

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIA A PACIENTES DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO IMIP: UM EXERCÍCIO DE HUMANIZAÇÃO MÉDICA.

Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina
pela Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Autor: Bruno Bernardo Galindo Lopes

Colaboradores: Guilherme Cintra de Andrade e João Lucas Arruda Bezerra

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Procópio de Oliveira Santos

Coorientadoras: Esp. Mirella Raquel Romão Martins, Ms. Tatiany Lisiére Brandão Künzler
Lima.

Recife, Agosto de 2022

TÍTULO: COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIA A PACIENTES DA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO IMIP: UM EXERCÍCIO DE HUMANIZAÇÃO MÉDICA.

TÍTULO ABREVIADO: COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIA

TITLE: BAD NEWS COMMUNICATION TO PEDIATRIC ONCOLOGY PATIENT IN IMIP: AN EXERCISE OF MEDICAL HUMANIZATION

ABBREVIATED TITLE: BAD NEWS COMMUNICATION

Bruno Bernardo Galindo Lopes¹, Guilherme Cintra de Andrade¹, João Lucas Arruda Bezerra¹,
Mirella Raquel Romão Martins^{1,2}, Pedro Paulo Procópio de Oliveira Santos¹ Tatiany Lisière
Brandão Künzler Lima²

¹Faculdade Pernambucana da Saúde – FPS. Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861,
Imbiribeira, Recife-PE CEP: 51200-060

²Instituto de Medicina Integral de Pernambuco – Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife –
PE CEP 50070-902

Reconhecimento de apoio ao estudo: Programa Institucional de Iniciação Científica –
Faculdade Pernambucana de Saúde (PIC/FPS)

Autor correspondente: Bruno Bernardo Galindo Lopes

Telefone de contato: (81) 98151-2535

e-mail: burego2002@yahoo.com.br

Os autores negam quaisquer conflitos de interesse no desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Objetivos: Analisar em que medida o protocolo SPIKES favoreceu uma comunicação mais humanizada e a compreensão efetiva do diagnóstico, das medidas terapêuticas e prognóstico, informados aos responsáveis dos pacientes pediátricos oncológicos. **Métodos:** Estudo de natureza observacional, exploratória e de abordagem qualitativa. Utilizou-se questionário sócio-demográfico e roteiro semiestruturado elaborado pelos próprios autores para entrevistar 17 responsáveis por pacientes do Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Os dados das entrevistas foram categorizados e analisados sob a ótica da metodologia da análise de Conteúdo Temático-Categorial, segundo Bardin e Minayo. O estudo foi orientado pela Resolução 466/12 e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP/IMIP) em 22/12/2021 com o parecer: 5.184.547. **Resultados:** Evidenciou-se que o protocolo Spikes é um instrumento importante no processo de comunicação da má notícia, sobretudo, na compreensão do diagnóstico e do plano terapêutico por parte do familiar/paciente. Além disso, constatou-se que o momento do diagnóstico é marcado por sentimentos indesejáveis que podem ser amenizados a partir do acolhimento e da relação mais humanizada entre paciente, médico e família. **Conclusões:** A comunicação da má notícia intermediada pelo protocolo Spikes torna o processo mais humanizado e permite uma compreensão mais efetiva do diagnóstico e do plano terapêutico por parte do familiar e paciente. Outrossim, a abordagem do paciente e familiar quando realizada em local apropriado e por profissionais experientes e das diversas áreas da saúde pode atenuar os ruídos da comunicação e favorecer a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Cuidados Paliativos; Oncologia; Revelação da verdade

ABSTRACT

Objectives: Analyze to what extent the SPIKES protocol favored a more humanized communication and the effective comprehension of the diagnosis, therapeutic measures and prognosis, informed to those responsible for pediatric cancer patients. **Methods:** Observational and exploratory study with a qualitative approach. Was used a socio-demographic questionnaire and semi-structured script prepared by the authors themselves to interview 17 legal guardians for the patients of the Pediatric Oncology Service of Professor Fernando Figueira Institute of Integral Medicine (IMIP). The data from the interviews were categorized and analyzed from the perspective of the methodology of the Thematic-Categorical Content analysis, according to Bardin and Minayo. The study was guided by Resolution 466/12 and approved by the Ethics Committee on Research in Human Beings (CEP/IMIP) on 22/12/2021 with the opinion: 5.184.547. **Results:** It was evidenced that the Spikes protocol is an important instrument in the process of communicating bad news, especially in the understanding of the diagnosis and the therapeutic plan by the family member/patient. In addition, it was found that the moment of diagnosis is marked by undesirable feelings that can be softened from the reception and the more humanized relationship between patient, doctor and family. **Conclusions:** The communication of the bad news intermediated by the Spikes protocol makes the process more humanized and allows a more effective understanding of the diagnosis and the therapeutic plan by the family member and patient. In addition, the approach of the patient and family when carried out in an appropriate place and by experienced professionals and from the various areas of health can attenuate the noise of communication and favor adherence to treatment.

Key-words: communication in health; palliative care; oncology: truth revelation.

INTRODUÇÃO

O câncer infanto-juvenil no Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), já representa a primeira causa de morte, 8% do total, por doença em crianças e adolescentes entre 1 e 19 anos¹, sendo o maior percentual de incidência o da leucemia (26%)¹, principalmente a leucemia linfóide aguda. Neste contexto, os médicos e a equipe de saúde precisam eventualmente comunicar a má notícia à família do paciente o diagnóstico do câncer. Má notícia é caracterizada como qualquer informação destinada a um paciente ou familiar que pode modificar desfavoravelmente as expectativas sobre o presente e futuro.³ No entanto, não existe uma técnica que seja adequada a todas as situações, pois a forma de comunicar está intimamente associada à idade do paciente, crenças religiosas, experiências prévias, orientação sexual, contexto sócio-cultural, grau de escolaridade, contexto familiar e ao tipo de patologia que acomete o paciente³.

Com o intuito de reduzir os ruídos ambientais que interferem na comunicação de más notícias, tais como: conversa alta, telefone tocando, equipamentos etc e evitar a omissão que ocorre quando o receptor não tem a capacidade de captar o conteúdo inteiro e somente recebe e passa o que pode captar⁵, alguns estudiosos da área de saúde sugerem que a comunicação deva ser potencializada a partir de protocolos estruturados como o SPIKES².

Neste protocolo existem seis passos que descrevem de forma didática o processo de comunicação de más notícias. No primeiro passo (S-setting), o médico deve revisar o prontuário do paciente, planejar o que será discutido, além de escolher um local apropriado para que a família e o paciente se sintam à vontade com o profissional. No segundo passo (P-perception), o profissional deverá checar o que o paciente e sua família já sabem acerca da condição patológica. Isso pode ser feito a partir de perguntas abertas acerca do que eles pensam. O terceiro passo (I-invitation), o médico convida o paciente ao diálogo a partir de perguntas abertas e descobre o que o paciente e a família desejam saber acerca da doença e do

tratamento. Já no quarto passo (K-knowledge), o profissional deve transmitir as informações de forma clara e objetiva, com pausas para reflexão, sem o uso de eufemismos e com uma linguagem adaptada à realidade cultural e intelectual de cada família e paciente. No quinto passo (E-emotions), o médico precisa apoiar emocionalmente a família que pode reagir com tristeza, medo, negação ou raiva. Por último, no sexto passo (S-Stragy and Summary), o profissional deverá elaborar conjuntamente com a família o plano terapêutico, indicação de exames a serem realizados e prognósticos possíveis². Diante disso, o trabalho conjunto médico-paciente repercute positivamente na satisfação do paciente e responsáveis, na qualidade dos serviços de saúde e influencia diretamente no estado de saúde do paciente em questão⁴.

No Serviço Oncológico de Pediatria do IMIP, onde realizamos o estudo em questão, o processo de admissão dos pacientes com Leucemia, linfomas e outros tipos de câncer é realizado em formato de reunião com a família do paciente e equipe de Saúde em local reservado e seguindo o protocolo SPIKES. Nessa reunião, denominada Admissão Social, podem participar membros da família, profissionais de Terapia Ocupacional, Psicologia, Assistência Social, Enfermagem e do Médico Assistente, com ou sem a presença do paciente. Antecipadamente os profissionais de saúde se interam da história do paciente, preparam o local para a abordagem e convidam o familiar/paciente para participaram da conversa. Durante a reunião há o resgate da história da doença, o convite para saber se o familiar/paciente deseja conhecer o diagnóstico, além do esclarecimento de dúvidas acerca da doença e do tratamento terapêutico e prognóstico.

Nesse cenário, o presente estudo objetivou identificar em que medida o protocolo SPIKES, preconizado nas admissões de pacientes com câncer pelo Serviço de Oncologia Pediátrica do IMIP, favoreceu uma comunicação mais humanizada bem como permitiu a

compreensão efetiva do diagnóstico, das medidas terapêuticas e prognóstico, informados aos responsáveis e, na maioria das vezes, aos pacientes pediátricos.

MÉTODO

Este estudo tem natureza observacional, exploratória e de abordagem qualitativa e foi realizado no Serviço de Oncologia Pediátrica do IMIP no período de Agosto de 2021 a Agosto de 2022. O critério de inclusão da pesquisa foi ser responsável por um paciente diagnosticado com qualquer subtipo de leucemia que atenda também aos critérios: I) paciente com idade entre 1 a 18 anos, de ambos os sexos e que foi admitido no Serviço de Oncologia Pediátrica do IMIP (SOP/IMIP) no período de 01 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2021 e II) esteja ainda em tratamento no SOP/IMIP no ano de 2022. Os critérios de exclusão foram: o responsável e/ou o paciente não aceitaram participar do estudo ou o paciente faleceu no período de realização da pesquisa.

Orientados pelos critérios de inclusão e exclusão foram aplicados questionários sociodemográficos e realizadas entrevistas semiestruturadas a 17 participantes que estavam acompanhando os pacientes. Durante o processo de interlocução utilizamos o recurso da saturação teórica⁸ em pesquisa qualitativa que limitou o número total de entrevistados. Além disso, tivemos a preocupação em garantir ao menos um paciente diagnosticado com cada um dos três tipos de Leucemia: Leucemia Linfocítica Aguda (LLA), Leucemia Mieloide Aguda (LMA) e Leucemia Mieloide Crônica (LMC) (QUADRO 1).

O trabalho de captação, abordagem, preenchimento de questionário e entrevista semiestruturada com o responsável pelo paciente foi orientado pela Resolução 466/12 e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP/IMIP) em 22/12/2021 com o parecer: 5.184.547.

Inicialmente foi utilizado um questionário sociodemográfico elaborado pelos próprios pesquisadores a fim de coletar informações acerca do perfil socioeconômico e dados de saúde

do paciente. Os dados foram tabulados e compilados a partir do Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente analisados pelo EpiInfo 7 a partir da média e desvio padrão.

Posteriormente, guiados por um roteiro de entrevista semi-estruturada foram realizadas perguntas que abordavam o processo de comunicação da má notícia, formas terapêuticas, prognóstico e a relação da tríade paciente, profissional de saúde e família.

Todas as entrevistas foram gravadas em um aparelho celular Samsung, modelo J8, via aplicativo gravador de voz cuja qualidade de gravação é de 128kbps e frequência 44.1kHz, mediante autorização prévia dos participantes. Entre os dias 10 e 21 de Janeiro de 2022 foram realizadas 17 entrevistas com duração mínima e máxima de 3min e 01s e 11min e 56s, respectivamente. Durante as últimas entrevistas observamos, de forma recorrente e em participantes distintos, a repetição das respostas e a ausência de novos elementos que poderiam agregar conteúdo ao trabalho. Essa constatação foi importante para definirmos a saturação teórica da etapa qualitativa⁸ e encerrarmos a admissão de novos participantes.

Os dados coletados foram transcritos, corrigidos gramaticalmente para melhor compreensão dos avaliadores, categorizados e analisados sob a ótica da metodologia de análise de Conteúdo Temático-Categorial^{6,7,9}. Este processo de análise divide-se em etapas: (I) – etapa de pré-análise: definimos o *corpus de análise* – a transcrição literal das entrevistas, as hipóteses da pesquisa e os objetivos da análise; (II) – exploração do material ou codificação: os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades de Registro, de significação e categorias (QUADRO 2) e (III) – tratamento dos resultados: inferência e interpretação dos dados.

RESULTADOS

O número de pacientes admitidos em 2021 no Serviço de Oncologia Pediátrica do IMIP, conforme verificação no Prontuário eletrônico foi de 156 crianças e adolescentes, dos quais 47

(30,13%) diagnosticados com Leucemia Linfocítica Aguda, 11 (7,05%) com Leucemia Mielóide Aguda, 3 (1,92%) Leucemia não especificada e 2 (1,28%) Leucemia Mielóide Crônica, totalizando 63 pacientes com leucemia (40,38%). Deste montante foram entrevistados 17 participantes (QUADRO 01), cujas idades variaram entre 23 e 52 de anos, com média em 33,58 anos (DP=6,66). Em relação à Escolaridade, todos eram alfabetizados, com no mínimo o Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série do antigo primário) (23,53%; n=4) concluído, (64,7%; n=11) dos participantes tinham o Ensino Médio completo e apenas (11,77%; n=2) deles, Ensino Superior. No que se refere à cor/raça, a maioria dos participantes se autodefiniu parda, (58,82%; n=10) e branca, (29,41%; n=5), enquanto apenas (5,88%; n=1) pessoa se autodefiniu preta e outra indígena, (5,88%; n=1). Em relação ao estado civil, (52,94%; n=9) se declaram casados, com relação de união civil ou amasiados, enquanto, (47,06%; n=8) se declararam solteiros, viúvos ou divorciados.

Em relação à caracterização do paciente, (58,82%; n=10) eram homens e (41,18%; n=7) mulheres, cujas idades variam de 1 a 17 anos, com média de 8,35 anos (DP=5,04). Quanto à escolaridade, (23,53%; n=4) não frequentaram a escola, (17,64%; n=3) ainda estão na creche, (17,64%; n=3) estão no Ensino Fundamental I, (23,53%; n=4) no Fundamental II e (17,64%; n=3) no Ensino Médio. Quanto ao diagnóstico de Leucemia, (82,35%; n=14) tem LLA, (11,76%; n=2) tem LMA e (5,88%; n=1) tem LMC.

No que se refere aos dados socioeconômicos da família, as casas são compostas de 1 a 3 pessoas (47,06%), quatro a sete pessoas (47,06%) e oito a dez pessoas (5,88%). Quando questionados sobre a situação da moradia, (52,94%; n=9) responderam que possuem casa própria, (29,41%; n=5) alugada e (17,64%; n=3) cedida. Quanto ao acesso à água encanada e rede de esgoto, (70,59%; n=12) possuem, enquanto (29,41%; n=5) não têm acesso. O interior de Pernambuco é a residência da maioria dos participantes, (52,94%; n=9), (41,17%; n=6) moram na

Região Metropolitana de Recife e (5,88%; n=1) pertence a outro estado do Brasil. Quanto aos rendimentos mensais da família, (23,53%; n=4) somam renda entre 1 e 3 salários-mínimos, a maioria (52,94%; n=9) recebem até 1 salário mínimo, (17,64%; n=3) declararam que recebem até meio salário mínimo, enquanto (5,88%; n=1) não possuem renda. Questionados sobre o recebimento de recursos governamentais, (47,06%; n=8) recebem Bolsa família, (47,06%; n=8) não dispõem desses recursos e (5,88%; n=1) declarou receber recursos da uma organização não-governamental.

Na análise qualitativa realizada a partir da identificação das unidades de registro e de significação das falas dos participantes durante as entrevistas obtivemos três categorias temáticas (QUADRO 2): **Protocolo de comunicação de má notícia** - refere-se a todo o processo de comunicação instrumentalizado pelo protocolo SPIKES, **Sentimento em relação a má notícia** - emoções e memórias que emanam do momento do diagnóstico e a **Tríade: paciente-médico-família** – estabelece a relação de respeito e autonomia entre estes três atores do processo.

DISCUSSÃO

No estudo, 40,38% dos pacientes do SOP/IMIP tiveram diagnóstico de leucemia no ano de 2021. Essa prevalência é compatível com os dados da American Cancer Society no qual aponta a leucemia (28%) como o tipo de câncer mais prevalente em pacientes de 0 a 19 anos¹³ e com o INCA que demonstra que o maior percentual de incidência nessa faixa etária é o da leucemia (26%)¹.

As categorias da análise qualitativa (FIGURA 01) construídas a partir das falas dos participantes entrevistados, resgataram elementos que configuram os passos do protocolo SPIKES, os sentimentos em relação à comunicação da má notícia e acerca da tríade médico, paciente e família.

Protocolo de comunicação de má notícia

Essa categoria se remete ao processo de comunicação da má notícia que no nosso estudo é instrumentalizada pelo protocolo de SPIKES. Os passos que o constituem foram contemplados nas perguntas da entrevista semi-estruturada e podem ser divididos em seis passos.

No passo 1 do protocolo, o S-SETTING, o médico e a equipe de saúde devem revisar o prontuário do paciente e planejar como se dará a abordagem com a família, considerando os aspectos sócio-demográficos e de saúde do paciente. Além disso, devem selecionar um local apropriado, preferencialmente sem barulhos externos e que seja aconchegante^{11,12}. No SOP/IMIP, a admissão geralmente é realizada em um espaço mais apropriado em dimensão e acústica, tal como constatamos em:

“Estava tranquilo. Estava ótimo. A sala onde fez a reunião para debater o caso dele estava tranquila.” P(08)

“Tinha eu, meu esposo e alguns profissionais, o psicólogo e médico” P(05)

No passo 2, P-PERCEPTION, durante a conversa reservada com a família e o paciente, o profissional precisa resgatar os conhecimentos prévios acerca da doença. Dessa forma será possível fazer um paralelo entre as expectativas da família/paciente e a realidade^{11,12}. Neste sentido, os trechos reforçam esse processo de resgate da história da doença a partir da fala do familiar:

“...pela manhã eu tive que contar toda a história, né, todo o processo da doença para poder fazer um parecer para M.L.O.L ser admitida dentro do hospital.... Então eu contei desde quando surgiu. A gente achava que M.L.O.L. tava com amigdalite, o que nunca foi uma amigdalite...” P02

“Ele perguntou a infância dele... como foi a infância dele e depois foi quando ele começou a falar...” P11

“Ele também queria saber se tem alguém doente... se ele já vinha doente de vários meses.” P17

A partir desses conhecimentos prévios da família, o médico convida o familiar para uma conversa e descobre se o paciente e a família desejam saber acerca do diagnóstico e do tratamento da doença^{11,12}. Nesse passo 3, denominado I-INVITATION, a família/paciente tem o direito de decidir se querem ou não saber sobre a sua situação médica e o profissional deverá respeitar a decisão¹⁰. Em nenhuma das entrevistas encontramos elementos que demonstrassem explicitamente o questionamento do profissional de Saúde acerca do desejo da família em saber o diagnóstico e o planejamento terapêutico. Para critério de comparação, no Brasil pesquisas evidenciaram que entre 90% e 95% que gostariam de receber a má notícia pelo médico que lhe fosse perguntado.¹⁴

Por outro lado, alguns estudos mostram que, como as opções de tratamento (cirurgia, quimioterapia etc) podem interferir negativamente na vida dos pacientes, algumas famílias optam por não contar a verdade aos enfermos, principalmente crianças e adolescentes, que poderão não aceitar as intervenções e não seguir adequadamente as posologias e recomendações.^{15,16} . Isso pode ser evidenciado na decisão de uma mãe acerca de informar ao filho sobre a doença:

“..ele nunca foi informado de nada não...” P06

Neste caso há estudos que defendem o direito da criança em conhecer sua condição de saúde, rompendo o silenciamento, o contato com informações enganosas e a descoberta por terceiros.¹⁷. Além disso, uma comunicação adequada ajuda a criança a reduzir queixas e insatisfações em relação aos cuidados prestados.¹⁸

No passo 4, K-KNOWLEDGE, caso as famílias aceitem conhecer o diagnóstico e o tratamento, o profissional deve transmitir os conhecimentos médicos, a partir de linguagem clara e objetiva evitando termos técnicos e científicos, de forma a adaptar ao universo cultural e intelectual do familiar/paciente^{11,12}. Isso pode se evidenciado em:

“..depois que tivemos a reunião com os médicos e eles tentaram explicar da melhor maneira possível, falando no popular, porque se fosse falar cientificamente, a gente não iria entender nada...” P03

“Ficou super claro. Ela explicou que seria quimioterapia e que no momento não precisava de transplante e que só seria quimioterapia e que iria durar dois anos e meio.” P06

Outrossim, a Literatura demonstra que pode ser necessário introduzir os conhecimentos de forma lenta a fim de facilitar o processamento da informação e na redução dos impactos emocionais¹⁰. Isso pode ser verificado na explicação didática dada pela Médica Assistente ao familiar de um paciente com LMC:

“... é uma Leucemia Mielóide Crônica. Ela falou que não tem cura, mas também tem o tratamento e explicou de uma forma que a gente poderia entender. Ele vai viver uma vida normal e explicou como se fosse uma pressão alta. Se ele tomar essa medicação certinha, todos os dias, ela ficará controlada. Se parar, a pressão alta iria subir, ou seja, os leucócitos irão subir. Aí foi que a gente entendeu.” P03

Por outro lado, a falta de compreensão da doença, o grau de escolaridade, ausência de apoio, diferenças de valores, crenças e culturas, a falta de profissionais médicos para ouvir as famílias, fornecimento de informações contraditórias, uso de termos técnicos podem dificultar a comunicação da má notícia¹⁹. No trecho abaixo, os participantes questionam quanto à influência da alimentação no desenvolvimento da doença:

“... Será que foi alguma alimentação que eu deixei e relaxei ou porque não levava muito ao médico para fazer rotina...” P(01)

“... Passou um filme na minha cabeça porque meu filho está com câncer, uma doença que é do sangue. Aí vem aquela coisa, é anemia.... Quando ela conversou comigo, disse que não tinha nada a ver com alimentação...” P(17)

Diante desse quadro de desinformação e credence popular, a literatura preconiza o

compartilhamento do máximo de informações disponíveis por parte do interlocutor e com informações em linguagem que seja compreendida pelo receptor.⁵

No passo 5, E-EMOTIONS, após a comunicação de fato, o médico e a equipe precisam apoiar emocionalmente a família/paciente de forma empática, demonstrando assim que a comunicação de uma doença grave deve ser realizada de forma humanizada²⁰. Neste caso, os estudos mostram que durante a abordagem, o contato visual, a neutralidade na fala e o ato de tocar na mão ou no braço podem ser reconfortantes para o paciente e demonstram empatia e acolhimento¹⁰ que são fundamentais no processo de comunicação humanizada, assim como constatamos nas falas das participantes que durante a admissão no auditório do SOP/IMIP se sentem acolhidas justamente porque há empatia na abordagem da médica:

“...conseguiu me acalmar. Então eu fiquei bem mais aliviada, como se ele tivesse nascido de novo naquele dia.” P07

“Eu só abracei ela e comecei a chorar porque me senti perdida...” P15

“...eu recebi um apoio muito grande do IMIP, porque os médicos foram falar comigo...” P13

“A médica foi bem clara, bem calma comigo, bem pacífica.” P16

Embora essa atuação empática do Médico possa atenuar o sofrimento familiar, vale ressaltar que alguns estudos demonstram que a ação do Serviço de Psicologia é fundamental para potencializar o relacionamento entre a tríade equipe, paciente e família²¹. Isso pode ser constatado em:

“Essa psicóloga, não vi mais ela. Me ajudou muito. Teve dia que eu pensava que não iria agüentar. Chorei muito com ela. Ela me abraçava e falava que eu ia agüentar...” P16

No passo 6, S-STRAGY and SUMMARY, o profissional juntamente com a família deverá elaborar o plano terapêutico e discutir eventuais dúvidas acerca do tratamento, evitando assim problemas futuros relacionados à adesão do paciente^{11,12}. Isso pode ser demonstrado em:

“...ele começou a falar sobre a doença e tirava a dúvida da gente. Todas as perguntas que a

gente fazia, ele respondia pra deixar claro o que estava acontecendo.” P11

“Tiraram todas as minhas dúvidas. Perguntaram. Me deram um tempo pra pensar. Perguntaram se eu tinha alguma dúvida...” P12

Neste caso é crucial analisar o nível de compreensão do paciente acerca do que foi discutido para evitar problemas relacionados à adesão ao tratamento. Além disso, alguns estudos incentivam questionar se o paciente e a família estão preparados para iniciar o tratamento¹⁰. A família tem um papel importante de proteção psicossocial ao paciente, principalmente no processo de adoecimento. É comum os familiares ficarem confusos em relação a procedimentos médicos e não saberem a quem recorrer.² Por isso, o trabalho cooperativo da família é fundamental para que o paciente, no nosso caso crianças ou adolescentes, sigam todas as orientações médicas, assim como vemos em:

“...Disse que tinha cura e que era só pra eu manter o tratamento dela. Nunca deixar de vir às consultas...” P01

“Todas as consultas que eu venho com ela, eu aprendo alguma coisa e cada reação, cada intercorrência que ela tem, eu vou aprendendo alguma coisa.” P01

“Ela explicou que seria quimioterapia e que no momento não precisava de transplante e que só seria quimioterapia e que iria durar dois anos e meio.” P07

E quando a família questiona acerca das chances de cura, o médico deve ser claro levando em consideração a epidemiologia da doença:

“... a doutora falou, que é a mais comum; que é a LLA e ela falou que o tratamento é de 2 anos e 6 meses... e que ele tinha 80% de chance de cura.” P08

“Era o que a gente mais queria saber, no caso dele, como era Leucemia LLA do nível baixo, ele falou que tinha 70% de chance de cura total.” P11

Por outro lado, alguns familiares apresentam dificuldades para seguir rigorosamente o tratamento conforme corrobora o trecho:

“... eles são muito rigorosos... questionam de isolamento... Botar uma criança dentro de uma casa e não conviver com ninguém, acho que ali futuramente poderia ser até uma depressão, né?” P12

Sentimentos em relação a má notícia:

Nesta segunda categoria abordamos as emoções que emergiram nos participantes após a comunicação de má notícia. Trata-se de sentimentos e sensações subjetivas que permeiam a relação entre os familiares/pacientes e os profissionais de saúde, dentre os quais destacamos: culpa, desespero, ansiedade, tristeza, sensação de estar “sem chão”, nervosismo, desmaio, depressão, choro e até tranquilidade. Isso pode ser evidenciado em:

“...foi um impacto muito grande e pegou todo mundo de surpresa e todos ficaram desesperados...” P03

“... foi um choque. Eu pensei que não ia suportar e chorava demais.” P06

“Destruída. Eu já vinha de diagnósticos que não eram a realidade, então eu estava destruída, como se estivesse sem chão.” P07

“Como se o mundo fosse se desabar. Horrível. A sensação horrível. Desejo pra ninguém essa notícia” P08

“Somente quando a gente fala a questão dessa doença, a gente acha que não tem cura, não tem nada. Então meu mundo caiu ali na verdade. Pra tranquilizar, a base de remédio.” P11

“Eu fiquei sem chão na mesma hora.” P17

A literatura também evidencia que pacientes e familiares diante de comunicação da má notícia podem se comportar e evoluir para diferentes estágios de negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e finalmente aceitação do diagnóstico.¹⁸

Neste contexto é fundamental que o profissional de saúde propicie um ambiente acolhedor e empático a fim de promover uma comunicação mais humanizada. Além disso, precisa experimentar e aprender a lidar com os sentimentos do familiar/paciente de forma a

desenvolver a sua capacidade de escuta ativa. Essa comunicação sem ruídos e de qualidade influencia diretamente no resultado do tratamento da doença em questão²².

Entende-se como ruídos da comunicação, a qualidade dos serviços e cuidados prestados no hospital, dificuldade na relação médico-paciente/família, ausência de habilidade de comunicação, limitações físicas (surdez e mutismo) e diferenças na formação educacional.¹⁸ Nestes casos, a comunicação, utilizando linguagem técnica de acordo com o nível de instrução da família e a maturidade da criança, pode minimizar esses ruídos.¹⁷

O familiar/paciente, neste ambiente acolhedor, geralmente demonstra muito afeto e gratidão aos profissionais que os acolhem, assim como:

“só tenho a agradecer e dizer que são perfeitos na conversa. São perfeitos no dizer do diagnóstico e com a gente ficou tudo claro. A gente ficou muito satisfeito com os profissionais que atenderam a gente e que deram processo no tratamento dele...” P03

“...porque os médicos que falaram comigo... eu não tenho nada que tirar e botar. Ele estava presente e falou que a gente queria ouvir e respondeu tudo que a gente queria ouvir...” P11

“Aqui eu recebi um apoio muito grande do IMIP porque os médicos foram falar comigo na UTI.” P13

“...meu ponto de vista, eles são bons, não tem o que melhorar, porque eles são sempre claros.”
P17

Tríade paciente, médico e família:

Na terceira e última categoria consideramos que a relação entre a tríade paciente, médico e família deve ser pautada nos princípios fundamentais da ética médica: beneficência - agir para apenas proporcionar o bem e o benefício do paciente; autonomia - direito do paciente de se autogerenciar; não maleficência - não agir na intenção de prejudicar o paciente e justiça - reconhecer o direito de todos.¹⁸ Além disso, devemos reconhecer a importância do engajamento familiar no processo terapêutico do paciente, visto que, num envolvimento positivo, o familiar

consegue estabelecer um vínculo maior do paciente pediátrico com o profissional de saúde, em especial, o médico assistente e propiciar uma maior efetividade na abordagem terapêutica. Sob a ótica médica, a família é um elemento importantíssimo no processo de restabelecimento da saúde do paciente, tornando-se apoio, incentivo e fonte de informações acerca do paciente, todavia, quando este vínculo não é estabelecido, o elemento familiar pode dificultar a abordagem clínica e principalmente a terapêutica.²⁶ Neste contexto, a atuação da família para que o paciente siga adequadamente todas as orientações médicas é relatada em:

“Seguimos sim, às vezes, ele mesmo é que foge um pouco da linha. Não gosta de se alimentar bem, mas a gente está sempre no pé pra ele se alimentar. Começou a se alimentar melhor depois do diagnóstico, porque antes ele não se alimentava direito. ...o risco que ela disse que poderia acontecer se a gente não seguisse a arrisca do tratamento, quanto a isso estamos todos conscientes.” P03

A literatura demonstra que durante o processo de hospitalização, a relação com a família é desafiadora para os profissionais de saúde e pode exigir uma demanda maior de cuidados. Isso porque durante o processo de internamento podem ocorrer intercorrências na saúde do paciente, o que exigirá uma ação imediata da equipe médica. A comunicação, neste caso específico, é complexa devido às mudanças provocadas pela doença nas condições clínicas do paciente e exige que sejam consideradas as limitações de quem promove a comunicação e de quem a recebe¹⁴.

No do paciente menor existe uma assimetria entre o médico e o paciente porque o primeiro encarna tanto a autoridade institucional como o fato de ser um adulto. Assim, o profissional tende a subestimar a capacidade de uma criança ou adolescente receber uma má notícia.¹⁶

Neste sentido, a comunicação humanizada será fundamental para minimizar os ruídos que interferem na efetividade da informação entre o familiar/paciente e o profissional de saúde

e contribuir para uma melhor adesão ao tratamento. Assim a equipe precisa estreitar laços e, ao mesmo tempo, atender às demandas do familiar/paciente de forma a tornar o processo terapêutico mais eficiente. Outrossim, a equipe precisa restabelecer a confiança e a segurança que foram abaladas durante o processo de hospitalização.²⁶ Esse processo humanizado que se estabelece entre a tríade foi observado de forma recorrente durante o presente estudo:

“...depois que a gente descobriu... teve a reunião com a doutora. Aí meu coração se acalmou mais...” P08

“no meu ponto de vista ele ama a profissão dele porque ele soube a todo momento tirar todas as minhas dúvidas. Teve muita paciência comigo e me deixou bem calma” P12

Entretanto existem estudos que demonstram que este processo de humanização é ainda muito tímido, pois a estrutura física e organizacional de alguns setores como UTI onde recorrentemente ficam os pacientes da Oncologia Pediátrica do IMIP priorizam os profissionais de saúde, deixando as prioridades dos familiares e pacientes em segundo plano.²⁵

Outros profissionais, como Psicólogos e Assistentes Sociais, também se colocam à disposição dos familiares e pacientes no intuito de estabelecerem vínculos e abordar quadros de angústia e ansiedade que são comuns durante a comunicação da má notícia:

“...ela diz a mim, que está sempre à disposição. Quando quiser falar comigo, me procure!” P09

“Conversou comigo. Me trouxe no Serviço Social.” P09

“Essa psicóloga... me ajudou muito. Teve dia que eu pensava que não ia agüentar. Chorei muito com ela. Ela me abraçava e falava que eu ia agüentar, mas ela foi fundamental pra mim...” P13

Na literatura há consenso quanto à importância da participação da família no cuidado. Isso reflete no fortalecimento do vínculo com o paciente. Assim, a família torna-se incentivo, fonte de informações e auxílio ao profissional de saúde²³. Todavia, quando não há vínculo entre o profissional da saúde e a família, pode haver um impacto negativo sobre o tratamento e

repercutir na relação da criança com os profissionais, uma vez que os pais são fundamentais como facilitador do cuidado.²⁴

CONCLUSÃO:

A comunicação da má notícia é um desafio para os profissionais de saúde, principalmente para o médico, que legalmente tem a responsabilidade pelo diagnóstico e plano terapêutico. Assim, uma contribuição importante deste trabalho é que a abordagem ao paciente e familiar deve ser feita sempre em local apropriado e realizada por profissionais experientes e com pleno conhecimento dos dados médicos do caso, pois no caso da Instituição estudada trata-se de um público desfavorecido economicamente e com baixa escolaridade o que pode dificultar a compreensão do diagnóstico e do plano terapêutico. Neste caso, quando a abordagem é realizada em local apropriado e por profissional com experiência, os ruídos da comunicação são reduzidos ou anulados, além de favorecer um ambiente de discussão e esclarecimento de dúvidas acerca da doença. Outrossim, o paciente/familiar se sente prioridade do processo e isso facilita em muito a adesão às diversas etapas do tratamento.

O Protocolo SPIKES é visto neste estudo como um instrumento que torna a comunicação da má notícia mais humanizada. Todavia, cada pessoa envolvida no processo pode ter reações diferenciadas devido a crenças religiosas, experiências prévias, contexto cultural e ao modo como foi transmitida a comunicação. Por isso sugerimos que as informações sejam dadas de forma didática, exemplificando cada conceito e verificando a todo o momento a compreensão dos envolvidos.

Devemos atentar também para a linguagem não verbal durante toda a conversa. O emprego do toque afetivo, o contato visual, a proximidade sem barreiras físicas, o sorriso e a escuta ativa podem desenvolver uma relação terapêutica eficaz, empática e segura.

Alertamos também para a necessidade do acompanhamento psicológico contínuo dos familiares e pacientes envolvidos visto que na maioria das entrevistas realizadas, os

entrevistados demonstraram fragilidade emocional frente às perguntas e quando questionados sobre tal comportamento diziam estar cientes sobre a necessidade de um acompanhamento psicológico, mas não o fizeram mesmo tendo este serviço disponível no IMIP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [internet] Rio de Janeiro: INCA; 2019 [acesso em 12 de Abril de 2021]. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
2. Araujo J, Leitão E. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* [periódico on-line]. 2014 [acesso em 13 de Abril de 2021], 11(2). Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8943>
3. Silva MJP. Comunicação de Más Notícias. *O mundo da Saúde* [periódico on-line]. 2012 [acesso em 13 de Fevereiro de 2021]; 36(1): 49-53. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf
4. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico on-line]. 2004 [acesso em 13 de Fevereiro de 2021]; 9(1): 139-146. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.
5. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB et al . Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva* [periódico on-line]. 2008 [acesso em 13 de Abril de 2021]; 20(4): 422-428. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400016&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>.
6. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lisboa: 2007.
7. Minayo M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013
8. Nascimento, LCN, Souza, TV, Oliveira, ICS, Moraes, JRMM, Aguiar, RCB, Silva, LF. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Revista Brasileira de Enfermagem* [periódico on-line]. 2018. [Acessado 7 Fevereiro 2022]. 71(1), 228-233. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.
9. Oliveira, DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista de Enfermagem UERJ* [periódico on-line]. 2008. [Acessado 12 Fevereiro 2022]. 16(4), 569-576. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>
10. Gesser, AM, DOS SANTOS, MS, Gambetta, MV. Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias / Spikes: a protocol for communicating bad news. *Brazilian Journal of Development*. [periódico on-line]. 2021. [Acessado 12 Setembro 2022]. 7(11), 103334–103345. DOI: 10.34117/bjdv7n11-111. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/39204>.

11. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. [internet]. 2000 [cited 2021 Feb 14]. 5(4): 302-11. Available from: doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302. PMID: 10964998.
12. Leal F. Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* [periódico on-line]. 2003 [Acesso em 13 de Fevereiro de 2021]; 19(1). Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9903>
13. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, Moreno F, Dolya A, Bray F, et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *Lancet Oncol* [periódico online]. 2017 [acesso em 15 set 2021]; 18(6): 719-731. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(17\)30186-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(17)30186-9/fulltext)
14. Silva VCE, Zago MMF. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Rev. bras. enferm.* [periódico on-line]. 2005 [acesso em 13 de Abril de 2021]; 58(4): 476-480. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000400019&script=sci_abstract&tlng=pt.
15. Pereira CR. Comunicando más notícias: Protocolo Paciente [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”;2010.
16. Massignani LRM. Más notícias: o processo de comunicação do médico a crianças e adolescentes hospitalizados [dissertação]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
17. Zanon BP, Cremonese L., Cammarano Ribeiro A, Padoin SMM, Paula CC *et al.* Communication of bad news in pediatrics: integrative review. *Rev. Bras. Enferm.* [periódico on-line]. 2020 [acesso em 15 de Setembro de 2022]; 73(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dSXbkVGGpKvPQKJDxd7Y3Dr/?lang=pt>
18. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos. É possível comunicar notícias difíceis sem iatrogenia? Documento Científico. n 2, p. 1-9, 2018.
19. Traiber C, Lago PM. Comunicação de más notícias em pediatria. *Boletim Científico de Pediatria* [internet] 2012 [acesso em 13 de Fevereiro de 2021]; 1 (1). Disponível em :http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210152030bcped_12_01_02.pdf
20. Sombra Neto LL, Silva VLL, Lima CDC, Moura HTM, Gonçalves ALM, Pires A PB, Fernandes VG. Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado? *Revista Brasileira de Educação Médica* [periódico on-line] .2017 [acesso em 13 de Abril de 2021], 41(2), 260-268. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160063>
21. Mendes JA, Lustosa MA, Andrade MCM. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev SBPH* [Internet]. 2009 [acesso 1 set 2022];12(1):151-73. Disponível: <https://bit.ly/3oy5qVe>
22. Lima KMA, Maia AHN, Nascimento IRC. Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. *Rev. Bioét.* [periódico on-line]. 2019 [acesso em 13 de Fevereiro

de 2021]; 27(4): 719-727. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422019000400719&lng=en.

23. Monteiro DT, Siqueira AC, Trentin LS. Comunicação de notícias difíceis em uma unidade de oncologia pediátrica. *Boletim da Academica Paulista de Psicologia* [periódico on-line]. 2021. [Acessado 12 Setembro 2022]. 41(101), 205-216. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2021000200007

24. Gibson, F, Kumpunen, S, Bryan G, Forbat L. Insights from parents of a child with leukaemia and healthcare professionals about sharing illness and treatment information: A qualitative research study. *International journal of nursing studies* [periódico on-line]. 2018 [acesso de 23 de Setembro de 2022]. 83, 91-102, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29715574/>

25. Soares M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva* [periódico on-line]. 2007 [acesso em 13 de Abril de 2021]; 19(4): 481-484. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400013&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000400013>.

26. Gomes, AMA, Caprara, A, Landim, LOP. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2012. [Acessado 12 Setembro 2022]. 22(3), 1101-1119. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/ZkpTbybS5FCcrrvtBR3X3v7K/abstract/?lang=pt>.

27. Duarte, J. Entrevista em profundidade. In: Duarte, J.; Barros, A. (Org.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005.

Quadro 01: Caracterização dos participantes de acordo com o perfil sócio-demográfico e dados de saúde dos responsáveis pelos pacientes no Serviço Oncológico Pediátrico do IMIP. Recife, Brasil, 2022.

CÓDIGO DO PARTICIPANTE	SEXO	IDADE	RELIGIÃO	IDADE E SEXO DO PACIENTE	TIPO LEUCEMIA	HISTÓRIO CÂNCER FAMÍLIA	LOCAL DO DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO ATUAL
01	F	39	Evangélica	11 - F	LLA	NÃO	IMIP	Sem informações
02	F	35	Cristã	16 - F	LLA	NÃO	IMIP	QT
03	M	34	Católico	17 - M	LMC	NÃO	IMIP	Imatinib
04	F	23	Não tem	4 - M	LMA	NÃO	IMIP	Sem informações
05	F	39	Católica	10 - M	LLA	NÃO	IMIP	Sem informações
06	F	37	Católica	5 - M	LLA	NÃO	IMIP	QT
07	F	33	Católica	6 - M	LLA	NÃO	IMIP	QT
08	F	28	Evangélica	3 - M	LLA	NÃO	IMIP	QT
09	F	34	Não tem	7 - F	LLA	NÃO	IMIP	QT
10	F	32	Católica	5 - F	LLA	NÃO	IMIP	QT
11	F	35	Católica	7 - M	LLA	NÃO	IMIP	QT
12	F	26	Evangélica	3 - M	LLA	NÃO	IMIP	QT
13	F	52	Evangélica	15 - M	LMA	NÃO	HAPVIDA	QT
14	F	33	Evangélica	11 - F	LLA	NÃO	IMIP	QT
15	F	36	Católica	6 - F	LLA	NÃO	IMIP	QT
16	F	25	Evangélica	1 - F	LLA	NÃO	IMIP	QT
17	F	30	Evangélica	15 - M	LLA	NÃO	IMIP	QT

Legenda: F: feminino, M: masculino, LLA: Leucemia Linfóide aguda, LMA: Leucemia Mielóide Aguda, LMC: Leucemia Mielóide Crônica, QT: quimioterapia

Fonte: construção dos próprios autores

Quadro 02: Categorização das entrevistas dos responsáveis pelos pacientes no Serviço Oncológico Pediátrico do IMIP. Recife, Brasil, 2022.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTRO	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	Total	%		
Sentimento em relação à má notícia	Emocional	culpa	1																		1	21,67	
		desespero			1																		1
		ansiedade				1																	1
		tristeza											1	1									2
		sensação de estar "sem chão"					1	1			1					1							4
		outros sentimentos negativos						1	1						1								3
		nervosismo									1												1
		desmaio	1												1								1
		depressão													1								1
		choro	1		1						1	1				1							5
		tranquilidade																					1
		apelo místico e/ou espiritual		1		1						1	1										4
		Memória da má notícia	lembrança do dia e horário do diagnóstico	1									1	1	1					1	1		6
Comunicação da Má notícia	Local da comunicação	Presença de outros profissionais além do(a) médico(a)				1	1	1					1			1				5	12,5		
		o local não era apropriado																				3	
	História da doença	o local da comunicação estava calmo	1	1			1	1	1							1					7		
		resgate do histórico do paciente	1	1	1					1							1	1			6		
	Diagnóstico	presença do paciente durante a comunicação		1																	1	10	
		clareza na linguagem	1	1	1	1			1	1	1	1				1					10		
		atraso no diagnóstico																			1		
Apoio Psicológico	SEM acompanhamento psicológico/psiquiatra	1	1	1	1	1	1							1					1	9			
	COM acompanhamento psicológico/psiquiatra									1	1	1	1							4			
Plano terapêutico	houve explanação do plano terapêutico	1	1	1					1	1						1			1	7			
	houve a abordagem das chances de cura	1	1			1	1	1	1	1	1	1								11			
Triade paciente-médico-família	Relação família-paciente	há apoio da família para os custos pessoais	1												1	1				4	11,66		
		relação amigável entre paciente e família	1	1	1	1	1	1		1	1									1			
		relação dificultada em função do paciente	1																	1			
	Relação prof. Saúde -paciente	empatia de profissional médico		1							1									1	3		
		empatia de profissional enfermeiro			1																1		
		empatia de profissional do Serviço Social										1									1		
	empatia de profissional da Psicologia										1									1			

Fonte: construção dos próprios autores

Figura 1: Demonstração dos códigos temáticos sobre a comunicação de más notícias no Serviço Oncológico Pediátrico do IMIP, Recife, Brasil, 2022.



Fonte: construção dos próprios autores