



COMUNICAÇÃO COM CRIANÇAS DA SEGUNDA INFÂNCIA SOBRE O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MATIOLI, Aryane Leinne Oliveira¹
aryanematioli@fag.edu.br
SOUZA, Vinícius Voigt Machado de²

RESUMO

Atualmente o câncer é um dos principais causadores de óbitos em crianças com menos de 15 anos de idade. Entre 2009 e 2013, foi responsável por 12% dos óbitos na faixa etária entre 1 até 14 anos, e 8% de 1 ano a 19 anos. Estudos recentes sobre o tema chamam a atenção para o fato de que se essas crianças forem diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados que ofereçam um tratamento interdisciplinar há uma estimativa de que em torno de 80% delas possam ser curadas. A descoberta do câncer pode trazer o medo da dor, do sofrimento, perda de autoestima e insegurança em relação à morte. Neste contexto, se faz necessário uma postura adequada no momento do médico entregar uma má notícia, tendo em vista o poder da informação no contexto hospitalar. Cabe ressaltar que o conteúdo da mensagem se transmite através da fala, mas a postura, expressão facial, aproximação interpessoal, tom, ritmo e volume de voz podem contribuir em mais de 90% do total da mensagem no contexto hospitalar. Tendo em vista que a comunicação do diagnóstico pode afetar os rumos do tratamento, o presente estudo se baseia em uma revisão bibliográfica de 2 fases: a) caracterização da faixa etária da segunda infância; e b) discussão sobre os desafios da comunicação com crianças em relação aos possíveis protocolos e métodos utilizados no ambiente hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; Más notícias; Segunda infância; Psicologia hospitalar.

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer - INCA (2022) o câncer pode ser definido pela manifestação física de células que sofreram mutação genética. Pode ocorrer em qualquer parte do organismo, e o acúmulo destas células que sofreram mutação pode dar origem a tumores. De acordo com o INCA (2007) o câncer vem a ser uma das principais causadoras de óbitos infantis em

¹ Psicóloga, Orientadora, Mestre em Psicologia, Especialista em Desenvolvimento na Infância e Adolescência, Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG. aryanematioli@fag.edu.br

² Graduando em Psicologia pelo Centro Universitário Assis Gurgacz. psiviniciusvoigt@hotmail.com



crianças com menos de 15 anos de idade. Além disso, é importante destacar que o câncer infantil é diferente do adulto, onde o câncer afeta as células que recobrem os órgãos do corpo. No câncer infantil as consequências afetam o sistema sanguíneo e os tecidos.

A especificidade do câncer infanto-juvenil, suas características, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação é um debate recorrente dentro da saúde terciária. De acordo com o Departamento de Atenção Especializada e Temáticas (2017) existe uma necessidade evidente de estudos mais aprofundados acerca do tratamento interdisciplinar³ do câncer infantil, tendo em vista que o câncer é a doença que mais mata crianças e adolescentes no Brasil, seguido de acidentes violentos. Entre 2009 e 2013, o câncer foi responsável por 12% dos óbitos na faixa etária entre 1 até 14 anos, e 8% de 1 ano a 19 anos. Neste sentido, houve 2.724 mortes por câncer infantojuvenil no Brasil em 2014. Já no ano de 2020, ocorreram 2.289 mortes por cancer infanto-juvenil, sendo 1.295 óbitos do sexo masculino, para 994 óbitos no sexo feminino (INCA, 2022).

Os novos dados do INCA (2022) alertam para uma estimativa entre 2023 a 2025 de 4.230 casos de cancer infanto-juvenil para o sexo masculino e 3.700 casos para o sexo feminino, apontando um crescimento exponencial do índice de cancer infantil no Brasil. No entanto, a cartilha do INCA (2022) também chama atenção para o fato de que se essas crianças forem diagnosticadas precocemente e tratadas em centros especializados que ofereçam um tratamento interdisciplinar, há uma estimativa de que em torno de 80% delas possam ser curadas.

Neste momento se insere a prática dos cuidados paliativos destacando a perspectiva da dor total. Os cuidados paliativos se baseiam no princípio de aliviar o conforto das angústias que permeiam uma doença que ameaça o paciente de forma integral, ou seja, a dor deve ser vista no contexto de sua totalidade, e não de forma isolada: dimensão física, psicológica, espiritual, e social. Toda dor possui sua própria especificidade (MATSUMOTO, 2012).

No que se refere ao trabalho da psicologia hospitalar, fala-se sobre o processo de despersonalização do paciente que tem sua subjetividade afundada em procedimentos médicos, sobre como isso pode influenciar no tratamento, e sobre a forma que o psicólogo irá facilitar o conhecimento da situação existencial e subjetiva do paciente e da família frente à doença, cuidando

³ Uma equipe multidisciplinar tem por objetivo atender o paciente de maneira independente, ou seja, a psicologia fica em sua área, a medicina na sua, a enfermagem também, etc. Neste sentido, não há um processo grupal de atendimento. O paciente será atendido de maneira multidisciplinar. Em uma equipe interdisciplinar existe um processo grupal de trabalho. Há a colaboração, estudo de caso e comunicação mútua entre várias disciplinas, com seus saberes diferenciados, mas que compartilham informações a partir desses saberes para chegar em um objetivo comum (RODRIGUES, 2011).



ao mesmo tempo da relação da equipe com o núcleo que integra o paciente (sua família) (SIMONETTI, 2017).

O psicólogo Brasileiro Angerami (2004) quando fala sobre despersonalização no hospital está se referindo a um processo pelo qual o paciente é reduzido a sua doença, identificado por um número, onde tudo aquilo que ele é pertence a um prontuário médico. Seus hábitos são controlados, permeados por terminologias técnicas e sintomas relacionados à doença que porta, além de constantemente ser exposto a procedimentos invasivos. Sua subjetividade, aquilo que sente, pensa ou deseja, acaba sendo esquecida ou até violada, e a doença, por outro lado, é superestimada. Existe um status dado pelo hospital no momento em que recebe um diagnóstico, de um paciente enquanto corpo estranho, objeto de intervenção, passivo ao poder médico, e portanto, daquele que espera sem saber. A morte como um fenômeno a ser escrachado torna o paciente um símbolo de tudo aquilo que a sociedade busca reprimir. E por isso, a morte não pode ser valorizada. Ela precisa ser extinta a todo custo.

Para Malta (2020) no processo de travessia entre o diagnóstico (definido pelo luto pelo corpo saudável) e o tratamento, o paciente sofre fisicamente e psicologicamente, pois além do tratamento ser por muitas vezes agressivo por se tratar de uma Doença Crônica Não-transmissível (DCNT), é também permeado por sofrimentos que estão relacionados diretamente ao sintoma da doença.

Quando o diagnóstico recai sobre uma criança, sobretudo a família se torna o epicentro das intervenções, visto que as consequências da doença também afetam os familiares, que possuem papel fundamental na recuperação do paciente. A descoberta do câncer pode trazer o medo da dor, do sofrimento, perda de autoestima e insegurança em relação à morte. A psicologia neste âmbito realiza intervenções com as crianças e familiares de modo que estimulem a constituição de recursos internos que servem de enfrentamento ao diagnóstico e facilitação do tratamento (SILVA, 2021).

Neste contexto, se faz necessário uma postura adequada no momento de entregar uma má notícia, tendo em vista o poder da informação no contexto hospitalar. Uma informação transmitida do jeito correto pode reduzir o sofrimento mental do paciente e promover conhecimento acerca de sua doença, podendo deste modo, ampliar sua adesão ao tratamento. Tal comunicação adequada pode possuir componentes verbais e não verbais, onde o conteúdo da mensagem se transmite através da fala, mas a postura, expressão facial, aproximação interpessoal, tom, ritmo e volume de



voz podem contribuir em mais de 90% do total da mensagem no contexto hospitalar (RAMOS, 2012).

Tendo em vista que a comunicação do diagnóstico pode afetar os rumos do tratamento, a presente pesquisa busca contribuir com os estudos psicológicos sobre o estabelecimento de uma comunicação efetiva com crianças diagnosticadas com uma doença que ameaça a vida, a fim de aliviar o sofrimento em torno da hospitalização, e de alguma forma, servir de base para os questionamentos sobre comunicação no âmbito da saúde terciária. Para tanto, a investigação possui 2 fases: a) caracterização da faixa etária da segunda infância; e b) discussão sobre os desafios da comunicação com crianças em relação aos possíveis protocolos e métodos utilizados no ambiente hospitalar.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 APONTAMENTOS SOBRE A SEGUNDA INFÂNCIA

A faixa etária característica da segunda infância ou intermediária, é compreendida de acordo com Papalia e Feldman (2009) como a idade entre 3 até 6 anos. Neste período, as crianças crescem mais lentamente do que na primeira infância, porque o progresso de desenvolvimento está mais voltado para os aspectos neurológicos. Para Moreira (2011) a segunda infância trata-se da fase de uma fase de desenvolvimento onde a criança começa a sofrer diversas alterações cognitivas e psicossociais onde o crescimento é uniforme durante o ano todo, e este acréscimo anual de peso é cessado até o início de uma nova fase de crescimento acelerado, que seria o início da adolescência.

Deste modo, Gonçalves (2016) afirma que é nesta fase que se inicia o processo de produção artística que estimula o desenvolvimento cerebral e na aquisição da coordenação motora fina. É possível verificar nessa fase a transição da criança na fase de rabiscar; traçar formas; a fase do desenho; e a pictográfica. Há uma preferência no uso de uma das mãos, que pode manifestar a predominância de um hemisfério cerebral.

A respeito da enurese - urinação involuntária e repetida, Papalia e Feldman (2009) afirmam que isso não é incomum. Dez a 15% das crianças de 5 anos, em especial os meninos, urinam na cama enquanto dormem. A maioria supera essa condição por volta dos 8 anos sem ajuda especial. Perto dos 6 anos, seu cérebro já cresceu em 95% do seu tamanho. No entanto, o processo pode variar de acordo com cada criança, com diferenças entre 50% em crianças da mesma idade. O crescimento do cérebro pode continuar até os 15 anos de idade, apresentando melhoras nos sentidos, memória, atenção, concentração, fala e audição.



Segundo Piovesan et al (2018) entre os 4 e 12 anos de idade as crianças começam a desenvolver gradualmente uma compreensão sobre suas emoções. A sua autonomia perante o ambiente nas outras fases do desenvolvimento parece influenciar o período em que a habilidade de regular emoções se desenvolve na criança. Por exemplo, na medida em que consegue ter maior controle de seus músculos e consegue conduzir suas necessidades pessoais como tomar banho, se vestir, adquire assim maior independência, autonomia e autorregulação.

De acordo com Papalia e Feldman (2009) Jean Piaget chamava essa fase de estágio pré-operatório do desenvolvimento cognitivo, porque as crianças nesta idade ainda não estariam preparadas para realizar operações mentais lógicas. Crianças de 3 anos ainda não entendem a irreversibilidade das coisas, ou seja, acreditam que tudo pode ser revertido, como a morte de um inseto ou bicho de estimação, por exemplo. No entanto, crianças de 3 anos começam a se tornar capazes de imaginar como os outros podem se sentir, como dor, ou tristeza. Além disso, é comum que uma criança nesta idade dê vida a objetos inanimados. Outra característica apontada por Piaget é que as crianças raciocinam por indução, e não por uma lógica de causa e efeito. As crianças vinculam imaginariamente dois eventos, sem uma relação causal lógica. Por exemplo, uma criança pode achar que foram seus pensamentos "ruins" que fizeram sua irmã ficar doente, ou seu bicho de estimação morrer.

Neste sentido, Silva (2017) cita o autor Henri Wallon. Sua teoria se baseia no fato que o afeto passa por estágios de desenvolvimento, como por exemplo a emoção e o sentimento, sendo este último um resultado de fatores orgânicos e sociais. Por exemplo, na emoção a afetividade se manifesta pelo movimento, nos gestos, demonstrações de raiva, alegria e carinho, que são direcionadas a alguém, em uma interação. Dependendo do fator dessa interação, o corpo pode ser tomado por diversos impulsos, que geram reflexos como abraçar, correr, chutar, etc. A criança, que está descobrindo o mundo, ainda não reconhece como demonstrar sentimentos direcionados ao outro no exterior através da linguagem. Neste sentido, o movimento é representado pela intenção afetiva da criança, e na segunda infância ela tem o objetivo de representar um afeto direcionado ao outro ou alguma coisa. A motricidade é representada pela intenção do gesto que tem na segunda infância o objetivo de afetar o outro ou alguma coisa. Nesta fase o movimento tem importância para a comunicação com a criança.

O senso de identidade também possui um aspecto social, já que a criança constrói a sua autoimagem a partir de como os outros a vêem. Por exemplo, crianças na segunda infância podem



fazer, e querem fazer, muito mais coisas cada vez mais. Ao mesmo tempo elas estão aprendendo que nem tudo aquilo que elas querem pode ser aprovado socialmente (PAPALIA E FELDMAN, 2009)

Neste ponto, Papalia e Feldman (2009) comentam a teoria do psicanalista Erik Erikson, a respeito das fases psicossociais de desenvolvimento. Na segunda infância, segundo o autor, a criança começa a desenvolver a necessidade de lidar com os conflitos de sentimentos sobre aquilo que pode fazer, e aquilo que não é aprovado. Inicia um processo de conscientização e conciliação entre uma parte da criança que está agitada para aprender coisas novas, e a parte que está crescendo, e que examina constantemente o motivo e porque de suas ações. Erikson chamou essa fase de iniciativa versus culpa.

Atualmente a infância e a adolescência são vistas a partir de um modelo biopsicossocial, ou seja, abrange as necessidades físicas, psicológicas, sociais e culturais da criança. A partir dessa perspectiva, uma criança é considerada enquanto um ser singular, com necessidades e maneiras de construir sua identidade a partir da sua realidade, tendo como recurso tudo aquilo que aprende (ECA, 1990)

De acordo com Costa e Niehues (2012) essa característica tem raiz nas transformações que ocorreram no século XX a respeito do conceito de infância. Para o autor, o século XX é o século da criança. É neste período que temos a construção de instituições para cuidado com a infância, iniciando um movimento de valorização da criança como indivíduo.

A psicologia e a pedagogia contribuíram pouco a pouco na construção de uma perspectiva centrada na criança, onde ela passa a possuir papel fundamental na própria educação. A teoria de David Ausubel (1918 - 2008) a partir de Moreira (1995) torna-se relevante a ser destacada neste estudo. Chamando de aprendizagem significativa superordenada, Ausubel (1968) constatou que tudo aquilo que é ensinado de modo a ser relacionado com uma experiência para a criança possui maior capacidade de recuperação mnemônica, porque assim a criança assimila seus conhecimentos prévios no processo de aquisição de novos conteúdos. Ou seja, a aprendizagem significativa mostra que ao passo que a criança produz significado no conhecimento a aprendizagem pode ser facilitada a partir daquilo que ela já possui de repertório.

Neste sentido, o século da criança nos convida a refletir sobre a sua liberdade em significar suas experiências em contato direto com a educação, acesso à cultura, informação e figuras de referência. De acordo com o Estatuto da criança e do adolescente (1990) é dever da família, da



comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar a efetivação dos direitos da criança referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Sendo assim, por Lei, a criança é vista dentro da sua singularidade.

Segundo o dicionário Aurélio (2004) infância se refere ao período da vida humana desde o nascimento até cerca de 12 anos ou, como coloca o dicionário Houaiss, (2015) à vida do ser humano que concentra o período do seu nascimento até o início da adolescência; meninice, ou puerícia.

Para Gherovici (1999) a etimologia do termo infância parece sugerir o contrário da perspectiva centrada na criança. Em latim, in-fans, quer dizer sem linguagem. Isso indica que na tradição moderna, não possuir uma linguagem era o mesmo que não possuir pensamento, conhecimento ou inteligência. Isso significa que a criança era um ser passivo, docilizado e adestrado. Esse apontamento é corroborado por Heywood e Sarmiento (2007) apud Moraes (2011) em sua pesquisa histórica, afirmando que mulheres, escravos e crianças entre o século 18 e 19 não representavam uma categoria relevante a ponto de ser registrada. Por isso, o sofrimento da criança não era visto como importante a ponto de mobilizar as pessoas para notificá-lo. Como coloca MORAIS, (2011) referenciando Heywood, (2006): No século XVIII os pais eram orientados a ensinar aos seus filhos regras como: cumprimentá-los, lavar o rosto, chorar baixo, comer comidas que não gostavam (os pais deveriam negar-lhes os pratos preferidos), aceitar açoites para dominar teimosias, fazer jejum de três dias, se manter em estado de grande sujeição e temor, entre outros (MORAIS, 2011 p. 27).

Sobre atribuir papéis de adultos para uma criança, o autor Áries (1981), comenta que a obra de arte e a literatura clássica influenciam demasiadamente a ideia de "uma criança adulta". Historiadores como por exemplo, Mgr. Calvé, observaram que na epopeia, por exemplo, havia uma interessante caricatura de crianças guerreiras que possuíam a coragem e o porte físico de guerreiros adultos. Além disso, as vivências antes do século XVIII eram bastante coletivas entre as famílias, que participavam entre si da educação do filho, participando de tarefas que seriam realizadas pelos adultos. Já no século XIX se iniciaram transformações no núcleo familiar, onde o sentimento de fraternidade e familiaridade foram se desenvolvendo. Para Áries, a revolução industrial trouxe consigo o forte desejo de privacidade, posse e propriedade. Neste sentido, as crianças também se tornaram responsabilidade dos pais, e a criança também, responsável por levar adiante as riquezas e também mazelas da família. Com isso, a ciência começa a se ocupar do estudo a respeito do



desenvolvimento infantil, destacando a importância da família no processo de aquisição da identidade (ÁRIES, 1981).

3. METODOLOGIA

O presente estudo foi estruturado por meio da metodologia de revisão bibliográfica. De acordo com Barros (2009) tal método busca estabelecer um contraponto entre ideias apresentadas pelos autores, estabelecendo uma relação comum entre uma temática chave e a teoria revisada, que possui o objetivo do pesquisador dialogar com os autores propondo destrinchar um tema e contribuir para a construção de um conhecimento específico.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Segundo Leiria et al (2020) a comunicação tem um papel elementar no desenvolvimento intelectual dos seres humanos. Ao passo que desenvolveram a consciência, também desenvolveram a necessidade de se comunicar e buscar cada vez mais técnicas e recursos de elevação das relações sociais, individuais e comunitárias. A comunicação é um fato concreto do cotidiano, um fato que determina as múltiplas atitudes humanas pelas quais se cria relação, atividade e movimento na sociedade. Mas além disso, a comunicação significa uma dimensão institucionalizada na manutenção da sociedade, e por isso faz parte dos mecanismos de defesa e sobrevivência. A comunicação, como essa dimensão sensível, concreta e material da realidade suscita diversos tipos de conhecimento. Existe na comunicação um conhecimento prático, ou operacional. A comunicação é um fazer e enquanto fazer, necessita dos seres humanos que possam agir através dela, portanto, irá necessitar do desenvolvimento de certas atitudes humanas, como por exemplo, criatividade, capacidade de reflexão e organização, senso crítico, etc. Por outro lado, há um conhecimento na comunicação que busca compreender o alcance e os efeitos do significado, ou seja, que procura estudar o domínio dos sentidos, a representação dos mundos imaginários e enquanto um fenômeno, é vista como objeto de estudo para a prática social (FRANCA e SIMÕES, 2017).

Tendo a escuta como elemento primordial da comunicação, deve-se referir a escuta como algo além de ouvir. Recorrendo à etimologia das palavras utilizadas de acordo com o dicionário Houaiss, (2015) ouvir vem do latim *audire*, que é “ouvir através de uma fonte”. A partir da mesma fonte (HOUAISS, 2015) escutar vem do latim *auscultare*, que significa “ouvir com atenção”. Segundo Ferraz et al (2011) essa mesma etimologia, do latim, *auscultare*, significa escutar



atentamente. Este termo é conhecido na medicina hipocrática pela análise de órgãos intratorácicos utilizando a ausculta direta, que consistia em debruçar o ouvido no peito do paciente a fim de medir sua pressão cardíaca. Em 1818 um cientista médico, baseado nas técnicas de ausculta direta, se propôs a definir uma ferramenta de compreensão dos órgãos internos a partir da escuta atenta dos sons que emitia. Essa ferramenta ficou conhecida como estetoscópio.

Neste sentido, Reboucas e Dutra (2010) em sua pesquisa a respeito da problemática do plantão psicológico, faz um questionamento a respeito do que seria estar realmente escutando. O plantão psicológico é definido como uma escuta ativa-terapêutica que tem por objetivo o atendimento psicológico breve e urgente. Neste sentido, a autora questiona até onde seria viável para aquele que escuta estabelecer o que seria importante no diálogo terapêutico. Cair nos melindros do juízo de valor a respeito do que é ou não sofrimento ou sobre o que é ou não urgente nos afasta da singularidade da escuta, de compreender aquilo que se passa dentro do indivíduo, seus conflitos. Independente da demanda por aquele que vai ser escutado, existe uma necessidade intrínseca que deve ser respeitada: a necessidade de ser ouvido; a necessidade de que alguém esteja presente ali com o paciente, vivendo aquela experiência sem julgamentos apriorísticos.

Para Suzana e Gianella (2023) neste processo de comunicação, é possível assumir uma atitude passiva, de acolhimento, apenas ouvir o que o outro diz, ou, seguir um padrão de escuta ativa. A psicologia se refere a uma escuta ativa (terapêutica, integral, ou reflexiva) como princípio basal da comunicação, porque escutar ativamente implica prestar atenção não apenas nos elementos verbais, mas em tudo aquilo que engloba um diálogo, como por exemplo gestos, emoções, atitudes e nível de responsividade durante todo o processo de comunicação, transmitindo para aquele que fala uma sensação de que o ouvinte está atento e buscando compreender, ou como colocam as autoras Carvalho e Mesquita (2014):

Na literatura, algumas expressões são utilizadas para nomear a escuta enquanto processo terapêutico: escuta ativa, escuta integral ou atenta, ouvir reflexivamente, escuta compreensiva, escutar ativamente e escuta terapêutica. A Escuta Terapêutica pode ser definida como um método de responder aos outros de forma a incentivar uma melhor comunicação e compreensão mais clara das preocupações pessoais. É um evento ativo e dinâmico, que exige esforço por parte do ouvinte a identificar os aspectos verbais e não verbais da comunicação (CARVALHO e MESQUITA, 2014 p. 2)

Para Suzana e Gianella (2023) as atitudes daquele que escuta ativamente são entendidas como atitudes empáticas. Empatia na comunicação significa estar focado em cada elemento incluído na relação do diálogo, como por exemplo, si mesmo, o outro, o contexto, o particular, e o todo. Todos



esses elementos devem passar por um processo reflexivo, não apenas buscando uma opinião, mas além disso, descobrir neste processo reflexivo, o que está por trás desse diálogo. A escuta ativa neste sentido torna-se uma chance para aquele que fala de enxergar novas possibilidades e nuances no seu próprio discurso. De acordo com Leiria et al (2020) empatia se trata da capacidade de uma pessoa sentir o que a outra pessoa sente (passar na nossa mente) sic, pelo que o outro está passando, ou seja, se colocando no lugar do outro. Seria uma capacidade de compreensão dos sentimentos do outro.

Outras vertentes da Psicologia irão tratar a temática da sensibilidade empática na escuta de outra forma. A atitude de se centrar no locutor, de assumir o seu referencial interno. É similar ao que se conhece por empatia. Embora seja um termo muito utilizado para se referir a capacidade de se colocar no lugar do outro, Carl Rogers, precursor da terapia centrada no cliente, vai pontuar que isso é impossível, e que a única dimensão empática que pode existir é a dimensão do 'como se', chamando isso de compreensão empática. Ou seja, para que uma escuta seja realmente ativa, é preciso sentir o mundo privado do outro, indo de encontro a sua vivência mais singular. Ou seja, ir de encontro é estar em uma posição de curiosidade, de busca por compreensão, e não de "realmente sinto o que você sente" (ROGERS, 1975).

Outra contribuição de Rogers (1975) pode ser encontrada em Tambara e Freire (2007) quando se refere aos meios de comunicação terapêutica. Dois deles podem ser importantes no contexto de comunicação. O primeiro deles é a reiteração, forma de comunicação pela qual o interlocutor não acrescenta nenhum elemento verbal novo ao que fora dito pelo locutor. Em suma, consiste em reproduzir as palavras significativas da comunicação, em uma postura de "é isso que eu entendi". Tambara e Freire (2007) trazem um exemplo: A segunda maneira de comunicação é o reflexo de sentimentos. O reflexo de sentimentos consiste no interlocutor comunicar ao locutor os sentimentos percebidos por ele na comunicação. Mesmo que o interlocutor não faça menção direta a esses sentimentos, eles se mostram presentes e podem ser captados pelo interlocutor. Tambara e Freire (2007) trazem um exemplo: "C: Eu não fiz nada de errado, agora depende da interpretação dele. Pode interpretar que eu estou falando nas costas... e não foi nada disso, nada disso. E isso me deixa chateado. T: Parece que você fica chateado por não estar conseguindo ser aberto e direto com seu sócio" (TAMBARA e FREIRE, 2007 p. 132).

Segundo Vogel (2019) má notícia representa toda a informação que envolva uma mudança abrupta e negativa na vida de um paciente, que envolvam novas perspectivas do futuro. Já de acordo



com o dicionário Houaiss (2015) má notícia se refere a qualquer tipo de informação desagradável que pode suscitar tristeza ou sofrimento.

A função da comunicação, como coloca Vogel (2019) seria de transmitir mensagens, obter informações, deduzir conclusões, reconstruir o passado, antecipar fatos, modificar processos fisiológicos dentro do corpo, e influenciar pessoas e acontecimentos externos. Riera e Cruz (2016) comenta em seu estudo sobre protocolos médicos de comunicação, que a comunicação entre médico e paciente influencia derradeiramente a adesão ao tratamento, e portanto, a comunicação de más notícias deve ser considerada um processo e não uma técnica. Deve abarcar não apenas o que o paciente precisa saber, mas acima de tudo assegurar a compreensão do paciente sobre a sua situação médica, se preocupando com a sua reação afetiva e de que forma retém a informação.

Existem falhas no fornecimento da informação que podem produzir alguns problemas na adesão do paciente e seu núcleo familiar ao tratamento, e por isso, a maneira adequada de transmitir a informação torna-se um elemento crucial para a qualidade do tratamento e o quanto o paciente está seguro com os procedimentos médicos (VOGEL, 2019)

Segundo Riera e Cruz (2016) atualmente existem modelos de comunicação tomando espaço na área médica, onde os médicos possuem a disposição diversos protocolos de transmissão de más notícias, que seguem mais ou menos um padrão: inicialmente deve-se começar com uma preparação inicial por parte do médico, ter em consideração aquilo que sabe da doença, seu prognóstico e tratamento; encontrar um espaço controlado com um ambiente calmo para que a conversa não seja interrompida; identificar as redes de apoio do paciente, aquelas pessoas que quer que esteja presente; compreender o que a família sabe antes de chamá-los; falar de forma franca mas com compaixão; lidar com os silêncios e as lágrimas de maneira humana; ter um plano de metas caso haja alguma intercorrência, e por fim, se manter disponível para outras dúvidas.

Para Teixeira (1996) os problemas de comunicação presentes nos serviços de saúde podem seguir alguns aspectos, sendo três deles importantes de serem destacados neste estudo. O primeiro deles trata-se da transmissão das informações. Frequentemente há uma insuficiência de informações, ou mesmo a informação prestada é excessivamente técnica, em especial quando são transmitidas resultados de análises clínicas, diagnósticas e causas da doença, tornando-se pouco compreensível para o receptor. O segundo deles trata-se das atitudes em relação a comunicação. Em certa frequência nota-se que os técnicos não encorajam os pacientes a fazerem perguntas ou terem dúvidas a respeito dos processos de hospitalização, o que dificulta a obtenção de informações



pertinentes para o tratamento. O terceiro deles, trata-se da comunicação afetiva, ou seja, os técnicos muitas vezes apresentam um certo distanciamento afetivo do paciente, muitas vezes utilizadas para não lidar com a ansiedade induzida pela situação adversa que o paciente se encontra, o que segundo o autor, pode ser resultante da centração excessiva da equipe médica nas dimensões biológicas do paciente.

De acordo com Souza e Carpigiani (2023) a comunicação depende de três fatores: transmissão, recepção e canais verbais ou não verbais. Neste sentido a comunicação dependerá do vínculo, que consiste em um estado de ligação entre médico e paciente. O estado vincular pode ser dividido entre alguns momentos: o reconhecimento de si, ou seja, a necessidade do indivíduo possa conhecer seus conteúdos mentais e então ressignificar suas experiências; reconhecimento do outro; ser reconhecido pelos outros. Neste sentido, a comunicação passará pelo vínculo e pela escuta, indicando o envolvimento emocional necessário para a comunicação ser efetiva.

A respeito da criança, Gabarra e Crepaldi (2011) identificou em seu estudo que a comunicação médica no atendimento pediátrico está restrita ao médico e aos pais, onde a criança acaba sendo excluída. As informações sobre a saúde da criança são fornecidas pelos pais, evidenciando um afastamento do paciente com o médico. Para o autor, isso parece se dar pelo fato de que muitos profissionais não possuem conhecimento de que maneira se comunicar com a criança, e por um certo receio de perturbá-la emocionalmente, esconde a informação da criança. Infelizmente essa prática acaba por surtir efeitos contrários, já que a falta de informações pode se tornar fonte de angústias e fantasias infantis, já que a criança tem consciência do que acontece com o seu corpo.

Deste modo, Konishi (2020) corrobora esse fato através de outras pesquisas, essa abordagem médica é equivocada, porque é impossível proteger a criança de algo que seu corpo sente, porque ela percebe alguns sinais em seu corpo, a mudança de rotina e maneira de tratamento. Em suma, não há como esconder uma informação desse tipo de uma criança.

A família também possui preocupações que precisam ser manejadas pela equipe, em especial no que se refere à comunicação família e criança. Muitos pais com filhos diagnosticados com câncer possuem relutância em falar com a criança, porque acreditam estar poupando o filho do sofrimento e estigma da doença, bem como auxiliando no tratamento. Neste sentido, os profissionais da saúde podem auxiliar na facilitação da parentalidade propiciando um espaço de elaboração dos sentimentos comuns ao processo de hospitalização da criança, como o medo de não



conseguir manter a vida e o crescimento de seu filho, de não conseguir envolve-se emocionalmente com seu filho de modo mais pessoal, de que ele não se desenvolva emocionalmente, de que ele não se recupere, a preocupação em como criá-lo depois da hospitalização, e de que consequentemente, ele venha a falecer (BRASIL, 2012).

Algumas pesquisas evidenciadas por Gabarra e Crepaldi (2011) apontam que as crianças podem demonstrar grande autonomia no seu processo de aprendizagem frente ao adoecimento, interiorizando conhecimentos médicos, informando à equipe e ao médico informações importantes, ou quando solicitadas, responder perguntas que podem auxiliar no tratamento. Além disso, o autor comenta que alguns médicos até consideram desnecessário que a criança saiba do seu diagnóstico, e que eles saibam da opinião das crianças, alegando ser prejudicial ao tratamento porque as crianças podem não querer colaborar. Para Konishi (2020) o maior desafio trata-se de não abordar a morte de forma clara e sucinta com as crianças, o que dificulta a maneira que ela irá lidar com a perda, seja do corpo saudável, ou por parte da família, ou a própria perda da vida da criança. Perguntas a respeito da morte podem inicialmente suscitar tristeza, mas é a possibilidade da morte que resulta nessa resposta emocional, e não o tema morte em si, como coloca a autora: "Convidar as crianças a compartilharem seus sentimentos permite que elas possam expressar suas angústias e tristezas, possibilitando a construção de um espaço aberto onde a criança possa sentir a segurança de que receberá acolhimento e empatia" (KONISHI, 2020 p. 2).

Gabarra e Crepaldi (2011) comentam que omitir informações é um fator de complicação para o tratamento de doenças que ameaçam a vida de crianças pequenas, porque quanto menor a criança, mais a autonomia dela é reduzida, sendo excluída das decisões e informações a respeito de sua própria doença. No entanto, em sua pesquisa qualitativa, as crianças que foram excluídas buscaram de alguma forma saber o que havia acontecido, se tornando mais atentas com as informações que corriam em casa e no hospital, nas conversas com os pais e pessoas em si, e essa seria a forma das crianças descobrirem sobre a doença. Em um exemplo de seu estudo, o autor entrevista uma criança que afirmava saber que tinha leucemia, então perguntou a ela onde ela tinha ouvido aquele termo, se alguém havia dito a ela, ou como ela sabia daquilo. A criança então responde que ela ouviu escondida em uma conversa com os pais.

De acordo com Konishi (2020) uma estratégia bastante efetiva com as crianças é a de reiterar e recapitular. A ideia de recapitular uma informação é para evitar equívocos, compreender se a criança realmente entendeu, verificar se os envolvidos na comunicação também entenderam, e



neste momento é possível também esclarecer termos, repetir a mensagem, perguntar se está claro o que foi comunicado, pedir que repitam o que eles entenderam e assim clarificar a comunicação.

Como colocado por Riera e Cruz (2016) hoje em dia os médicos possuem a sua disposição alguns protocolos de comunicação com o paciente, a fim de minimizar os sofrimentos em torno do diagnóstico e facilitar o andamento do tratamento. O protocolo SPIKES consiste em seis etapas e a intenção é habilitar o médico a estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente. O S é o primeiro passo, conhecido como *Setting up*, ou no português, "se preparando". Nesta fase inicial é importante que o médico repasse o que será falado. É recomendado que se procure um local calmo e controlado, sendo recomendado também indicar que uma pessoa de significado esteja junto com o paciente naquele momento. *Perception* é conhecido como fase da percepção. Ou seja, é preciso que o médico busque compreender o que o paciente sabe, e neste momento se faz bastante perguntas abertas. O I, conhecido como *invitation*, ou convite, é uma fase onde o médico identifica até onde o paciente realmente quer saber do que está acontecendo, se há informações importantes que ele possui, se prefere deixar as decisões para a família. Neste ponto se coloca a autonomia do paciente, porque é indicado que o médico se coloque à disposição para conversar em outro momento em que o paciente já assimilou as informações. O K, conhecido como *Knowledge*, que significa transmitir as informações, se inicia no processo lento de começar a falar sobre a notícia. Aqui se recomenda utilizar palavras adequadas ao vocabulário do paciente, e iniciar com frases curtas, mas sempre tomando cuidado para não ser insensível. Por seguinte temos a fase E - *Emotions*, que significa expressar emoções. Neste ponto o médico aguarda a resposta emocional que virá depois da fase anterior, com paciência, pois o paciente pode ficar em silêncio, chorar, demonstrar emoções. O médico precisa estar ali para amparar. E por fim, a fase S - *Strategy and Summary*, que significa resumir e organizar. Neste ponto é importante se colocar como um apoio para o paciente, explicitando que não será abandonado, que existe um plano ou tratamento, curativo ou não.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antigamente a infância era vista pela noção do termo Infante; língua latina que significa o ser que não fala. Por outro lado, o desenvolvimento do sentimento de família acaba por impor à criança uma série de desafios, onde se coloca um padrão de regras de conduta institucionalizadas para diferentes etapas da vida. A segunda infância, como se pode concluir, ainda está permeada pelo mito do incapaz. Incapaz de lidar com a morte. Incapaz de auxiliar no próprio tratamento; incapaz de elaborar os próprios sentimentos. Isso, por vezes, acaba surtir o efeito contrário, a falta de



conhecimento por parte da criança sobre o que está acontecendo no seu corpo pode resultar na produção de fantasias e angústias em relação à doença.

Quando se fala sobre a infância, é preciso refletir sobre a possibilidade de falar sobre a morte com as crianças, já que elas mesmo se deparam com esse fenômeno no seu dia a dia. Já que a morte é este fenômeno irreversível e certo, deve-se preparar desde cedo a criança para enfrentá-la. A morte, portanto, segue uma lógica muito além de uma destruição física. A Morte é perda. Perda simbólica, dor e frustração. A morte faz parte do cotidiano de todos, seja criança ou não. A morte invade a vida sem pedir licença, sem avisar e impossível de controlar. A vida em si já possui uma derradeira ambivalência desde o nascimento: a morte.

Com o desenvolvimento do senso de propriedade, o filho agora representa um desejo de imortalidade, realização e força para a família. Quando uma criança adoece, o impacto dessa doença na família é evidente, pois aquilo que ameaça a vida da criança, também ameaça a vida dos familiares. A criança neste sentido simboliza a proposta de realização de muitos desejos que os pais não concretizaram, porque representa a continuidade, um projeto. E frente a um diagnóstico este projeto está ameaçado.

Quando uma criança é diagnosticada com câncer, a doença vem sempre revestida de todo um mito em relação à morte. O diagnóstico é comparado com uma sentença que não possui reversão. Percebe-se a importância da comunicação entre a equipe médica, paciente e família para que essa criança e também essa família possam ser acolhidas no ambiente hospitalar. Torna-se fundamental que a equipe estabeleça uma relação humanizada com os pais da criança, construindo um vínculo de confiança, porque se a equipe vai cuidar do paciente, é preciso buscar conhecer sua história, criar um vínculo afetivo relacional que promova uma relação de confiança e uma aliança terapêutica significativa para que o tratamento ocorra e seja facilitado. Neste ponto entende-se que o processo de comunicação é um processo essencial para que o tratamento ocorra.

Quando o assunto é a formação em saúde, em especial falando da medicina, existe um sentimento de impotência muito grande diante da impossibilidade de cura do paciente que acaba representando uma grande frustração para o médico (a). Há, em termos gerais, uma dificuldade bastante evidente de compreender seus limites quando se percebe que a única coisa pela qual foram ensinados pode não funcionar com todos. Por um lado isso representa o domínio da ciência médica e suas evoluções, mas por outro, a equipe médica não está preparada para lidar com os sentimentos relacionados a uma situação de não cura. E aqui é essencial compreender o limite da medicina.



É importante ressaltar que a comunicação de más notícias é responsabilidade do médico. Se faz necessário que o psicólogo tenha clareza de que esse não é o seu papel. No entanto, a psicologia tem muito a contribuir. Não é pelo fato do médico possuir essa responsabilidade em comunicar que o psicólogo irá se ausentar desse momento. A psicologia neste sentido irá facilitar que essas informações que vão ser passadas realmente sejam assimiladas e sejam compreendidas, junto do médico. Além disso, o apoio emocional na elaboração de sentimentos depois da notícia, seja com a família, com a equipe, ou com o paciente torna-se uma prática comum na psicologia hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ANGERAMI, C. V. A. **Tendências em psicologia hospitalar I**. São Paulo. Pioneira Thomson Learning, 2004
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de. Janeiro: LTC, 1981
- BARROS, A. J. a revisão bibliográfica – uma dimensão fundamental para o planejamento da pesquisa. 11.a ed. **R. Est. Pesq. Educ.** Juiz de Fora, 2009.
- BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: **Lei federal nº 8069**, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temáticas. **Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- COSTA, O. M.; NIEHUES, R. M. **Concepções de infância ao longo da história**. 1o Simpósio de Integração Científica e Tecnológica do Sul Catarinense – SICT-Sul. 2012.
- INCA. **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro. 2022.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. Curitiba, PR. Editora Positivo, 2004,
- FERRAZ, et al. **A história do estetoscópio e da ausculta cardíaca**. Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil. 2011.
- FRANÇA, V. V.; SIMOES, G. P. **Curso básico de teorias da comunicação**. Biblioteca Universitária. 1. ed. Autentica. 2017
- FREIRE, E.; TAMBARA, N. **Terapia centrada no cliente**: teoria e prática: um caminho sem volta. Porto Alegre: Delphos, 2007.



GABARRA. L. M.; CREPALDI. M. A. **A comunicação médico - paciente pediátrico - família** na perspectiva da criança. *Psicol. argum* ; 29(65): 209-218, abr.-jun. 2011.

GONÇALVES. J. P. **Ciclo vital: início, desenvolvimento e fim da vida humana possíveis contribuições para educadores.** *Revista Contexto & Educação*, 31(98), 79–110. (2016). <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2016.98.79-110>

GHEROVICI. P. A infância não é coisa de crianças. *Estilos clin.*, São Paulo , v. 4, n. 6, p. 18-27, jul. 1999. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 out. 2023.

HOUAISS. A. **Pequeno dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** São Paulo: Moderna, 2015.

LEIRIA. M. et al. A aplicabilidade da comunicação na psicologia. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, vol. 1, núm. 1, pp. 435-442, 2020

MALTA. D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 12, p. 4757–4769, dez. 2020.

MATSUMOTO. D. Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** (2a ed.) (pp. 24-26). Rio de Janeiro: Diographic. 2012.

MESQUITA. A. C.; CARVALHO, E. C. Therapeutic Listening as a health intervention strategy: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1127–1136, dez. 2014.

MOREIRA. L. M. A. Desenvolvimento e crescimento humano: da concepção à puberdade. In: **Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual** [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 113-123. Bahia de todos collection. ISBN 978-85-232-1157-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MOREIRA. M.A. Monografia n° 10 da 5ª série **Elfoques Tearicos**. Porto Alegre. Instituto de Física da UFRGS. Originalmente divulgada, em 1980, na série "Melhoria do Ensino", do Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino Superior (PADES)/ UFRGS, N° 15. (1995).

MORAIS. M. T. C. **Os significados de ludoterapia para as protagonistas do processo: crianças em atendimento** / Munique Therense Costa de Moraes. 2011. 202 f.: il.

PAPALIA. D. et al. D. **Desenvolvimento humano.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

PIOVESAN. et al. **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem** [recurso eletrônico] / . – 1. ed. – Santa Maria, RS : UFSM, NTE, 2018.



RAMOS. A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 1, p. 164–170, jan. 2012.

REBOUCAS. M. S. S.; DUTRA. E. **Plantão psicológico**: uma prática clínica da contemporaneidade. Rev. abordagem gestalt., Goiânia, v. 16, n. 1, p. 19-28, jun. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 03 out. 2023.

RIERA. R.; CRUZ. O. C. **Comunicando más notícias**: o protocolo SPIKES. Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). 2016

RODRIGUES. V. A. L. et al. **A interdisciplinaridade em uma equipe multidisciplinar**: Um olhar sistêmico. Anais do 7o Congresso Brasileiro de Sistemas. Uni-FACEF Centro Universitário de Franca. Franca-SP, 2011

ROGERS. C. R. **Terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1975 (Originalmente publicado em 1951)

SILVA. R. F. **As emoções e sentimentos na relação professor-aluno e sua importância para o processo de ensino e aprendizagem**: contribuições da teoria de Henri Wallon / Ricardo Francelino da Silva. Assis, 2017.

SILVA. G. X. B. et al. A PSICO-ONCOLOGIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário UNA- Cidade Universitária. BELO HORIZONTE. 2021.

SIMONETTI. A. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença/ Alfredo Simonetti. 8º ed. - São Paulo : Casa do Psicólogo, 2016.

SUZANA M, M.; GIANNELLA, V. **A arte de escutar**: nuances de um campo de práticas e de conhecimento. Revista Terceiro Incluído, Goiânia, v. 6, n. 1, p. 9–24, 2017. DOI: 10.5216/teri.v6i1.40739. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/teri/article/view/40739>. Acesso em: 3 out. 2023.

TEIXEIRA. J. A. C. **Comunicação e cuidados de saúde**: Desafios para a Psicologia da Saúde. ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 1996.

VOGEL, K. P. et al.. **Comunicação de Más Notícias**: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. 1, p. 314–321, 2019.

KONISHI, L. L. et al. **Comunicação de notícias difíceis para crianças**. XXVIII congresso virtual de iniciação científica da UNICAMP. 2020.