



Vídeo educativo participativo para humanização da assistência em saúde

Participatory educational video for the humanization of health care

Carla Andréa Costa Alves^{1}, Silvia Wanick Sarinbo², Rosalie Barreto Bellan³*

^{1,2,3}Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil.

***Autor correspondente:** Carla Andréa Costa Alves – *E-mail:* carlaandrealves@gmail.com

RESUMO

Comunicar más notícias envolve, além de conhecimentos, complexidades afetivas e éticas. Sensibilizar médicos utilizando um vídeo participativo sobre a comunicação de más notícias em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, fundamentado no SPIKES e na antropologia visual. Qualitativa, descritiva exploratória, em três etapas: 1) Diagnóstico-participação de médicos e mães; 2) Desenvolvimento-produção do vídeo; e 3) Avaliação-percepção de médicos sobre o vídeo. Foi utilizada análise de conteúdo de Bardin. A Etapa 1 indicou: ambiência inadequada, pouca preocupação com as mães, pouco suporte emocional, inadequado convite para o diálogo, linguagem e comunicação inadequadas, pouca empatia e necessidade de melhorar a humanização. Sobre o vídeo baseado na Etapa 1, a percepção dos médicos indicou: aumento do seu grau de responsabilidade, reflexão sobre suas práticas profissionais e estímulo ao aprendizado teórico e à empatia nas relações profissionais na Unidade de Terapia Intensiva. Há dificuldades no processo de comunicação de más notícias, e a utilização de vídeo educativo participativo representa importante estratégia de incentivo à humanização da assistência em saúde.

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Educação médica. Humanização da assistência. Relações médico-paciente. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Delivering bad news involves not only knowledge, but also affective and ethical difficulties. To raise the awareness of physicians using a participatory video about delivering bad news in an Intensive Care Therapy, based on SPIKES and on visual anthropology. Qualitative, descriptive, and exploratory study in three stages: 1) Diagnosis - participation of physicians and mothers; 2) Development - video production; 3) Evaluation - perception from physicians about the video. Bardin's content analysis was used; Stage 1 showed: inadequate environment, little concern about the mothers, little emotional support, inadequate openness for dialog, inadequate language and communication, little empathy, and need to improve humanization. About the video based on Stage 1, the perception of physicians indicated: increased degree of responsibility, reflections on their professional practices, and encouragement to theoretical knowledge and to empathy in professional relations in the Intensive Care Unit. There are issues in the process of delivering bad news, and the use of educational participatory videos is an important strategy to humanize health care.

Palavras-chave: Health Communication. Education, Medical. Humanization of Assistance. Physician-Patient Relations. Intensive Care Units, Neonatal.

Recebido em Novembro 18, 2022

Aceito em Março 03, 2023

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde requer humanização nas relações interpessoais, e a comunicação é uma palavra-chave no processo de cuidado envolvendo a equipe de saúde e também os usuários^{1,2}. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH)³ e o HumanizaSUS⁴ preconizam a produção de vínculos por meio da relação entre os sujeitos, buscando a promoção de ligações afetivas e éticas entre profissionais, usuários e gestores, com uma convivência de apoio e respeito mútuos. Mediante seus princípios e diretrizes, a PNH estimula processos mais efetivos de comunicação entre esses atores de forma a garantir a autonomia e corresponsabilidade de profissionais de saúde e usuários no cuidado³.

De acordo com o Código de Ética Médica, que diz respeito à relação dos médicos com pacientes e familiares, é direito do paciente receber informações claras e verdadeiras sobre sua doença e é dever do médico comunicar de maneira compreensível o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento ao paciente ou familiar⁵.

A comunicação é uma competência médica, definida pelas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Medicina. Ela envolve expressões verbais e não verbais e deve ser exercida por meio de linguagem simples e acessível que facilite o processo terapêutico e comunicacional, assegurando a privacidade e levando em consideração aspectos psicológicos, culturais, contextuais, história de vida, o ambiente em que vive e as relações sociais e familiares do paciente⁶.

A comunicação de más notícias representa um desafio para todos os profissionais de saúde e tem sua importância reconhecida nacional e internacionalmente⁷. Inclui, em sua complexidade, informar pacientes e familiares sobre diagnósticos, prognósticos e tratamentos difíceis e/ou desfavoráveis, considerando desafios afetivos e éticos, logo é uma prática que requer humanização⁸. No Brasil, estudos revelam que estudantes e profissionais de saúde apresentam

dificuldades similares na comunicação de más notícias, em especial para lidar com a finitude da vida^{9,10}.

Unidades de Terapias Intensivas Neonatais (UTIN) apresentam enormes dificuldades nos processos de comunicação de más notícias, uma vez que seus pacientes internados são geralmente prematuros, tais casos envolvem a separação da díade mãe-filho, fazendo com que as mães reajam com medo, culpa, raiva, tristeza e frustrações¹¹. Particularmente no Nordeste brasileiro, estudos reportaram dificuldades tanto na formação médica durante a graduação quanto no preparo profissional para comunicar más notícias em UTIN^{7,9,10}.

Na história da formação médica, a cura é considerada o objetivo principal a ser alcançado, portanto a incapacidade de curar ainda é entendida como um fracasso profissional. Essa concepção de ensino médico promove dificuldades na tarefa de comunicar más notícias aos pacientes em situações nas quais a cura é improvável, tais como os casos de doenças crônicas ou terminais¹².

Adicionalmente, no Brasil, evidenciam-se poucas inclusões da comunicação de más notícias nas grades curriculares, como também pouca prática da utilização de métodos de comunicação. Isso impacta negativamente seja a vida profissional e pessoal do futuro médico, seja a relação com o paciente^{13,14,15}.

No sentido de orientar e auxiliar esse processo, a literatura médica indica diversos protocolos que apresentam etapas e diretrizes, como o SPIKES, um dos mais didáticos e conhecidos^{12,16,17}.

O SPIKES¹⁷ propõe seis passos estratégicos, com o objetivo de orientar o profissional de saúde durante a comunicação, no qual cada letra de seu nome representa um passo a ser seguido na comunicação de más notícias:

- a) *Setting* – preparação do ambiente, quem deve estar presente, atitudes cordiais;
- b) *Perception* – percepção do quanto o paciente ou familiar sabe sobre a doença;
- c) *Invitation* – convite para descobrir o quanto o paciente ou familiar deseja saber;

d) *Knowledge* – compartilhamento de conhecimento sobre a situação, dividir;

e) *Empathy* – empatia para responder aos sentimentos do paciente ou familiar;

f) *Strategy and summary* – esclarecimento para o paciente e/ou família sobre a estratégia do cuidado.

Porém, é preciso mais do que aprendizado teórico para modificar a realidade na prática dos serviços, uma vez que diretrizes e protocolos não consideram os impactos das notícias nos indivíduos e abordam superficialmente aspectos emocionais¹⁸. Assim, uma abordagem educacional participativa baseada em sensibilização e reflexão sobre essa prática se faz necessária, para que os profissionais de saúde possam avaliar e modificar comportamentos^{13,14}.

Recursos audiovisuais têm sido utilizados com bons resultados no processo de ensino-aprendizagem de estudantes da área de saúde. O objetivo é estimular o diálogo, a escuta do outro, expressar vozes silenciadas, trabalhar com e não para os participantes, produzir conhecimento compartilhado, mediador e capaz de transformar a realidade e dar espaço às áreas negligenciadas da saúde¹⁸.

Recursos audiovisuais participativos são produzidos com a participação do público-alvo visando desenvolver o senso crítico e a reflexividade. Utilizam técnicas cinematográficas para sensibilizar com base nas emoções vivenciadas e, assim, estimular a autoanálise e a reflexão crítica sobre os problemas presentes no cotidiano e suas possíveis soluções¹⁹.

No campo do audiovisual, os princípios da antropologia visual fundamentam pesquisas sociais e comportamentais. Consideram o aprofundamento do conhecimento sobre os grupos sociais envolvidos e seus contextos sociais e culturais, que podem ser compreendidos e analisados à luz da mídia visual, cuja representação pode afetar a percepção e compreensão sobre os objetos do estudo²⁰. Não menos importantes, os princípios da interdisciplinaridade, da colaboração e ética são articulados de forma responsável na coleta e manipulação das mídias

visuais, da colaboração entre os indivíduos participantes e na combinação de diferentes áreas temáticas e domínios de conhecimento^{21,22,23,24,25}.

A reprodução fiel que resulta da atenção às palavras, aos gestos e aos conteúdos da expressão verbal e não verbal das pessoas filmadas é fundamental para a compreensão da mensagem transmitida¹⁹. Os vídeos, sob a visão do referencial teórico da antropologia visual, estimulam a autocrítica, auxiliando na compreensão da realidade²¹.

Este artigo apresenta e discute os resultados de uma intervenção educativa utilizando um vídeo participativo sobre a comunicação de más notícias, construído com base em grupos focais realizados com mães e médicos residentes em uma UTIN.

Toda a equipe profissional de saúde atuante na UTIN participa e sofre impactos da comunicação de más notícias, mas os médicos residentes de Pediatria foram escolhidos como público-alvo nesta pesquisa, por ainda estarem em processo de formação, sendo mais propensos à aceitação do aprendizado e com maior possibilidade de disseminação de seus resultados na equipe de saúde.

Para organizar os depoimentos de mães e médicos residentes da UTIN, utilizou-se o protocolo SPIKES, e seus seis passos, em razão de sua popularidade e didática na orientação sobre a comunicação de más notícias^{26,27,28}.

No contexto desta pesquisa, compreende-se a metodologia proveniente da antropologia visual como auxiliar no processo de comunicação em saúde, no diálogo entre profissionais e familiares, na melhora do conhecimento dos processos de saúde, no entendimento das necessidades dos sujeitos, na ajuda durante a formação de profissionais de saúde e em pesquisas sobre as práticas comunicacionais em saúde, na melhora da qualidade das práticas de serviços e cuidados e na promoção da humanização na saúde²⁹.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado com médicos residentes e mães de neonatos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital universitário de uma universidade federal do Nordeste brasileiro, no período de agosto a dezembro de 2019, sob a visão teórica do *framework* SPIKES³⁰ e da antropologia visual. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva exploratória, a qual considera a compreensão interpretativa das falas das pessoas e os sentidos produzidos em suas análises³¹.

A equipe de saúde responsável pelo cuidado na UTIN inclui diferentes profissionais de saúde, que participam e sofrem impactos da comunicação de más notícias, objeto deste estudo. No entanto, a participação dos médicos residentes foi priorizada, uma vez que estes ainda estão em processo de formação, sendo mais propensos à aceitação do aprendizado e com maior possibilidade de disseminação de seus resultados na equipe de saúde.

Este estudo foi organizado nas seguintes etapas, a saber:

Etapa 1: **Diagnóstico** – Realização de dois grupos focais (GF) (GF1 com 12 médicos e GF2 com seis mães), para a produção de informações acerca da comunicação de más notícias na UTIN com a finalidade de entender o processo de comunicação;

Etapa 2: **Desenvolvimento** – Produção do vídeo respondendo às necessidades identificadas na primeira etapa, utilizando os depoimentos gravados com médicos e mães na Etapa 1;

Etapa 3: **Avaliação** – Realização do grupo focal (GF3) com apresentação e discussão sobre o vídeo com sete médicos residentes de Pediatria. Os dados coletados foram analisados compondo as suas percepções sobre o vídeo.

Os procedimentos realizados nas três etapas da pesquisa estão representados no diagrama da Figura 1.

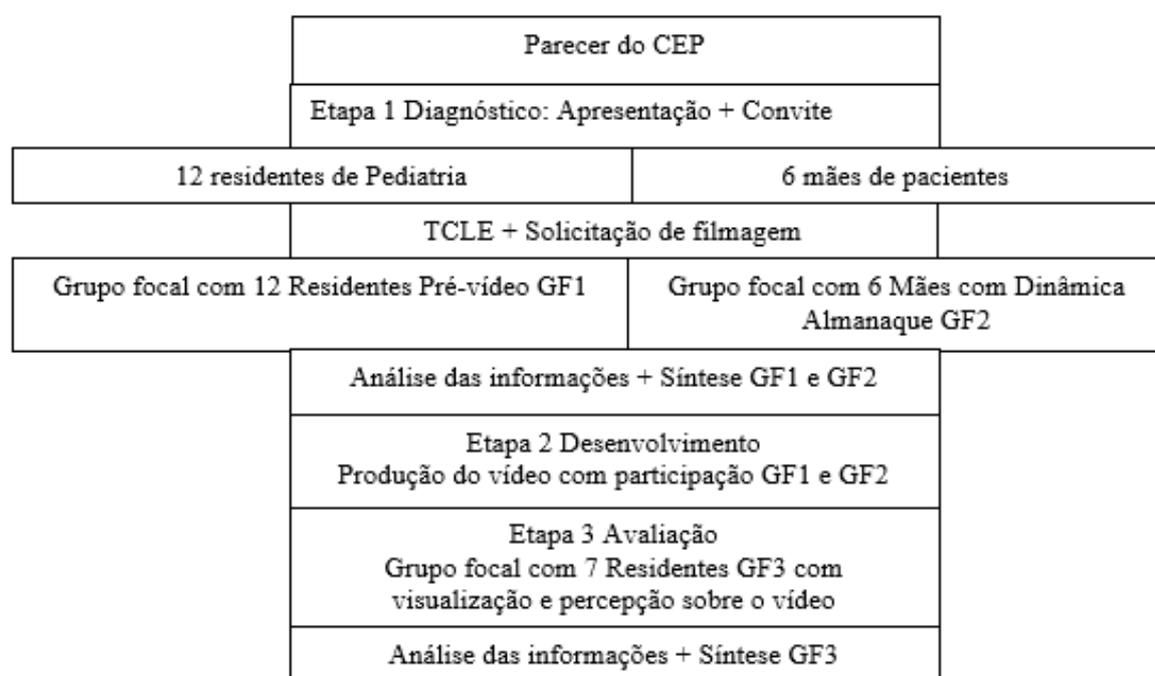


Figura 1. Diagrama Procedimentos Metodológicos

Fonte: Alves (2023).

O GF1 foi realizado em 16 agosto de 2019 e teve duração de duas horas e 22 minutos. O GF2 se deu em 19 de agosto de 2019, com duração de 52 minutos. Por fim, o GF3 ocorreu em 19 de dezembro de 2019 e durou 23 minutos.

Os participantes desta pesquisa, tanto os médicos residentes quanto as mães, foram convidados pela pesquisadora pelo fato de estarem no serviço no período da intervenção. Antes do início deste estudo, a pesquisadora esteve em contato com as pediatras responsáveis pela Residência de Pediatria, com os todos os médicos residentes e com todas as mães dos neonatos internados na UTIN para esclarecer a importância e os objetivos da pesquisa, sendo acertado o melhor dia e horário antecipadamente com os convidados. Não houve recusa nem desistência da pesquisa pelos participantes. Os médicos residentes e as mães disponíveis participaram do início ao fim da pesquisa.

Os grupos focais contaram com os seguintes momentos:

- 1) Marcação antecipada do horário;
- 2) Organização e preparação do ambiente;
- 3) Acolhimento do grupo e apresentação, aos participantes, dos organizadores e dos objetivos das atividades que seriam desenvolvidas;
- 4) Para o GF com as mães (GF2), procedeu-se à dinâmica Almanaque, a fim de estimular o desenvolvimento das conversas com base na metodologia ativa MCS (Método Criativo Sensível) e DCS (Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade)³². Essa dinâmica ocorre por meio de recorte e colagem de figuras, desenhos, frases e palavras de origens diversas relacionadas ao tema ou questão central apresentada: “Comunicação de más notícias na UTIN”;
- 5) Roteiro de perguntas baseadas no QCCM (Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico)³³,

na versão para pacientes e na versão para médicos. Cada participante teve espaço para apresentar sua percepção ao grupo, com base na qual se iniciou a discussão coletiva; e

- 6) Análise e validação coletiva dos dados produzidos.

Os GFs contaram com três facilitadores, que conduziram as conversas, observaram e interagiram com os participantes: a pesquisadora e dois professores — todos com experiência na condução de grupos focais em pesquisa qualitativa. Além dos participantes e dos facilitadores, estava presente o responsável pela gravação das imagens e áudios, que se manteve em silêncio e sem interação com os participantes e facilitadores dos dois primeiros grupos focais de mães e médicos residentes.

A maioria dos participantes dos grupos focais se dispôs a falar, comentar as falas dos colegas e se manifestar acerca do tema e seus desenvolvimentos, expressando suas opiniões. Todos os participantes dos grupos iniciaram e terminaram juntos nos grupos focais.

As mães e residentes que teriam a gravação de suas participações nos grupos focais concordaram antecipadamente com o uso das suas imagens e falas para a produção do vídeo.

Quando as falas começaram a se repetir, sem mais novidades e com a saturação relacionada ao tema³⁴, foram encerrados os grupos. Houve um agradecimento aos participantes, e os facilitadores se colocaram à disposição para sanar dúvidas ou conversar mais sobre o assunto.

Após a realização dos grupos focais, foi realizada a escuta das gravações e a transcrição na íntegra de todas as falas que foram categorizadas a priori por domínios previamente definidos de acordo com os seis passos do protocolo SPIKES. A análise qualitativa das informações coletadas nos três grupos focais foi realizada utilizando a abordagem de análise de conteúdo de Bardin³⁵.

Todos os participantes leram, entenderam

e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preencheram a caracterização do participante com os seus dados pessoais. Este estudo teve o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), aprovado com número 3.060.832.

O sigilo e o anonimato dos participantes foram mantidos com a substituição dos nomes dos residentes por RES e das mães por MAE. Ainda, os rostos dos participantes no vídeo foram submetidos a um efeito de desfoque.

RESULTADOS

Entre os residentes, verificou-se que a quase totalidade se reconhecia como do gênero feminino (11/12; 91,7%); todos referiram possuir alguma religião; e apenas uma médica residente relatou gestação (1/12; 0,3%). No Quadro 1, estão outras características dos participantes médicos. No entanto, ressalta-se que pouco mais da metade deles (8/12; 66%) descreveu experiência prévia com comunicação de más notícias.

Quadro 1. Caracterização dos médicos residentes participantes do GF1

Ano de conclusão do curso de graduação			Ano em curso na residência			Local de formação			Experiência na comunicação de más notícias		
	n	%		n	%		n	%		n	%
2015	1	8,3	1º ano	6	50	Alagoas	7	58,3	Sim	9	66,6
2016	2	16,6	2º ano	6	50	Paraíba	1	8,3	Não	3	33,3
2017	6	41,6				Pernambuco	2	16,7			
2018	3	33,3				Rio Grande do Norte	2	16,7			
						Santa Catarina	1	8,3			

Fonte: Alves (2023).

A caracterização das mães de prematuros do GF2 está descrita no Quadro 2. Ressalta-se que a maioria possuía instrução no nível do ensino médio.

Quadro 2. Caracterização das mães participantes do GF2

Procedência			Grau de instrução			Numero de gestações			Tempo de permanência do neonato na UTI (dias)		
	n	%		n	%		n	%		n	%
Capital	2	66,6	Fundamental	2	66,6	Primíparas	5	83,3	< 5	1	16,7
Interior	4		Médio	4	33,3	Multíparas	1	16,6	6-10	1	16,7
									11-20	2	33,3
									21-30	2	33,3

Fonte: Alves (2023).

DINÂMICA ALMANAQUE: ESTRATÉGIA PARA ESTIMULAR A PARTICIPAÇÃO DAS MÃES NO GRUPO FOCAL

A dinâmica denominada Almanaque procura estimular a participação no grupo por meio de recortes, colagens de figuras, desenhos, frases e palavras relacionadas ao tema ou questão central deste estudo. As artes estimuladas pela dinâmica Almanaque revelaram as dificuldades das mães de neonatos no dia a dia de uma UTIN.

A MAE 1 escolheu uma imagem de uma criança triste e solitária. Essa figura demonstrou seu sentimento sobre a sua vivência na UTIN.

MAE 4: “Escolhi a imagem de uma gravidez e de um parto aqui que foi normal. Foi uma coisa que aconteceu comigo aqui. Por conta disso, meu menino nasceu com problema respiratório e até hoje ele não... [choro] ...ele nasceu muito cansadinho e até hoje ele com 1 mês e 17 dias, mais ou menos, é que ele tá se recuperando. Ainda tá muito cansadinho.” MAE 6 “Eu escolhi essa imagem

porque significa muito pra mim. Um cara subindo uma montanha e atrás tem um precipício.”

MAE 3 “Minha imagem foi a fadiga ou o cansaço mental e físico. O mental mexe no psicológico da gente nesse lugar. A gente sofre muito também e o cansaço físico.”

MAE 5 “Eu escolhi o silêncio. E também a educação. E a atenção.”

MAE 2 “A minha, eu escolhi uma pessoa pegando fogo... [choro]. Pra representar a dor da gente... [choro]”.

EXPRESSÕES DE MÃES E MÉDICOS RESIDENTES SOBRE A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NA UTIN (GF1 E GF2)

Os depoimentos de mães e residentes estão sintetizados a seguir e foram utilizados como subsídio para a produção do vídeo. Visando facilitar a análise e organização do diagnóstico para elaboração do vídeo, os depoimentos foram categorizados de acordo com o protocolo SPIKES (Quadro 3).

Quadro 3 – Resumo dos resultados da Etapa 1 por diretriz do protocolo SPIKES

(Continua)

CATEGORIAS SPIKES	RESIDENTES	MÃES
AMBIÊNCIA	Ambiência inadequada Estrutura deficiente Comunicação à beira do leito Dificuldades no processo de trabalho Sem horário definido para conversar com as mães	Ambiência inadequada Estrutura deficiente Sensação de presídio e barulho Pouco acolhimento Insatisfação com regras da UTIN Pouca privacidade
PERCEPÇÃO	Pouca percepção das mães Pouco suporte emocional aos residentes Sobrecarga de trabalho e estresse	Pouca preocupação com o que as mães sabem sobre a doença dos seus filhos Insatisfação com a equipe multiprofissional Pouco apoio emocional Isolamento Pouco acolhimento
CONVITE PARA CONVERSA	Pouco convite para diálogo Médicos aguardam solicitação das mães Sobrecarga de trabalho Pouco acesso e pouca disponibilidade	Pouco convite para conversar Forma inadequada de convidar Medo de procurar informações

(Conclusão)

CATEGORIAS SPIKES	RESIDENTES	MÃES
COMPARTILHAMENTO DAS INFORMAÇÕES	Linguagem inadequada Aprende observando Sobrecarga de trabalho e pouco tempo Pouca sensibilidade e escuta Poucas estratégias para conversar Inadequada articulação entre equipe	Linguagem e comunicação inadequadas Dificuldade para entender Pouca sensibilidade
EMPATIA	Empatia × Capacidade técnica Dificuldade para lidar com morte de crianças Emoção é problema e não ferramenta Personalidades diferentes Frustrações e fugas Necessidade de atualização, apoio emocional e da equipe Dificuldade para falar a verdade sem tirar a esperança	Variedade de sentimentos Pouco suporte emocional Pouca empatia da equipe Pouca sensação de ser mãe
RESUMO E ESTRATÉGIAS	Melhorar sensibilidade Usar religiosidade Pensar junto com as mães Esclarecer dúvidas Mais espaço e tempo para escuta Importar-se com a opinião das mães Melhorar ambiência e processo de trabalho Maior valorização da humanização	Maior sigilo Mais respeito às opiniões das mães Maior atenção Mais sensibilidade e suporte emocional

Fonte: Alves (2023).

O VÍDEO PARTICIPATIVO PRODUZIDO

O vídeo mostrou a realidade prática e, muitas vezes, inadequada da comunicação de más notícias na UTIN; e apresentou o conhecimento teórico preconizado no SPIKES, com o objetivo de promover reflexão nos profissionais da saúde para as suas práticas nesse tipo de comunicação. O público-alvo do vídeo são os médicos residentes de Pediatria.

O vídeo foi construído com base nas necessidades e dificuldades identificadas por

mães e residentes. Os diagnósticos identificados pelos participantes do GF1 e GF2 que serviram de suporte para a produção do vídeo foram: Ambiência inadequada; Não percepção do outro; Convite inadequado para conversar; Compartilhamento inadequado das informações; Não se colocar no lugar do outro; e Falta de resumo e estratégias junto com a família dos pacientes. As etapas do roteiro do vídeo estão ilustradas na Figura 2.

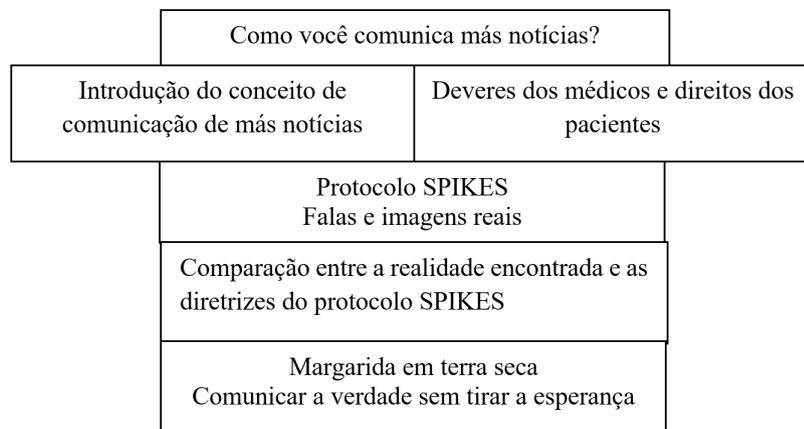


Figura 2. Diagrama de produção do vídeo
Fonte: Alves (2023).

O vídeo tem duração de 12 minutos, para permitir abordar o tema sem a desistência do espectador e de maneira a poder ser incluído na rotina de trabalho dos residentes, citada no diagnóstico com uma sobrecarga excessiva. Seu título foi apresentado em uma tela na cor preta: “Como você comunica más notícias?” A escolha pelo tom escuro se deveu à associação com a gravidade do tema abordado.

Antes da exposição das diretrizes do SPIKES, foram trazidos conceitos para introduzir o tema com imagens de bebês nas mãos das mães e trilhas sonoras suaves adquiridas da internet (livres). Estas foram as informações direcionadas aos médicos: os deveres do médico e os direitos das mães em relação à obtenção de informações sobre a saúde dos seus filhos na UTIN. A definição de “má notícia” é apresentada, com imagens de médicos acompanhadas das trilhas sonoras suaves.

Após introdução sobre o SPIKES, são mostradas, para cada etapa, as imagens e áudios produzidos pelos participantes. Cada etapa do SPIKES é exibida com uma identidade visual diferenciada para que o espectador se posicione em relação ao contexto da etapa que está sendo abordada. Em todas as etapas do vídeo, enfatiza-se a realidade observada e, posteriormente, a comunicação adequada e orientada pelo protocolo.

A finalização do vídeo conduz o espectador a uma síntese das etapas do protocolo

com a finalidade de permitir a retenção do assunto. Ainda, nesse final, exibiu-se um depoimento emocionado de uma mãe chorando e falando sobre a dor de ser mãe de um prematuro, além de uma imagem obtida da internet (livre de direitos autorais) de uma margarida brotando em terra seca, seguida da legenda: “Comunicar a verdade sem tirar a esperança”. Esse final teve o objetivo de, mais uma vez, despertar a empatia e a sua importância na comunicação de más notícias.

PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES DO VÍDEO NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS (GF3)

Os residentes compreenderam a relevância do vídeo, pois este demonstrou a realidade da prática médica, estimulando, assim, a autoavaliação das suas atitudes na “Comunicação de más notícias em UTIN”. Perceberam a importância da valorização da escuta e das necessidades das mães na seguinte fala:

RES 13 “De repente seja isso: Mostrar o que, na realidade, é feito de uma forma bem ruim, como nas falas das mães e de repente, as pessoas, pelo menos, comecem a fazer de uma forma diferente, mais empática.”

Dessa forma, o vídeo se mostrou um instrumento para a promoção da reflexão das

práticas profissionais relacionadas à comunicação de más notícias na UTIN. Também houve contribuição do vídeo na percepção do grau de responsabilidade que os médicos precisam ter na vida dos neonatos e de seus familiares, como nas seguintes afirmações:

RES 11 “O vídeo contribuiu pra melhorar o grau de responsabilidade que a gente precisa ter.”

RES 13 “Talvez as pessoas precisem de um despertar, né?”

De acordo com os médicos residentes de Pediatria, o vídeo auxiliou no aprendizado para comunicar más notícias por meio das falas e imagens reais das relações na UTIN, como foi observado nos relatos seguintes:

RES 3 “Às vezes, você tem tantos conhecimentos técnicos, mas você não consegue penetrar, assim, naquela situação, naquele contexto, né?”

RES 2 “Depois do nosso primeiro encontro, a gente passou por um caso bem complicado: uma criança com linfoma, mas a residente já tinha uma experiência no SPIKES e aí não foi tão difícil.”

RES 11 “Então, assim, a gente praticou tudo adequadamente do SPIKES.”

RES 11 “A maioria do SPIKES a gente fez. Chamou a família, colocou eles sentados, primeiro conversou com os pais, depois com a criança. Praticou realmente a empatia, se colocando no lugar do outro.”

RES 11 “O vídeo contribuiu pra melhorar o conhecimento que a gente precisa ter.”

Sob a percepção dos residentes de Pediatria, o vídeo participativo estimulou a empatia nos residentes participantes, como foi relatado na seguinte fala:

RES 1 “O vídeo contribuiu pra melhorar a empatia. Na verdade a palavra mestra é a empatia.”

Pela ótica dos residentes de Pediatria, o vídeo reforçou a importância de aprender o conhecimento teórico de maneira adequada, com sensibilidade, como reforçado pela fala seguinte:

RES 2 “A gente tem que pensar assim: aquela criança, aquele ser, é o amor de alguém, né? Aí a gente encontra essa sensibilidade.”

A importância do papel do vídeo no estímulo a mudanças de prática na UTIN foi reconhecida, mas com ressalvas, considerando a complexidade do processo de mudanças nessa temática, como referido na fala a seguir:

RES 2 “Claro que só o vídeo não é o suficiente, mas é extremamente importante.”

Há alguns fatores com potencial de dificultar a comunicação de notícias difíceis no dia a dia da UTIN, como: o processo de trabalho, a personalidade individual dos médicos e a obrigação de ter que lidar com vida e morte diariamente, o que prejudica a prática humanizada da comunicação de más notícias na UTIN. Porém, o mais difícil para os residentes de Pediatria não é aprender o conhecimento teórico, e sim pôr em prática esse aprendizado de maneira adequada, sem tirar a esperança do paciente ou familiar. O vídeo reforçou isso por meio da fala:

RES 13 “A parte mais difícil foi em relação à última frase do vídeo, que é comunicar a verdade sem tirar a esperança, né? Eu acho que é a parte mais difícil, é a gente dizer o prognóstico, dizer o que ele vai enfrentar daqui pra frente e não desanimar o paciente.”

Dessa maneira, sob a visão dos residentes de Pediatria, o vídeo estimulou a melhora dos

seguintes aspectos: Conhecimento teórico; Grau de responsabilidade; Empatia; Estímulo à autocrítica e reflexão; e Valorização da esperança do familiar.

DISCUSSÃO

A seguir, discutimos os resultados obtidos durante as etapas da pesquisa. Separamos por tópicos para facilitar o entendimento, que foram organizados cronologicamente.

ACOLHIMENTO ÀS MÃES NO GRUPO FOCAL

A necessidade de atenção e respeito das mães é reforçada pela Política Nacional de Humanização brasileira³ como essencial para se efetivar o acolhimento e a humanização para com os usuários do Sistema Único de Saúde. Também se espera que os profissionais que atendem em UTIN compreendam o cansaço físico e mental extremo das mães e tenham sensibilidade e empatia para auxiliá-las^{17,36}.

A dinâmica denominada “Almanaque” estimulou a participação das mães no grupo focal por meio de recortes e colagens de figuras relacionadas ao tema ou à questão central da pesquisa. Algumas artes estimuladas pela Dinâmica Almanaque produzidas pelas mães revelaram suas dificuldades no dia a dia na UTIN.

As mães expressaram sentimentos de medo e tristeza em suas colagens na dinâmica Almanaque. Esses sentimentos foram discutidos em estudos^{37,38} anteriores, no qual as mães de neonatos internados em UTIN expressaram esses sentimentos durante a primeira visita ao filho. Tais sentimentos indicam a necessidade de treinamentos específicos para que a equipe profissional possa garantir um atendimento adequado e permitir a formação de vínculo entre mãe e filho, em uma situação muitas vezes precária e difícil. Reuniões ampliadas entre a equipe de saúde e os familiares dos pacientes

são indicadas para o esclarecimento de dúvidas da família e também para proporcionar uma reflexão da equipe hospitalar sobre a atividade assistencial realizada³⁸.

A REALIDADE NA UTIN SOB A ÓTICA DE MÃES E RESIDENTES NO TOCANTE À COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Tanto as mães quanto os residentes de Pediatria perceberam as dificuldades estruturais da UTIN em estudo. A comunicação de más notícias tem acontecido, usualmente, à beira do leito do paciente, sem privacidade e sem acolhimento aos familiares dos neonatos. Também foi identificado que não há horário específico para a comunicação com os familiares, e as informações são passadas em horários de conveniência dos profissionais.

Os problemas estruturais do espaço físico da UTIN em estudo e as atitudes pouco humanizadas por parte dessa equipe divergem da observação dos participantes de um estudo, que encontrou em seus atendimentos na UTIN a sinceridade e a tranquilidade do profissional de saúde, a boa relação médico-familiar e um local adequado para a comunicação da má notícia. Essa percepção é diferenciada para serviços hospitalares públicos e privados, no qual os primeiros obtiveram opiniões menos favoráveis dos pacientes sobre a qualidade da comunicação de más notícias³⁹. Assim, entendemos que as dificuldades estruturais percebidas na UTIN do nosso estudo estão alinhadas com as necessidades ainda existentes de organização do serviço na esfera pública.

A equipe profissional de saúde da UTIN em busca da melhora na relação médico-familiar precisa focar sua atenção nos familiares, verificando o que estão de fato entendendo sobre a doença de seus filhos, a fim de esclarecer suas dúvidas sobre diagnóstico, prognóstico, tratamento e evolução.

As justificativas para o fato de os médicos não perceberem os familiares foram a sobrecarga

de trabalho e escassez de tempo para dedicar aos familiares no cotidiano da UTIN, não cumprindo ou cumprindo de modo inadequado as etapas do protocolo SPIKES, como o convite para as conversas. O acolhimento dos usuários é uma das diretrizes da PNH³ e do HumanizaSUS⁴, os quais preconizam uma escuta qualificada que pode garantir o olhar necessário para entender as necessidades e prioridades do usuário, ampliando a efetividade da prática. Se há a necessidade de estruturar melhor o serviço, a equipe reflexiva, motivada e empática poderá estabelecer movimentos junto com a gestão nesse sentido.

A atenção e a compreensão empática são essenciais na comunicação assertiva⁴⁰. O conhecimento sobre o SPIKES³⁰ permite questionar posturas de médicos ao convidarem pacientes/familiares para as conversas na UTIN. No nosso estudo, os achados relacionados aos convites sob a forma de “gritos”, nas falas das mães, podem indicar a extrapolação nas posições de poder, sendo entendida como normal nas relações médico-familiares, enfraquecendo ainda mais a autonomia das mães na UTIN. Tais atitudes são inaceitáveis, tanto nas comunicações interprofissionais quanto, principalmente, no trato com os familiares dos neonatos que estão em posição de fragilidade.

As relações de poder geralmente estão associadas ao conhecimento. A intervenção utilizando o vídeo participativo expôs desbalanceamentos nas relações de poder, permitindo que houvesse uma reflexão sobre elas, com possibilidades de consequente reequilíbrio. Apesar da atitude inadequada, ela sinaliza o sofrimento de quem se sente, muitas vezes, impotente diante de tantas dificuldades impostas nos serviços assistenciais⁴¹.

É essencial o compartilhamento adequado das informações, mas não basta compartilhar o conhecimento sobre a doença e sobre o doente: é essencial a forma como se compartilha. A nossa pesquisa demonstrou que

a maioria dos residentes tem o conhecimento teórico, mas aprende a prática da comunicação de más notícias por meio da observação no serviço, podendo se utilizar de exemplos inadequados, bem como de fatores complicadores das comunicações de más notícias^{7,12}.

Em nossa pesquisa, a linguagem técnica utilizada na UTIN para comunicar a situação de saúde do paciente afastou as famílias da equipe multiprofissional, divergindo do princípio teórico dialógico do SPIKES³⁰, o qual embasa o compartilhamento de conhecimento no respeito às diferenças, na inclusão das pessoas, não representando, simplesmente, a passagem de informações. Principalmente em hospitais públicos, a adequação da linguagem para se comunicar com a família é essencial. A percepção do quanto a família entende sobre a doença de seu filho e, ainda, seu nível de escolaridade precisam ser considerados pelos médicos para o adequado esclarecimento, contribuindo para a autonomia da família em relação ao cuidado.

Outra diretriz importante do protocolo SPIKES³⁰ é sintetizar as informações a serem compartilhadas com os pacientes e seus familiares, objetivando um planejamento terapêutico em que haja respeito às possibilidades e aos desejos dos familiares envolvidos na comunicação de más notícias em UTIN¹⁷.

Na opinião das mães participantes, a responsabilidade pelo apoio psicológico também é atribuída à equipe médica. Isso corrobora o estudo em que os pacientes consideraram seu médico como uma de suas fontes mais importantes de apoio psicológico, sendo as atitudes empáticas a forma mais poderosa de fornecer esse apoio, pois reduzem o isolamento do paciente, expressam solidariedade e valorizam os sentimentos e pensamentos do paciente ou familiar⁴². Esse achado demonstra que as mães entendem a complexidade da comunicação de más notícias, a qual vai além da passagem de conhecimentos técnicos e se apoia na equipe profissional da UTIN.

Quanto à percepção dos médicos residentes sobre a comunicação de más notícias, surgiram sugestões de melhora na estrutura física para uso da equipe multiprofissional nessa comunicação e no processo de trabalho da UTIN (treinamentos), em que se valorize a humanização na saúde, beneficiando todos os envolvidos no processo. Um achado importante é a percepção dos médicos residentes sobre a necessidade da dimensão emocional no processo de aprendizagem — necessidade, esta, evidenciada pelas dificuldades de relacionamento na UTIN.

Não é fácil se colocar no lugar do outro e comunicar a verdade sem reduzir a esperança. A empatia é uma das diretrizes do protocolo SPIKES³⁰, relacionada aos aspectos de aprendizagem que envolvem os sentimentos¹⁷. Não é uma tarefa fácil adequar o conhecimento teórico a uma prática que abrange sentimentos, afetos e emoções.

Essa sugestão dos médicos segue a preocupação da Política Nacional de Humanização com o cuidado físico e emocional dos pacientes, dos familiares e dos profissionais da saúde, com a educação continuada desses profissionais e com o apoio dos gestores à equipe profissional, à estrutura do ambiente e ao processo de trabalho.

É preciso lembrar que os residentes de Pediatria são profissionais graduados, porém ainda em formação, portanto necessitam do ensino-aprendizado baseado em instrumentos reflexivos, dialógicos e participativos para fortalecer a empatia e comunicação com as mães dos seus pacientes⁴³. Constitui-se um desafio na prática profissional, porém é um pilar para a formação desses profissionais de saúde⁴⁴.

O VÍDEO PARTICIPATIVO COMO ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO E REFLEXÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES

Todos os residentes participantes deste estudo informaram que se conscientizaram da importância de aprender a comunicação de más

notícias e acharam válida a produção do vídeo utilizando o protocolo SPIKES como norteador teórico.

O vídeo foi avaliado pelos residentes de Pediatria como instrumento importante para estimular a reflexão sobre a comunicação de más notícias na UTIN por meio da problematização e da empatia. Nesse contexto, os aspectos de sensibilização e reflexão foram promovidos no processo de construção do vídeo de forma participativa, possibilitando a experimentação e contato com emoções e aspectos emocionais envolvidos. Tais aspectos foram trabalhados também no grupo focal realizado posteriormente com os médicos residentes utilizando-se o vídeo com as exposições das mães.

Os bons resultados de metodologias fílmicas têm sido descritos na literatura uma vez que permitem análises e comparações ampliadas, do meio social e de suas representações⁴⁵. O filme constitui um espelho importante não apenas para refletir como cada grupo representa a si mesmo, mas também para representar o outro, promovendo o respeito pelas diferenças entre os indivíduos. Sendo assim, seus resultados nos participantes vão além de uma capacitação tradicional⁴⁶.

Enquanto recurso mediador para a educação permanente, o vídeo pode atingir uma escala maior de trabalhadores da saúde, sendo reutilizado em intervenções com outras equipes, instituições e contextos. Assim, permite o compartilhamento de informações importantes, sensibilizando os residentes para a problemática da comunicação de más notícias, com baixo custo; e a praticidade de acesso oferece conveniência de horários aos profissionais, ao utilizarem um recurso já existente. Essa potencialidade se coaduna com a atualização da PNEPS (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde), que preconiza o uso de novas estratégias e modalidades formativas para viabilizar as ações de educação permanente nos serviços de saúde, atendendo de forma mais próxima às necessidades dos usuários⁴⁷.

CONCLUSÃO

A intervenção educativa com o vídeo participativo, produzido com base em depoimentos reais com mães de neonatos e médicos residentes de Pediatria no contexto da UTIN, proporcionou discussões mais aprofundadas sobre o tema e tem potencial para induzir modificações de práticas, por meio da reflexão e da valorização de atitudes empáticas. Isso é importante, já que os residentes estão em processo de formação, e sua maior propensão à aceitação do aprendizado pode contribuir para reduzir o sofrimento de todos os envolvidos no processo de comunicar más notícias.

Não vemos como limitação o pequeno número de médicos residentes participantes, uma vez que, nesta estratégia, o fator preponderante é a profundidade das discussões e imersões nos aspectos emocionais e afetivos. Uma estratégia em maior escala, mas com efeitos mais limitados, poderia ser a reprodução desse vídeo para outros grupos de profissionais de saúde e gestores de forma a proporcionar discussões no contexto particular desses novos grupos.

Como este estudo avaliou a percepção dos residentes, as reais mudanças de prática dos envolvidos no processo educacional precisam ser avaliadas futuramente, visando a uma maior adequação na comunicação de más notícias por parte dos médicos residentes e, conseqüentemente, da equipe de saúde da UTIN. Como sugestão, entendemos que a inserção curricular nos cursos de Medicina, bem como em programas de educação permanente, de estratégias pautadas na reflexão sobre práticas baseadas na observação, como a apresentada neste trabalho, contribuirá para o desenvolvimento desta competência mais adequadamente.

REFERÊNCIAS

1. Pinho LB, Santos SMA. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. *Cogitare Enferm*, 2007,12(3):377-85. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. *Cogitare enferm*. 2007;12(3): 377-385. DOI 10.5380/ce.v12i3.10038
2. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, 2001; 35(1):103-9. (PDF) Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia SciELO - Brasil - Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. PNH. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Política Nacional de Humanização PNH: Humaniza SUS. Brasília; Ministério da Saúde; 2015 [14] p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HUMANIZASUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
5. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. Brasília: CFM; 2010.
6. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares-cursos de graduação- Medicina. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.
7. Campos CACA, Silva LB, Bernardes JS, Soares ALC, Ferreira SMS. Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários. *Saúde debate*. 2017;41(n especial):165-174. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S214>
8. Monteiro DT, Quintana AM. The communication of bad news in icu: perspective of doctors. *Psic.: teor. e pesq*. 2016;4. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324221>
9. Bushatsky M. Pacientes fora de possibilidade terapêutica: percepções de cuidadores, estudantes e profissionais de saúde diante da finitude e de cuidados paliativos. Tese. 2010. Recife-PE. RI UFPE.

10. Cavalcante M, Vasconcelos M, Grosseman S. A Comunicação De Más Notícias Por Estudantes De Medicina: Um Estudo De Caso. *CIAIQ* 2017; 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1517>.
11. Camargo CL, et al. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá*. 2004;3(3):267-275. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5394>
12. Pereira CR. Comunicando más notícias: protocolo paciente. Tese apresentada a Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu para obtenção do grau de Doutor. Botucatu; 100 p. 2010.
13. Almeida MTC, Batista NA. Ser docente em métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2011;35(4):468-476. <https://www.scielo.br/j/rbem/a/cdKB-P3HnpMHyMpqqK9wD9rR/?format=pdf&lang=pt>
14. Ronconi AC, Bernini DSD. O uso de metodologias ativas no ensino médico: um estudo bibliométrico do ano de 2017. *Revista Esfera Acadêmica Humanas*, 2017; 2(1):6-18. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400005>
15. Vogel KP, et al. Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. *Rev. bras. educ. med.*, 2019;43(n. 1, supl. 1):314-321. <https://www.scielo.br/j/rbem/a/pCSW5SbwjD4MSCSpnG4WB9K/?format=pdf&lang=pt>
16. Narayanan V, Bista B, Koshy C. BREAKS Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 2010; 16(2):61-65. DOI: 10.4103/0973-1075.68401. Protocolo 'BREAKS' para Breaking Bad News - PubMed (nih.gov)
17. Buckman R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2005;2(2):138-142. DOI:10.1016/S1548-5315(11)70867-1
18. Fieschi I, Burlon B, de Marinis MG. Teaching midwife students how to break bad news using the cinema: an Italian qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2015; 5(2):141-7. DOI: 10.1016/j.nepr.2015.01.008
19. Silva IMC, Salvador LM. Vídeo participativo e educomunicação: o vídeo participativo como um processo educacional. *RELI-CI-Revista Livre de Cinema*. 2020;7(2):63-74. <http://www.relici.org.br/index.php/relici/article/download/253/284>
20. Lisboa MES. Antropologia visual e documentário: uma análise do documentário Promises. *Revista Científica do Departamento de Comunicação Social da Universidade Federal do Maranhão*. 2014;XIX(14). <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cambiassu/article/view/3513>
21. Sardelich ME. Leitura de Imagens, Cultura Visual e Prática Educativa. *Cadernos de Pesquisa*, 2006;36(128). <https://doi.org/10.1590/S0100-15742006000200009>
22. Landa MB. Olhar in(com)formado: teorias e práticas na antropologia visual/Mariano Báez Landa; Gabriel o. Alvarez (Org.). Goiânia: Imprensa Universitária; 2017. ebook_olhar_inconformado.pdf (ufg.br)
23. Eusébio AJ, Magalhães SB. Filme etnográfico e o estudo do cotidiano: o uso de recursos audiovisuais na pesquisa sociológica. *Revista Café com Sociologia*. 2017;6(2):57-71. <https://revistacafecomsociologia.com/revista/index.php/revista/article/view/716>
24. Barbosa A, Cunha ET da. Antropologia e imagem. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 2006. https://www.academia.edu/38613816/Antropologia_e_Imagem_Andrea_Barbosa
25. Ribeiro JS. Antropologia visual, práticas antigas e novas perspectivas de investigação. *Rev. Antropol*. 2005;48(2):613-648. <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/27220>
26. Lino CA, et al. Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Rev. bras. educ. med.*

- 2011;35(1):52-57. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008>
27. Emadi-Koochak H, et al. Breaking HIV News to Clients: SPIKES Strategy in Post-Test Counseling Session. *Acta Med Iran*. 2016;54(5):313-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27309479/>
28. Silva, RBL. Comunicando notícias difíceis na Unidade de Terapia Intensiva. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2016;44(1):82-92. <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/13>
29. Ramos N, Serafim J. Comunicação em saúde e antropologia fílmica. In: XII Congresso Latinoamericano-ALAIC; 2014. <https://congresso.pucp.edu.pe/alaic2014/wp-content/uploads/2013/09/Natalia-Ramos.pdf>
30. Kaplan M. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with câncer. *Clin J Oncol Nurs*. 2010;14(4):514-516. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20682509/>
31. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo M.C.S. (Org.), Deslandes S.F & Gomes R. *Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade*. 2010; (29a ed). Petrópolis, RJ: Vozes; 9-29. [idoc.pub_minayo-maria-cecilia-de-souza-ciencia-tecnica-e-arte-o-desafio-da-pesquisa-socialpdf\(1\).pdf](http://idoc.pub_minayo-maria-cecilia-de-souza-ciencia-tecnica-e-arte-o-desafio-da-pesquisa-socialpdf(1).pdf)
32. Cabral IV, Silveira A, Bubađué RM. Pesquisa baseada em arte: aplicação do Método Criativo Sensível em estudos qualitativos. Workshop Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa 2020. Proposta18_CIAIQ2020_Workshop_PesquisaBaseadaemArte_PT_Varios.pdf
33. Croitor LMN. Percepção de Pacientes do Comportamento Comunicativo do Médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida. Belo Horizonte, 2010. dissertação.
34. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2009 19(3). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
35. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
36. Paro HBM da S. *Empatia em estudantes de medicina no Brasil: um estudo multicêntrico*. São Paulo; 2013. https://www.fm.usp.br/cedem/conteudo/publicacoes/cedem_124_tese_helenaparo.pdf
37. Camargo CL, et al. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá*. 2004;3(3):267-275. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5394>
38. Carvalho LS, Pereira CMC. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. *Rev. SBPH [Internet]*. 2017 Dez [citado 2023 Mar 02];20(2):101-122. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200007&lng=pt.
39. Chehuen Neto JA et al. Health professionals and the delivery bad news: patient perspectives. *Rev Med Minas Gerais*. 2013;23(4):518-525. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/415>
40. Leiria M, et al. A aplicabilidade da comunicação na psicologia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2020;1,(1):435-442. <https://www.re-dalyc.org/journal/3498/349863388043/html/>
41. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2004;8(14):21-32. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100003>
42. Baile WF, et al. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*. 2000;5:302-311. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.

43. Soares AK.F, et al. Comunicação na atenção à saúde a partir das experiências de estudantes e professores de Enfermagem: contribuições para a alfabetização em saúde. *Cien Saude Colet.* 2022;27(5):1753-1762. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.21462021>
44. Machin R, et al. Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. Ciênc. Saúde coletiva, 2022;27(10). <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07332022>
45. Ramos N. Cinema e pesquisa em ciências sociais e humanas: contribuição do filme etnopsicológico para o estudo da infância e culturas. *Contemporanea - Revista de Comunicação e Cultura*; 2011;8(2). <https://periodicos.ufba.br/index.php/contemporaneaposcom/article/view/4817/3575>
46. Gomes AH, Andrade L. Mediação audiovisual e educação permanente: Cenas de um percurso de formação com trabalhadores do SUAS. *Psicologia: ciência e profissão.* 2022;42(e234194):1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003234194>
47. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília; 2018 https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf