIRO, Ana Cristina Vidigal; TEIXEIRA, Richaele de Souza; CELIDÔNIO, Tanísia Guimarães; LUSTOSA, Marina Medeiros; FONSECA, Darlinton Cardoso. Bioética e Comunicação de más notícias em oncologia pediátrica: experiência em um hospital público. **Revistas Artigos.com**, v.16, pp.1-10, 2020.

SOUZA E SOUZA, Luís Paulo; PEREIRA SILVA, Raiane Katielle; GUIMARÃES AMARAL, Renata; MACIEL DE SOUZA, Ana Augusta; CAMPOTA MOTA, Écila; DE OLIVEIRA E SILVA, Carla Silvana. Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. **Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.13 (3), pp.686-692, 2012.

SOUZA, Luana Caroline; DE OLIVEIRA, Bruna Luzia Garcia. Fatores psicológicos envolvidos no câncer infantil. **Revista Uningá**, v.51 (2), pp.77-83, 2017.

10. APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UniCEUB – FACES – Curso de Psicologia
Professor responsável: Ilsimara Moraes da Silva
Pesquisadora: Luísa Arcoverde Bezerra Soares

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa acima. Você precisa decidir se quer participar ou não. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se você desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

Antes de decidir se deseja participar, você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é analisar a comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica na perspectiva do (a) psicólogo (a).
- A presente pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Psicologia e Processos de Saúde, do Centro Universitário de Brasília UniCEUB.
- Sua participação está sendo requisitada exatamente por você ser psicólogo (a) que atua na equipe multidisciplinar do contexto de oncologia pediátrica nos hospitais de Brasília, Distrito Federal.
- O estudo consiste em ter as informações coletadas a partir de entrevistas semiestruturadas.
- Caso o pesquisador sinta necessidade, é solicitada a permissão para a realização de entrevista com professor(es) de seu filho (a), a fim de obter maiores informações a respeito das relações estabelecidas pela criança na escola.
- As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas com o objetivo de possibilitar um maior detalhamento dos dados coletados.

Riscos e benefícios

- De acordo com a RESOLUÇÃO Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e resoluções complementares que designam as diretrizes éticas nacionais, este projeto será submetido a avaliação do Comitê de Ética do Centro Universitário de Brasília por envolver pesquisa com seres humanos. Os riscos relativos à análise dos dados e à entrevista semiestruturada são baixos, eles podem ser: algum tipo de estigmatização, exposição dos participantes e invasão da privacidade deles. Para reduzir esses riscos, este projeto de pesquisa promoverá o acesso dos resultados da pesquisa aos seus participantes, além disso haverá sempre a adesão de uma postura ética durante a realização das entrevistas e contato com os participantes, evitando coloca-los em situações constrangedoras através das perguntas e ficando sempre atenta aos sinais explícitos e não explícitos, verbais e não verbais que possam expressar desconforto por parte dos entrevistados. Os princípios, valores culturais, religiosos e morais e os costumes dos participantes também serão levados em consideração e respeitados. Além das medidas que serão tomadas com o objetivo de preservar os participantes, também será utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), produzido pela pesquisadora e que será entregue aos participantes da pesquisa no primeiro contato da

pesquisadora com eles no momento do início da realização da entrevista. Os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo das informações fornecidas pelos entrevistados e das informações pessoais deles, assim a identidade dos mesmos também não será revelada. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.

- Sua participação poderá ajudar na compreensão do processo de comunicação em saúde pediátrica no contexto oncológico.
- A sua participação é totalmente voluntária.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Confidencialidade

- Os dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e pelo professor orientador, de modo que não será permitido o acesso aos dados por outras pessoas.
- O material com as informações ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora Luísa Arcoverde Bezerra Soares com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Os dados e instrumentos utilizados ficarão arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Caso queira mais informações relativas a sua participação no estudo, entre em contato com a pesquisadora responsável pelo e-mail: luisa.arcoverde@sempreceub.com ou pelo número de telefone celular (61) 9 99068668.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas as conclusões obtidas como um todo, sem revelar seu nome, o nome da criança, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, ou caso queira informar ocorrências irregulares ou danosas durante a participação de seu filho (a) no estudo, entre em contato com o professor responsável pela disciplina, Professora Ilsimara Moraes da Silva, pelo e-mail: ilsimara.silva@ceub.edu.br.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail: cep.uniceub@uniceub.br.

Eu, _____, telefone _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, _____ de _____ de _____.

Participante

Pesquisador responsável: Luísa Arcoverde Bezerra Soares

Apêndice B – Roteiro De Entrevista Semiestruturada

Dados de identificação do participante:

Participante: (nome fictício)

Idade:

Sexo:

Formação:

Ano de graduação:

Tempo de atuação:

Tipo de serviço:

Residência:

Área:

Experiência antes e atual:

Questões Orientadoras

- 1) Na sua percepção, o que é e como se configura a comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica?
- 2) Qual a importância da comunicação com a criança, ao seu ver?
- 3) Na sua experiência profissional, como ocorre esse processo comunicacional?
- 4) Como você avalia o processo de entendimento da criança perante a sua doença?
- 5) Como você identifica a interação comunicacional na tríade equipe-família-criança?
- 6) Na sua atuação, qual a maior dificuldade encontrada no que diz respeito à comunicação entre a tríade equipe-família-criança?
- 7) Quais pontos positivos e negativos que você percebe na comunicação com a criança?
- 8) Como você entende o papel da psicologia quanto a essa temática?
- 9) Quais contribuições são possíveis e necessárias na atuação da psicologia frente a esse contexto?
- 10) Como os outros membros da equipe percebem o psicólogo?

11. ANEXOS

Anexo A – Parecer final do Comitê de Ética

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: PERSPECTIVA DOS PSICÓLOGOS DA SAÚDE

Pesquisador: Ilimara Moraes da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46211021.1.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.723.392

Apresentação do Projeto:

A pesquisa "COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: PERSPECTIVA DOS PSICÓLOGOS DA SAÚDE" pretende realizar um "estudo qualitativo que utilizará entrevista semi-estruturada com 04 participantes voluntários, psicólogos da saúde que atuam em oncologia pediátrica, selecionados a partir de contatos do pesquisador". Para tal, realizará "entrevistas online, via google meet, com TCLE via google forms, após aprovação do CEP - CEUB. A análise das informações será realizada com metodologia de análise de discurso proposta por Bardin(2010). O estudo em questão culminará em uma monografia que se configurará como trabalho de conclusão de curso em Psicologia".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Compreender a comunicação em saúde no contexto da oncologia pediátrica na perspectiva do psicólogo da saúde".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"O presente estudo apresenta risco médio, pois as entrevistas podem acessar conteúdos emocionais dos participantes e mobilizá-los. Ressalta-se que o participante poderá desistir a qualquer momento da entrevista, caso sinta necessidade, sem nenhum prejuízo".

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3986-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**

Continuação do Parecer: 4.723.392

Benefícios:

"Acredita-se que o estudo contribuirá para ampliar discussões sobre o tema investigado bem como favorecer aprimoramento de competências e habilidades, necessárias ao exercício da profissão, do pesquisador".

Atentar para atendimento a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, item V - Dos Riscos e Benefícios, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes...".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante tanto para área clínica como acadêmica; o projeto está em conformidade ética, descrevendo de forma clara e objetiva os itens das Informações Básicas do Projeto. Destaca-se o cuidado no levantamento de dados nas questões éticas e também ao momento atual, COVID-19, atendendo assim a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde-CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em relação aos Termos de Apresentação obrigatório a Folha de Rosto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE estão de acordo com as diretrizes éticas.

Constam ainda a seguinte informação: "caso o pesquisador sinta necessidade, é solicitada a permissão para a realização de entrevista com professor(es) de seu filho (a), afim de obter maiores informações a respeito das relações estabelecidas pela criança na escola". Em tal situação será necessário a elaboração de um TCLE para este(s)participante(s), a ser enviado ao CEP, na forma de notificação por meio da Plataforma Brasil.

O Cronograma e Identificação Orçamentárias foram devidamente apresentadas.

Recomendações:

O CEP-UniCEUB ressalta a necessidade de desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto aos incisos XI.1 e XI.2 da Resolução nº 466/12 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3988-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 4.723.392

- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Observação: Ao final da pesquisa enviar Relatório de Finalização da Pesquisa ao CEP. O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação de evento. O modelo do relatório encontra-se disponível na página do UniCEUB

http://www.uniceub.br/instituicao/pesquisa/ins030_pesquisacomitebio.aspx, em Relatório de Finalização e Acompanhamento de Pesquisa.

Atenção para a recomendação a cerca dos comentários apresentados do TCLE no item Considerações sobre os Termos de Apresentação Obrigatória.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa em questão está aprovada e poderá ser iniciada, pois atendeu as normativas da Resolução CNS Nº 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo previamente avaliado, com parecer n. 4.722.482/21, tendo sido homologado na 7ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano, em 07 de maio de 2021.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1744245.pdf	28/04/2021 12:29:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.docx	28/04/2021 12:28:35	Ilsimara Moraes da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/04/2021 12:28:16	Ilsimara Moraes da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_De_Rosto.pdf	28/04/2021 12:28:01	Ilsimara Moraes da Silva	Aceito

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário CEP: 70.790-075

UF: DF Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br