

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**O vídeo *feedback* como técnica de qualificação
do processo comunicativo para educação
permanente em saúde de mediadores de grupos
educativos**

Débora Aparecida Santiago

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Nutrição em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública para
obtenção do título de mestre em
Ciências.**

**Área de concentração: Nutrição em
Saúde Pública**

**Orientador: Prof^a Dr^a Ana Maria
Cervato Mancuso**

SÃO PAULO

2016

O vídeo *feedback* como técnica de qualificação do processo comunicativo para educação permanente em saúde de mediadores de grupos educativos

Débora Aparecida Santiago

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de mestre em Ciências.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública

Orientador: Prof^a Dr^a Ana Maria Cervato Mancuso

Versão corrigida

SÃO PAULO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de humildade; é um ato de amor. É reconhecer que somos seres limitados e que, portanto, precisamos uns dos outros para produzir frutos.

Nesse sentido, reconheço minhas limitações físicas e psicológicas e agradeço àqueles que foram e são responsáveis por plantarem sementes de motivação em minha vida: minha mãe (Nedir), meu pai (José Mauro), meu irmão (Douglas), meu noivo (Reinaldo), familiares e amigos.

Reconheço, também, minhas dificuldades de enfrentar o, até então, desconhecido mundo do mestrado e agradeço a minha orientadora Ana Maria Cervato Mancuso, os membros do grupo de pesquisa – de modo especial à Kellem Vincha – e a professora Maria Júlia Paes da Silva que regaram minha plantação com experiência e apoio.

Ciente de que o convívio social no âmbito do trabalho serve como adubo para o crescimento pessoal de todo e qualquer indivíduo, não posso deixar de agradecer os interlocutores da Supervisão Técnica de Saúde de Itaquera, o coordenador do NASF, a gerente e os trabalhadores da UBS onde a pesquisa foi realizada, de modo especial os profissionais que participaram do projeto, assim como os participantes dos grupos educativos assistidos.

Agradeço também a CAPES pelo apoio financeiro para realização da pesquisa.

E agradeço, sobretudo, a Deus, reconhecendo que sem Ele não seria possível plantar, regar, adubar e/ou cultivar a semente da sabedoria que, hoje, se faz fruto.

“Meu filho, aceita a instrução desde teus jovens anos; ganharás uma sabedoria que durará até a velhice. Vai ao encontro dela, como aquele que lavra e semeia, espera pacientemente seus excelentes frutos, terás alguma pena em cultivá-la, mas, em breve, comerás os seus frutos.”

Eclesiástico 6,18-20

RESUMO

SANTIAGO, D. A. **O vídeo *feedback* como técnica de qualificação do processo comunicativo para educação permanente em saúde de mediadores de grupos educativos**. 2016. Dissertação - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2016.

Introdução: Os grupos educativos de Educação Alimentar e Nutricional tendem a contemplar os propósitos da Promoção da Saúde quando se configuram como ambientes de interação harmoniosa que prezam pelo alcance da autonomia e do empoderamento dos participantes. Entendendo o processo comunicativo como fator que interfere nessa interação, considera-se pertinente os profissionais da saúde, que atuam como mediadores de grupos, produzirem conhecimentos sobre comunicação verbal e não verbal, a partir da autoavaliação, a fim de desenvolverem competências que fortaleçam a prática profissional. **Objetivo:** Identificar a aplicabilidade do vídeo *feedback* como técnica de qualificação do processo comunicativo para Educação Permanente em Saúde de mediadores de grupos educativos realizados na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Pesquisa exploratória à luz da abordagem qualitativa, sob a perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, realizada em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo com mediadores de grupos em cujo(s) encontro(s) fosse abordado o tema alimentação e nutrição. O estudo envolveu 2 momentos de investigação correspondentes a 2 dias de produção de dados com cada profissional, sendo que o primeiro dia contemplou as etapas: (I) observação sistemática, por meio de filmagem, do profissional da saúde mediando um grupo educativo; (II) vídeo *feedback*; (III) entrevista semi-estruturada; e (VI) qualificação do processo comunicativo. Já o segundo dia envolveu apenas as etapas I, II e III. Os dados gerados a partir das entrevistas foram transcritos e sistematizados segundo o método da Análise de Conteúdo Temática, proposto por Bardin. **Resultados:** Onze profissionais participaram do estudo, tendo suas respostas contemplado a formação de 4 categorias em cada um dos 2 momentos da investigação: 'o vídeo *feedback* e a autopercepção da comunicação', 'as implicações da comunicação na mediação de grupos educativos', 'considerações sobre a utilização do vídeo *feedback* na prática educativa em saúde' e 'o vídeo *feedback* e a percepção dos mediadores de grupos sobre sua aplicabilidade'. **Conclusão:** O vídeo *feedback* é uma técnica capaz de qualificar o processo comunicativo de profissionais da saúde que atuam como mediadores de grupos educativos, em especial por evidenciar características da comunicação que interferem na efetividade das interações harmoniosas no cuidado em saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Autoavaliação, Comunicação em saúde, Educação Alimentar e Nutricional, Educação Permanente em Saúde, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

SANTIAGO, D. A. [**The video feedback as technique to qualify the communicative process for permanent education in health of educational groups mediators**]. 2016. Dissertation - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2016. Portuguese.

Introduction: Educational groups of Food and Nutritional Education tend to contemplate the Health Promotion purposes when configured as harmonious interaction environments that value the reach of autonomy and empowerment of the participants. Understanding the communication process as a factor which affects this interaction, it is considered relevant to the health professionals working as groups mediators to produce knowledge about verbal and nonverbal communication, by means of self-assessment in order to develop skills to strengthen the professional practice. **Objective:** To identify the applicability of the video feedback as a qualification technique of the communicative process for Permanent Education in Health of educational groups mediators working in Primary Health Care. **Methods:** Exploratory research with qualitative approach, -under the theoretical perspective of Symbolic Interactionism, held in one Basic Health Unit of São Paulo with groups mediators in which meeting addressed the issue of food and nutrition. The study involved two research moments corresponding to two days of data production with each on of the professionals. The first day included the steps: (I) systematic observation of the health professional conducting the educational group, through filming; (II) video feedback; (III) semi-structured interview; and (VI) qualification of the communicative process. The second day involved only steps I, II and III. The data generated from the interviews were transcribed and systematized according to the method of Thematic Content Analysis proposed by Bardin. **Results:** Eleven professionals participated in the study, and their responses contemplated the formation of four categories in each of the two stages of research: 'the video feedback and perception of communication', 'the implications of communication in mediation educational groups', considerations on the use of video feedback in educational practice in health', and 'video feedback and perception of groups mediators on its applicability'. **Conclusion:** The video feedback is a technique that allow to qualify the communicative process of health professionals who act as mediators of educational groups, in particular by highlighting the communication features that interfere in the effectiveness of harmonious interactions in health care.

Descriptors: Primary Health Care, Self-Assessment, Communication in Health, Food and Nutritional Education, Permanent Education in Health, Health Promotion.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	JUSTIFICATIVA.....	25
3	OBJETIVOS.....	26
3.1	OBJETIVO GERAL	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4	MÉTODOS.....	27
4.1	DELINEAMENTO	27
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO	28
4.3	DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE ATORES DA PESQUISA.....	31
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	33
4.5	PRODUÇÃO DE DADOS.....	33
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	38
5	RESULTADOS	41
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA UBS E DOS GRUPOS EDUCATIVOS OBSERVADOS.....	41
5.2	ATORES DA PESQUISA	44
5.3	CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES DA PESQUISA.....	47
5.4	CARACTERIZAÇÃO DAS ETAPAS DE INVESTIGAÇÃO	49
5.5	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	53
6	DISCUSSÃO.....	82
6.1	ATORES DA PESQUISA	82
6.2	CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES DA PESQUISA.....	82
6.3	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	83
7	CONCLUSÃO	96
8	RECOMENDAÇÕES	98

PÓS-ESCRITO: PARA ALÉM DO PROJETO	100
9 REFERÊNCIAS	102
ANEXOS	108
Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	108
Anexo 2. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo	110
Anexo 2. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo	110
Anexo 3. Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para Registros de Áudio e Vídeo	114
Anexo 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes do grupo educativo	115
Anexo 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais da saúde do grupo educativo	117
Anexo 6. Quadro de atividades de trabalho em campo	119
Anexo 7. Material utilizado para registro das observações sobre o processo comunicativo do mediador de grupos educativos	121
Anexo 8. Roteiro da entrevista semiestruturada sobre autoavaliação do processo comunicativo	122
Anexo 9. Tabelas de alocação de dados para constatação de saturação teórica	124
CURRÍCULOS LATTES	130
Currículo Lattes da autora	130
Currículo Lattes da orientadora	131

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Momentos e etapas da investigação	28
Figura 2 - Fluxograma de mapeamento da localização dos profissionais que atuavam como mediadores de grupos educativos em uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo.....	31
Figura 3 - Fluxograma das pré-etapas e etapas da produção de dados.....	34
Figura 4 - Visualização da dinâmica das pré-categorias que atingiram saturação teórica	46
Figura 5 - Visualização da dinâmica das pré-categorias que não atingiram saturação teórica	46
Figura 6 - Categorias e subcategorias do Momento 1	55
Figura 7 - Categorias e subcategorias do Momento 2.....	68
Figura 8 – Sistematização dos códigos produzidos pelos mediadores no Momento 2, segundo suas perspectivas sobre a aplicabilidade da técnica	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Passos procedimentais para constatação da saturação teórica.....	32
Quadro 2 - Características dos grupos educativos.....	42
Quadro 3 - Características dos atores da pesquisa.....	48
Quadro 4 - Intervalo entre os momentos de investigação de acordo com o profissional	49
Quadro 5 - Tempo das etapas de investigação do Momento 1 de acordo com o profissional	50
Quadro 6 - Tempo das etapas de investigação do Momento 2 de acordo com o profissional	53
Quadro 7 - Calendário com registro de atividades de trabalho em campo	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Total de pessoas adscritas na Unidade Básica de Saúde no período de produção de dados, estratificado por equipes da Estratégia Saúde da Família.....	41
Tabela 2 - Número de encontros dos grupos educativos acompanhados durante os cinco meses em campo.....	43
Tabela 3 - Itens abordados na qualificação de acordo com o profissional.....	52
Tabela 4 - Enunciados referentes à pré-categoria “Percepção dos mediadores de grupos educativos em relação à comunicação verbal e não verbal emitida durante a realização dos grupos” do Momento 1	124
Tabela 5 - Enunciados referentes à pré-categoria “Implicações da comunicação verbal e não verbal na mediação de grupos educativos segundo os mediadores – elementos que favorecem ou prejudicam o alcance dos objetivos do grupo” do Momento 1	125
Tabela 6 - Enunciados referentes à pré-categoria “Percepção dos mediadores de grupos educativos sobre a aplicação do vídeo <i>feedback</i> como técnica de qualificação do processo comunicativo para Educação Permanente em Saúde” do Momento 1	126
Tabela 7 - Enunciados referentes à pré-categoria “Percepção dos mediadores de grupos educativos em relação à comunicação verbal e não verbal emitida durante a realização dos grupos” do Momento 2	127
Tabela 8 - Enunciados referentes à pré-categoria “Implicações da comunicação verbal e não verbal na mediação de grupos educativos segundo os mediadores – elementos que favorecem ou prejudicam o alcance dos objetivos do grupo” do Momento 2	128
Tabela 9 - Enunciados referentes à pré-categoria “Percepção dos mediadores de grupos educativos sobre a aplicação do vídeo <i>feedback</i> como técnica de qualificação do processo comunicativo para Educação Permanente em Saúde” do Momento 2	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AO	Ordem de abordagem na qualificação
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
F	Feminino
Fr	Fragilidade
h	Hora
M	Masculino
M1	Momento 1
M2	Momento 2
min	Minuto(s)
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
P	Profissional
Pt	Potencialidade
s	Segundo(s)
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Meus primeiros passos rumo à concretização do mestrado aconteceram antes mesmo de iniciar a graduação no curso de Nutrição. Em 2006 fui aprovada no processo seletivo para estudar no, hoje denominado, Colégio Embraer Juarez Wanderley (colégio, sem fins lucrativos, mantido pelo Instituto Embraer de Educação e Pesquisa de São José dos Campos/SP). Posso dizer com absoluta certeza (e orgulho) que os três anos de ensino médio nesse colégio foram os melhores anos da minha vida. Isso porque, além do compromisso social vivenciado e vínculos construídos e mantidos até agora, foram as experiências nesse lugar que revelaram minha identidade profissional.

Uma vez definido o curso que eu faria, prestei vários vestibulares (por incentivo a apoio financeiro do próprio colégio) e tive, também, várias aprovações. Porém, apenas quando vi meu nome na lista de aprovados da Universidade Estadual Paulista é que resolvi ir até meu quarto e abrir a bíblia; foi quando li a passagem apresentada no epígrafe desta dissertação (*“Meu filho, aceita a instrução desde teus jovens anos; ganharás uma sabedoria que durará até a velhice. Vai ao encontro dela, como aquele que lava e semeia, espera pacientemente seus excelentes frutos, terás alguma pena em cultivá-la, mas, em breve, comerás os seus frutos.”* Eclesiástico 6,18-20). Naquele momento, senti que a sabedoria em questão deveria começar a ser cultivada em Botucatu/SP. E essa foi minha decisão.

Semelhante ao que acontece com vários estudantes, entrei na faculdade com uma intencionalidade em termos de área de atuação e, com o tempo, minhas aptidões foram se alternando, dependendo das minhas vivências em estágios e contatos com determinadas disciplinas. Apenas no meu segundo ciclo de estágio (entre três realizados no último ano do curso) é que passei por uma experiência tão prazerosa e marcante que me fez definir a área onde eu gostaria de atuar; Saúde Pública.

Como desde os tempos de colégio eu já pensava na carreira acadêmica, assim que me formei, me inscrevi no processo seletivo para mestrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Diferentemente do grande

número de vestibulares que havia prestado anos antes, dessa vez preferi apostar só no meu desempenho na prova em questão. E deu certo!

Entre no grupo de pesquisa “Segurança Alimentar e Nutricional: formação e atuação profissional” e já me deparei com a, até então desconhecida por mim, pesquisa qualitativa. Para me aproximar do assunto e ampliar as possibilidades de elaboração da minha pesquisa, minha orientadora indicou que eu fizesse três disciplinas em específico. Sabendo que tais disciplinas seriam realizadas em períodos e horários bem tranquilos, resolvi escolher mais uma, mas, dessa vez, baseada em meus interesses particulares.

Dentre várias disciplinas disponíveis, uma chamou muito minha atenção, pois, ao ler a ementa, percebi que eu poderia aprender sobre um assunto pouco valorizado durante minha graduação: a comunicação interpessoal em saúde.

Já na primeira aula tive a certeza que havia feito a escolha pela disciplina certa; afinal reconheci tamanha importância que a comunicação tinha para o contexto profissional, ao passo que, em paralelo, eu buscava aplicar o conhecimento adquirido no meu cotidiano. Diante de todo esse encanto, comecei a refletir sobre como conciliar o assunto da disciplina com a linha de pesquisa que meu grupo desenvolvia e, assim, criar um projeto para meu mestrado. Essa inquietação diminuiu quando, a convite da professora Maria Júlia Paes da Silva (que ministrava a disciplina “Comunicação interpessoal em saúde” na Escola de Enfermagem da USP), a também professora Luciene Pereira apresentou sua dissertação em uma das aulas. Ao me deparar com os objetivos do seu trabalho e me surpreender com os resultados, passei a elaborar um esboço do que poderia vir a ser meu projeto de pesquisa.

Apresentei a proposta inicial aos membros do grupo de pesquisa, os quais me ajudaram a lapidar a idéia diante do cenário que eu iria adentrar para produzir meus dados e considerando toda experiência e conhecimento técnico-científico que possuíam.

Finalmente, a idéia se fez ação e a ação resultou na escrita deste projeto, cuja essência foi baseada carinhosamente em uma das diversas frases reflexivas ditas pela professora Maria Júlia em aula: *“se a compaixão que eu tenho pelos outros não se estende a mim, ela é incompleta.”*

1 INTRODUÇÃO

As bases conceituais sobre a Promoção da Saúde norteiam a (re)organização do trabalho em saúde, de modo que as ações realizadas nesse contexto prezem pelo empoderamento individual e comunitário para que se amplie a autonomia da população no processo de identificação e enfrentamento de suas necessidades de saúde (BRASIL, 2015; HAESER, BÜCHELE e BRZOZOWSKI, 2012). Como consequência, acredita-se que a rentabilidade para otimização dos recursos de saúde tenda a aumentar à medida que a dependência dos serviços venha a diminuir (MCALLISTER et al., 2012).

Contudo, tornar o empoderamento vigente nas atividades realizadas na saúde exige que os profissionais da área confiem no enfoque participativo como uma experiência educativa, cujos conflitos emergentes devam ser aceitos, manejados e, assim, incorporados ao procedimento de formulação de políticas públicas promotoras de saúde (SCHIMITH et al., 2012; AKERMAN, MENDES e BÓGUS, 2006).

No Brasil, a principal política pública de saúde consiste no Sistema Único de Saúde (SUS), o qual teve seus princípios e diretrizes fortalecidos e em conformidade com a proposta de autonomia em saúde e empoderamento a partir da expansão e reorganização da Atenção Primária à Saúde com a criação da Estratégia Saúde da Família (HARZHEIM et al., 2013; BRASIL, 2007). Esta, por sua vez, envolve a atuação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita de uma área delimitada (MENDES, 2012).

Para se fazer um espaço privilegiado de gestão e de atenção à saúde, a Estratégia Saúde da Família utiliza tecnologias pautadas na educação e comunicação que constituem a Educação em Saúde, cuja pretensão é articular o conhecimento científico à vida cotidiana das pessoas por meio da problematização (OLIVEIRA e WENDHAUSEN, 2014; MENDES, 2012). Uma dessas ações consiste no desenvolvimento de grupos educativos que, para contemplarem a estratégia promocional de saúde, exige, de seus mediadores, uma disponibilidade interna para seguirem um padrão de interação baseado nos atos de questionar, escutar,

problematizar e produzir conhecimento junto aos participantes (GAZZINELLI et al., 2015).

Quando os princípios da Educação em Saúde são somados à proposta da alimentação adequada e saudável – imprescindível a qualquer estratégia que vise promover saúde – tem-se, na Educação Alimentar e Nutricional (EAN), a possibilidade de estimular o pensamento crítico dos indivíduos em relação às suas escolhas alimentares (MAGALHÃES, MARTINS e CASTRO, 2012).

Mesmo sendo ampliada a todos os profissionais da saúde a atribuição da prática de ações de alimentação e nutrição no bojo da EAN – que incluem os grupos educativos –, cabe ressaltar a importância do nutricionista nesse cenário mediante o apoio matricial às equipes da Estratégia Saúde da Família viabilizado por meio de sua integração à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2014). Afinal, por mais incipientes que sejam suas publicações sobre EAN na Atenção Primária à Saúde, o nutricionista ainda é o profissional com formação acadêmica direcionada à compreensão da ciência da Nutrição sob a perspectiva das dimensões sócio-psico-culturais emergentes da relação homem/alimento, no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (CERVATO-MANCUSO, VINCHA e SANTIAGO, 2016).

Um estudo de caso exploratório (VASCONCELOS e MAGALHÃES, 2016), realizado em uma UBS com Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, identificou que o tema alimentação e nutrição estava presente (mesmo que de forma transversal) nas diversas ações educativas, como salas de espera, grupo de idosos, visitas domiciliares, atividades realizadas no acolhimento e nas escolas, dentre outras. Contudo, foram constatadas dificuldades na abordagem do assunto em questão resultantes da autopercepção do profissional sobre sua atuação no contexto local, que denotava sensações de insegurança. A partir disso, destaca-se, sobretudo, o fato do NASF não ter sido mencionado como ferramenta de apoio utilizada para aliviar as inquietações emergentes. Isso levou as autoras a suporem que os profissionais ainda não identificam ou não reconhecem a atribuição que cabe aos profissionais do NASF, reforçando a insistente e não desejada fragmentação do conhecimento.

Ainda que verificado, em um único estudo, tal distanciamento entre teoria e prática no âmbito do apoio matricial, espera-se que, independente de sua formação, o profissional da saúde se assuma como agente promotor da saúde para que o usuário do serviço seja cuidado de forma plena, integral e contínua, devendo se comprometer, portanto, com o desafio de lidar, da melhor forma possível, com as ferramentas direcionadas à promoção de uma alimentação saudável. Aqui, assume-se que o êxito da EAN em grupos não se dará apenas pelo seu conteúdo, mas também e principalmente pela capacidade técnica-científica do profissional, assim como pelas suas atitudes decorrentes de atributos que compõem as relações interpessoais (MAGALHÃES, MARTINS e CASTRO, 2012).

Deveras, a produção acadêmica sobre as práticas educativas em saúde revela a importância do componente interação, estando este associado à criação e manutenção de vínculos, à adesão ao plano de cuidados personalizado e à satisfação dos usuários (SCHIMITH et al., 2012). Entendendo o processo comunicativo como fator preponderante nesse contexto em que se almeja uma relação harmoniosa para se obter um efeito educativo, vale o investimento na prática de uma comunicação terapêutica, compreendida como:

“(...) a competência do profissional de saúde em usar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à auto-realização, procurando aprender a viver da forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com autonomia” (STEFANELLI e CARVALHO, 2005, p.65)

De modo geral, a comunicação terapêutica é mais facilmente alcançada pela sincronia, ou pelo menor distanciamento, dos dois tipos de comunicação existentes: a verbal e a não verbal (STEFANELLI e CARVALHO, 2005).

A comunicação verbal contempla as palavras expressas em falas e escritas (SILVA, 2014). Por meio dela é que as ideias são expostas, as experiências são compartilhadas e os significados das mensagens são validados (STEFANELLI, 1993). Contudo, a linguagem verbal só resultará em uma relação interpessoal congruente se for contextualizada e expressa de maneira clara e consciente.

Partindo do princípio que a comunicação verbal, por si só, não existe, é que a comunicação não verbal também deve ser explorada no sentido de permitir o fortalecimento das relações interpessoais. Segundo Silva (2014), esse tipo de linguagem é classificado em: paralinguagem, cinésica, proxêmica, características físicas, fatores do ambiente e tacêsica.

A paralinguagem diz respeito à forma com que as palavras são proferidas (entonação, ritmo, velocidade, ênfase) e a produção de sons que, apesar de não serem codificados na língua utilizada, estão associados a sentimentos, atitudes, relacionamento interpessoal, características de personalidade e autoconceito. Assim sendo, dependendo da ênfase que é dada em determinada palavra em uma frase, o ouvinte pode interpretar a mensagem como sarcástica e, então, comprometer a formação de vínculo caso a manifestação de sarcasmo seja em resposta a um comportamento seu. A paralinguagem deve, ainda, ser interpretada conforme a língua nativa de quem fala, pois, em alguns países, têm-se o hábito de falar em tons elevados, mas sem a intencionalidade de demonstrar agressividade (SILVA, 2014).

Sabendo que, no contexto grupal, o mediador precisa, dentre outras coisas, ter a habilidade de exercer controle sobre os participantes que falam muito (HOLLI e CALABRESE, 1986), a utilização de recursos da paralinguagem pode ajudá-lo nessa tarefa, como por exemplo falar mais alto do que o participante para interromper sua fala (SILVA, 2014), tendo o cuidado para que o conjunto de sinais emitido não comprometa negativamente o vínculo.

A cinésica remete à interpretação dos gestos produzidos pelos movimentos do corpo, ou de partes dele (SILVA, 2014). Seus pressupostos básicos são: todo movimento ou expressão corporal possui um significado no contexto em que se insere; a postura corporal, o movimento e a expressão facial apresentam um padrão culturalmente estabelecido; o comportamento de uma pessoa influencia no comportamento de outras pessoas; determinados comportamentos apresentam significados socialmente reconhecidos e válidos (BIRDWHISTELL, 1970).

A proxêmica é caracterizada pela distância mantida entre as pessoas, a qual deve ser primeiro analisada segundo os seguintes fatores: fatores de postura-sexo – análise dos sexos das pessoas em interação e a postura básica mantida por elas (em pé, deitado, sentado); eixo sociófugo e eixo sociópeto – análise do eixo dos

ombros em relação ao outro, sendo que o primeiro eixo implica desencorajamento da interação, enquanto o segundo sugere encorajamento; fatores cinestésicos – análise da proximidade das pessoas em termos de toque; comportamento de contato – análise do conjunto das relações táteis (agarrar, segurar, acariciar, entre outras); código visual – análise da presença ou não do contato visual e o modo de se olhar; código térmico – análise da percepção de calor entre interlocutores; código olfativo – análise do grau de odor percebido na interação; volume de voz – análise do volume e da intensidade da fala (sussurro, grito, tom normal) (HALL, 1986).

Segundo o antropólogo e criador do termo proxêmica, Hall, a distância entre as pessoas pode ser classificada em: distância íntima (do toque a 45 centímetros), pessoal (de 45 a 125 centímetros), social (de 125 a 360 centímetros) e pública (acima de 360 centímetros) (HALL, 1986). Mais do que simplesmente saber diferenciá-las, é importante saber como se comportar perante atividades que exigem diferentes proximidades em relação ao usuário. Para exemplificar, quando a distância íntima não é resultante da escolha de um dos interlocutores, este reagirá com imobilidade, olhar no infinito, musculatura tensa; para amenizar esse tipo de reação, sugere-se que se peça licença por estar invadindo seu espaço e sorria (SILVA, 2014). Sabendo, ainda, que a distância pessoal implica no contato visual direto e nítido, enquanto a distância pública sugere um contato visual opcional, a escolha da distância a ser mantida em relação ao outro deve ser estratégica a depender dos objetivos da interação. Se optar pela distância social, vale a compreensão de que, nessa condição, ninguém toca ou espera ser tocado, assim como a eventual falta de contato visual com o interlocutor poderá indicar uma rejeição de sua fala e o desejo de interrompê-lo (SILVA, 2014).

As características físicas também são classificadas como um tipo de comunicação que faz referência à forma e à aparência do corpo, assim como aos objetos e as vestimentas que o revestem. Diante da existência de algumas regras socialmente estabelecidas e diretamente relacionadas ao conceito de aceitação, a roupa (analisada em termos de cor e modelo) tem a função de informar às pessoas sobre o conhecimento e o respeito dessas regras por parte de quem a usa (SILVA, 2014). Portanto, vale o senso crítico sobre a relação entre aquilo que se veste e a mensagem que se quer transmitir diante do contexto inserido.

Os fatores do ambiente remetem tanto à disposição de móveis e objetos no espaço quanto às suas características como cor, forma e tamanho. Mais uma vez, é importante analisar o significado que as coisas que compõem esse tipo de comunicação podem gerar em uma interação. Para exemplificar: quando o objetivo de um dos interlocutores é entender o ponto de vista do outro, mas entre eles há uma barreira sólida – como uma mesa – cria-se um ambiente competitivo que pode interferir negativamente no alcance do objetivo, visto que a configuração do ambiente em questão supõe uma ação defensiva ou uma situação de superior-subordinado (SILVA, 2014).

A tacênica é compreendida como o estudo do ato de tocar, que pode ser assumido como expressão de afetividade. Para estudá-la, é preciso analisar a duração do toque, a área tocada, a velocidade da ação, a intensidade, a frequência e a sensação provocada em quem é tocado (que é dependente de características individuais e culturais) (SILVA, 2014). Assumindo que quando alguém é tocado tem seu espaço pessoal invadido, é importante notar, por exemplo, se a expressão facial e o olhar desse indivíduo indicam consentimento ou não dessa invasão (SILVA, 2014), pois, em caso negativo, vale a reflexão sobre a necessidade do toque na referida situação em paralelo com os objetivos da interação.

Ao identificar esses conceitos, bem como suas implicações na prática educativa, a comunicação pode ser aperfeiçoada em benefício da satisfação e da qualidade de vida do usuário. Por esse motivo, o ensino da comunicação a estudantes e profissionais da saúde é reconhecidamente necessário (DEVEUGELE, 2015). De modo geral, são recomendadas algumas estratégias. Sobre a comunicação verbal cita-se: falar usando elementos descritivos, e não avaliativos; ser autêntico; não adotar uma postura manipuladora, evitando que os usuários sejam tratados com desdém; oferecer orientações provisórias, e não dogmáticas, para que os usuários tenham poder de escolha diante das alternativas que lhes são apresentadas; não verbalizar expressões que distanciam o saber científico do saber popular; verbalizar interesse nas dimensões sentimentais dos usuários e não apenas na resolução das queixas advertidas por eles (HOLLI e CALABRESE, 1986). E sobre a comunicação não verbal orienta-se: relaxar a musculatura facial e ter uma expressão agradável; manter tom de voz calmo, controlado, expressivo e com

entusiasmo; manter contato visual com o usuário; inclinar o corpo para o usuário; evitar gestos expansivos, uma vez que eles podem ser interpretados como símbolos de poder; usar roupas claras com tamanho adequado ao corpo; realizar o atendimento (individual ou em grupo) em ambiente com paredes claras, iluminação suave, espaço privado e móveis confortáveis (HOLLI e CALABRESE, 1986).

Na literatura é possível encontrar outras técnicas que visam criar um ambiente favorável à comunicação em saúde (SILVA, 2014; STEFANELLI, 1993; DICKSON, HARGIE e MORROW, 1989a; HOLLI e CALABRESE, 1986), mas que, vale destacar, devem ser adaptadas ou não de acordo com o contexto, que implica em considerar os objetivos e as características comportamentais das pessoas envolvidas no processo comunicativo.

Assim sendo, quando se trata de instituir uma comunicação terapêutica no ambiente grupal, o mediador precisa estar atento à linguagem verbal e não verbal dos participantes em interação para que, interpretando suas mensagens adequadamente, ele seja criativo na utilização de técnicas capazes de conduzir o grupo ao alcance dos seus objetivos.

Contudo, para melhor interpretar o outro, o autoconhecimento é tarefa primordial, à medida que possibilita a análise do quanto as dimensões emocionais estão em consonância com aquilo que é verbalizado, potencializando a comprovação da intencionalidade da mensagem enviada aos participantes e evitando mal entendidos (RENNÓ e CAMPOS, 2014). Acredita-se que, ao conhecer suas potencialidades e fragilidades, o mediador é capaz de qualificar suas ações frente ao grupo (FORTUNA et al., 2013).

Cardoso et al. (2011), objetivando identificar a finalidade do processo comunicativo nos grupos educativos realizados em unidades com Estratégia Saúde da Família do extremo sul do Brasil, entrevistaram 60 enfermeiros que atuavam como coordenadores desses grupos e, depois, observaram e fizeram registros de 19 atividades em grupo realizadas por tais profissionais. Como resultado, foi identificada uma falta de convergência entre a teoria e a prática. Isso porque enquanto a categoria “corresponsabilização dos clientes” – que elucida o processo comunicativo em conformidade com a Promoção da Saúde e o exercício de produção da autonomia dos usuários – foi referida em 12 entrevistas, os

pesquisadores a constataram em apenas quatro atividades em grupo. A mesma discrepância também foi verificada para as categorias “integração equipe/comunidade” e “educação em saúde”, sendo a primeira relatada por 12 profissionais, mas observada pelos pesquisadores em quatro encontros, e a segunda relatada por 48 enfermeiros, mas observada apenas em 13 encontros. Diante disso, os autores concluíram que os coordenadores reconhecem o intuito da comunicação no âmbito da saúde, porém, sua aplicação ainda não tem acontecido de maneira terapêutica, sugerindo que os profissionais sejam incentivados a se autoconhecerem em prol da qualificação do trabalho em saúde.

Uma técnica que tem sido aplicada em programas de qualificação do processo comunicativo, que propõe o exercício do autoconhecimento, é o vídeo *feedback*, descrito por Kurtz, Silverman e Draper (2005) como padrão ouro para ensinar sobre comunicação verbal e não verbal (FUKKINK, TRIENEKENS e KRAMER, 2010). A técnica – que consiste na gravação em áudio e vídeo de um indivíduo que posteriormente visualiza a filmagem criticamente – começou a ser usada com a finalidade de instrução e desenvolvimento profissional em 1963, na Universidade de Stanford, e em 1968 foi replicada na Universidade Estadual do Colorado. Em ambos os casos, os alunos foram filmados enquanto interagem com seus clientes e depois assistiam a gravação discutindo sobre seu comportamento com um especialista no assunto. Com o tempo, a técnica foi sendo explorada para além de uma análise comportamental, de modo a também ser utilizada para estimular a mudança de tais comportamentos para melhorar as relações interpessoais no âmbito profissional (FUKKINK, TRIENEKENS e KRAMER, 2010).

Em uma revisão (PIRES e CAVACO, 2014) identificaram-se 34 artigos, publicados entre 2006 e 2011, envolvendo a aplicação do vídeo *feedback* com profissionais da categoria médica e enfermeiros por meio do instrumento computadorizado *Roter Interaction Analysis System*, que emite relatórios sobre a comunicação via *software* em tempo real (RIASWORKS, 2016). De acordo com a revisão, a metodologia é relevante para o processo de aprendizagem sobre comunicação, porém, a maioria dos estudos apresenta investigações limitadas devido ao fato de terem sido realizadas em ambientes controlados, não dando indícios de que os resultados também são possíveis de serem atingidos na prática.

A vantagem do vídeo *feedback* (por programa computadorizado ou não) é maior quando aplicado no contexto real da interação, pois isso auxilia o profissional a refletir sobre sua própria comunicação em paralelo com seu conhecimento teórico para, então, concluir quais conceitos teóricos são passíveis de serem incorporados na sua prática (DEVEUGELE, 2015). Além disso, considerando o modelo com quatro níveis de avaliação da efetividade do ensino sobre comunicação criado por Kirkpatrick (1996), dois deles não se aplicam quando a técnica utilizada não é baseada em situações não simuladas, pois pressupõem a mudança de comportamento dos profissionais no local de trabalho mediante o que foi aprendido e a mudança de comportamento em relação ao efeito verificado após aplicação do que foi aprendido (DEVEUGELE, 2015). De acordo com Deveugele (2015), são esses os níveis mais importantes de serem avaliados do que o simples grau de satisfação do aprendiz e o compartilhamento de conhecimentos e habilidades, pois é aprendendo por meio da prática que os efeitos dos treinamentos tendem a ser duradouros.

Diante disso, tem-se, na proposta da Educação Permanente em Saúde, a oportunidade de qualificar o profissional a partir da constante análise crítica de sua vivência (FORTUNA et al., 2013; RODRIGUES e RIBEIRO, 2012). Aqui, assume-se a Educação Permanente em Saúde como um desdobramento da Educação Popular fundamentada nos pensamentos de Paulo Freire, pois se acredita que seus princípios ilustram bem o compromisso da Educação em Saúde com a Promoção da Saúde, no sentido de prezar pela transformação social (VASCONCELOS, 2004). No âmbito da Educação Popular, as relações entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e os usuários são consideradas um processo de aprendizagem mútua, que exige do profissional a competência de conhecer e respeitar os fatores que atuam sobre a subjetividade dos usuários. Para tanto, é preconizado um investimento no diálogo entre os atores, baseado no comprometimento de assumir a comunicação como instrumento promotor da saúde (ALVES e AERTS, 2011).

Contudo, a prática da Educação Permanente em Saúde, em especial por profissionais que fazem mediação de grupos, ainda não parece consolidada, ao passo que não se encontram estudos que a evidenciam (FORTUNA et al., 2013). Fortuna et al. (2013), ao pesquisarem artigos sobre o assunto para embasarem seu trabalho, encontraram apenas um (SANTOS e CASTRO, 2011) que se aproximava

do tema por problematizar a demanda de profissionais para capacitação direcionada às atividades grupais realizadas nas UBS, todavia, não se tratava de uma Educação Permanente em Saúde.

Já no próprio estudo de Fortuna et al. (2013), o intuito foi justamente analisar como a equipe de saúde da família ressignificava o modo de desenvolver grupos educativos durante processo de Educação Permanente em Saúde. Para tanto, foram acompanhados 26 de seus encontros. Se no início a equipe considerava ser necessário se apropriar somente do conhecimento técnico sobre o tema que seria discutido nos encontros para se fazer um bom grupo, com o desenvolvimento das discussões entre pesquisadores e equipe da saúde constatou-se a também necessária apropriação de conhecimentos sobre a dinâmica grupal e o processo pedagógico. Acredita-se, pois, que, ao se aprofundar nesses assuntos, é que os objetivos dos grupos tendem a atingir dimensões que prezam pela Educação em Saúde no bojo da Promoção da Saúde.

Sabendo que entender a dinâmica grupal, assim como o processo pedagógico, pressupõe o estudo das relações humanas onde o tema comunicação se faz inserido, há de se dizer, a partir do estudo supracitado e considerando a possível escassez de estudos similares, que a Educação Permanente em Saúde, de fato, precisa ser aperfeiçoada no sentido de envolver técnicas e ferramentas efetivas que dêem visibilidade e valorizem os saberes que ultrapassam os tradicionais.

Quando se trata de Educação Permanente em Saúde para mediadores de grupos que fazem EAN, a demanda parece ainda maior. Um estudo (RAMOS et al., 2014) envolvendo 1251 UBS (tradicionais, com ESF e mistas) das cinco regiões do Brasil constatou que 96,8% dessas unidades desenvolvem pelo menos um dos seguintes programas: promoção de atividade física (39,8%), cessação de tabagismo (54,4%), cessação de uso de álcool e drogas ilícitas (41,6%), promoção de alimentação saudável (72%) e promoção de ambiente saudável (77,7%), sendo a maioria dessas ações realizada na configuração de grupos. Visto ser o tema alimentação o segundo mais abordado dentre os programas e, além disso, considerando a alimentação um ato cotidiano e que, portanto, tende a ser discutido nos encontros dos demais programas referidos – mesmo que de forma transversal –,

parece relevante e necessária a consolidação de Educação Permanente em Saúde para os profissionais envolvidos nessas atividades.

Em suma, apreende-se que o planejamento da Educação Permanente em Saúde direcionada aos mediadores de grupos educativos deve partir do questionamento levantado por Fortuna et al. (2013, tela 5): “que tipo de resultados se espera de um grupo educativo em saúde?”, pois, se estes almejam apenas bons indicadores tradicionais de saúde, não haverá espaço para promover a autonomia em saúde e o empoderamento tão destacados nas políticas públicas; porém, se estes forem ao encontro dos ideais da Promoção da Saúde, o ato de conduzir um grupo ganha dimensões complexas, mas que podem ser aperfeiçoadas a partir do momento que o profissional tem disponibilidade interna para se qualificar e possui recursos que permitam a ele “aprender fazendo e fazer aprendendo” (FORTUNA et al., 2013, tela 7), em especial as competências capazes de nomeá-lo um verdadeiro educador.

Contudo, é válido lembrar ainda que, independente do que for construído em encontros de Educação Permanente em Saúde, as ações dos mediadores serão baseadas na interpretação que eles fazem das circunstâncias inerentes a determinadas situações que vivenciam. Nesse sentido, considera-se o Interacionismo Simbólico como uma perspectiva adequada para analisar estudos que envolvem mudanças de comportamentos pautadas na influencia de novos conhecimentos sobre as significações que conduzem suas ações (CARVALHO, BORGES e RÊGO, 2010).

De maneira resumida, o Interacionismo Simbólico é uma perspectiva da psicologia social fortemente influenciada pelos pensamentos de George Herbert Mead, um filósofo e psicólogo que trabalhou na Universidade de Chicago durante o início do século XX. A visão de Mead recebeu influências: da escola pragmática – ao considerar que os seres humanos não respondem ao seu ambiente, mas, sim, o interpretam; da Teoria da Evolução de Darwin – por entender a singularidade humana sob o aspecto naturalista e reconhecer o homem como um ser dinâmico; e do behaviorismo – por acreditar que, para entender o ser humano, é preciso observar seu comportamento (CHARON, 2010).

Porém, foi um ex-aluno de Mead, o sociólogo Herbert Blumer, o responsável por apresentar as três premissas que fundamentam a abordagem interacionista: (1) o ser humano age em relação às coisas com base no que elas significam para ele; (2) o significado dessas coisas é derivado, ou se origina, da interação social que o indivíduo estabelece com os outros; (3) tais significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo desenvolvido pelo indivíduo ao lidar com coisas e situações que ele encontra (BLUMER, 1986).

Diante disso, assume-se, neste estudo, que as ações dos profissionais da saúde, na condição de mediadores de grupos educativos, são influenciadas pelo modo como eles interpretam a comunicação e suas aplicações na saúde. Além disso, apreende-se que tais ações possam ser modificadas mediante novos contatos que os profissionais venham a ter com a abordagem técnica do processo comunicativo em prol do seu aperfeiçoamento.

2 JUSTIFICATIVA

Dado que a efetividade das ações em grupo é influenciada pelos profissionais que atuam como mediadores, verifica-se que estes, ao desenvolverem competências sobre o processo comunicativo, podem conduzir os usuários do serviço de saúde ao alcance da autonomia em saúde e do empoderamento tão condizentes ao cuidado integral em saúde. Para tanto, percebe-se a necessidade de fortalecer os espaços de Educação Permanente em Saúde – em termos de técnica – para que o tema comunicação interpessoal em saúde se faça vigente nos serviços.

Diante disso, o presente estudo se justifica pela busca de: enaltecer a importância da comunicação terapêutica na relação em grupo; qualificar os mediadores de grupos educativos quanto ao processo comunicativo, assim como instigar a oportunidade desses profissionais em continuar se qualificando a partir da autoavaliação e apresentar uma técnica capaz de auxiliar no processo de ensino-aprendizagem dos mediadores por meio da Educação Permanente em Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a aplicabilidade do vídeo *feedback* como técnica de qualificação do processo comunicativo para Educação Permanente em Saúde de mediadores de grupos educativos realizados na APS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o significado da comunicação para os mediadores de grupos educativos;
- Conhecer a percepção dos mediadores de grupos educativos em relação à comunicação verbal e não verbal emitida durante a realização dos grupos;
- Identificar as implicações da comunicação verbal e não verbal na mediação de grupos educativos;
- Conhecer a percepção dos mediadores de grupos educativos sobre a aplicação do vídeo *feedback* como técnica de qualificação do processo comunicativo para Educação Permanente em Saúde.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO

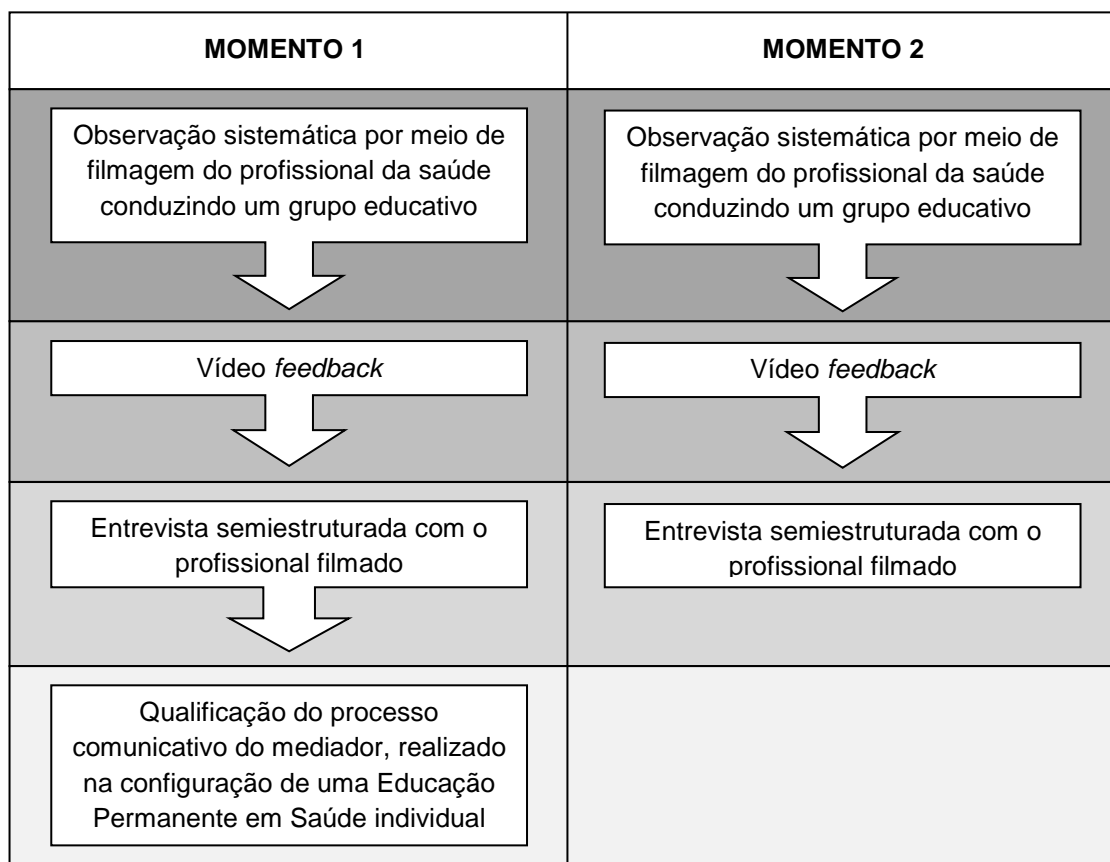
A presente pesquisa é do tipo exploratória à luz da abordagem qualitativa, sob a perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico. As técnicas de investigação incluíram: observação sistemática por meio de filmagem (DICKSON, HARGIE e MORROW, 1989b, 1989c) e entrevista semiestruturada (GIL, 2008) que, uma vez gravada e transcrita na íntegra (recebendo alguns ajustes na grafia), foi analisada por meio do método da Análise de Conteúdo Temática, proposto por Bardin (BARDIN, 1977).

Os dados foram produzidos em dois momentos, ou seja, em dois dias diferentes com cada profissional, conforme cumpridas as seguintes etapas (Figura 1):

- Momento 1: (I) observação sistemática por meio de filmagem do profissional da saúde conduzindo um grupo educativo; (II) vídeo *feedback*; (III) entrevista semiestruturada com o profissional filmado; (VI) qualificação do processo comunicativo do mediador, realizado na configuração de uma Educação Permanente em Saúde individual;

- Momento 2: (I) observação sistemática por meio de filmagem do profissional da saúde conduzindo um grupo educativo; (II) vídeo *feedback*; (III) entrevista semiestruturada com o profissional filmado.

Figura 1 - Momentos e etapas da investigação



4.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em São Paulo-SP, uma megacidade que apresenta estrutura organizacional de saúde composta pela Secretaria Municipal de Saúde, por cinco Coordenadorias Regionais de Saúde, 25 Supervisões Técnicas de Saúde, 450 UBS, tendo uma gestão público-privada compartilhada com as Organizações Sociais de Saúde (SÃO PAULO, 2016).

Contudo, a pesquisa em questão envolveu somente profissionais que estivessem atuando em uma UBS, pré-determinada, pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde leste, da subprefeitura de Itaquera. A escolha pelo envolvimento de apenas uma coordenadoria foi consequência da precaução em viabilizar a realização da pesquisa dentro do cronograma proposto, considerados os longos procedimentos de cunho ético prévios à entrada no campo. Partindo dessa definição, a opção pela Coordenadoria Regional de Saúde leste foi baseada nos

anteriores de acesso aos profissionais da saúde em trabalhos de campo realizados pelo grupo de pesquisa “Segurança Alimentar e Nutricional: formação e atuação profissional”¹, entre 2010 e 2014, que, objetivando conhecer a configuração dos grupos educativos realizados nas UBS de São Paulo, envolveu um número expressivo (mais de 50%) de profissionais atuantes nas unidades da Coordenadoria Regional de Saúde leste, diante do critério de contato por acessibilidade (CÁRDENAS, 2013; VINCHA, 2013).

Após reunião com representantes da coordenadoria, estabeleceu-se que a Supervisão Técnica de Saúde com as unidades passíveis de atenderem às expectativas da pesquisa eram aquelas da subprefeitura de Itaquera. Uma vez definida a Supervisão Técnica de Saúde, selecionou-se, juntamente com interlocutores dessa supervisão, quatro unidades para aproximação e consequente seleção de uma delas como local do estudo, baseada em características como número de grupos educativos realizados por profissionais da saúde, frequência com que tais profissionais faziam a mediação dos grupos (semanal, quinzenal, mensal e/ou anual) e outras informações adicionais transmitidas pelos gerentes quanto à dinâmica do serviço e o perfil da população e dos profissionais.

Escolhida a unidade, fez-se uma aproximação aos profissionais da saúde a qual se caracterizou pela participação da pesquisadora em reuniões de equipes para apresentação da proposta do estudo a todos os presentes, além de conversas individuais com os mediadores de grupos para melhor compreensão da sua rotina de trabalho e de características gerais dos grupos e dos usuários do serviço que participavam dos encontros grupais. Esse momento com os profissionais, além de ter auxiliado na identificação dos atores da pesquisa, foi importante na viabilização do alcance das metas que, segundo Blumer (LITTLEJOHN, 1982), devem ser atingidas por todo pesquisador que adota a abordagem interacionista em seus estudos; são elas: construir empatia com os atores, adentrar no seu domínio de experiência e tentar entender seus valores.

Por fim, foram convidados a participarem do estudo, de forma voluntária, os profissionais da saúde que: (a) mediavam grupos educativos cujo tema alimentação

¹ Grupo de pesquisa, vinculado à Universidade de São Paulo, ao qual este projeto pertence.

e nutrição se fazia presente em pelo menos um de seus encontros; (b) tinham uma programação de encontros compatível com o período de trabalho em campo para realização dos dois momentos de investigação; (c) tinham disponibilidade de tempo para cumprimento de todas as etapas de investigação. Aqueles que mediavam grupos cujo(s) encontro(s) viesse(m) a abordar o tema alimentação e nutrição, mas que convidavam a nutricionista do NASF para falar sobre o assunto nos devidos encontros, não foram convidados a participarem da pesquisa.

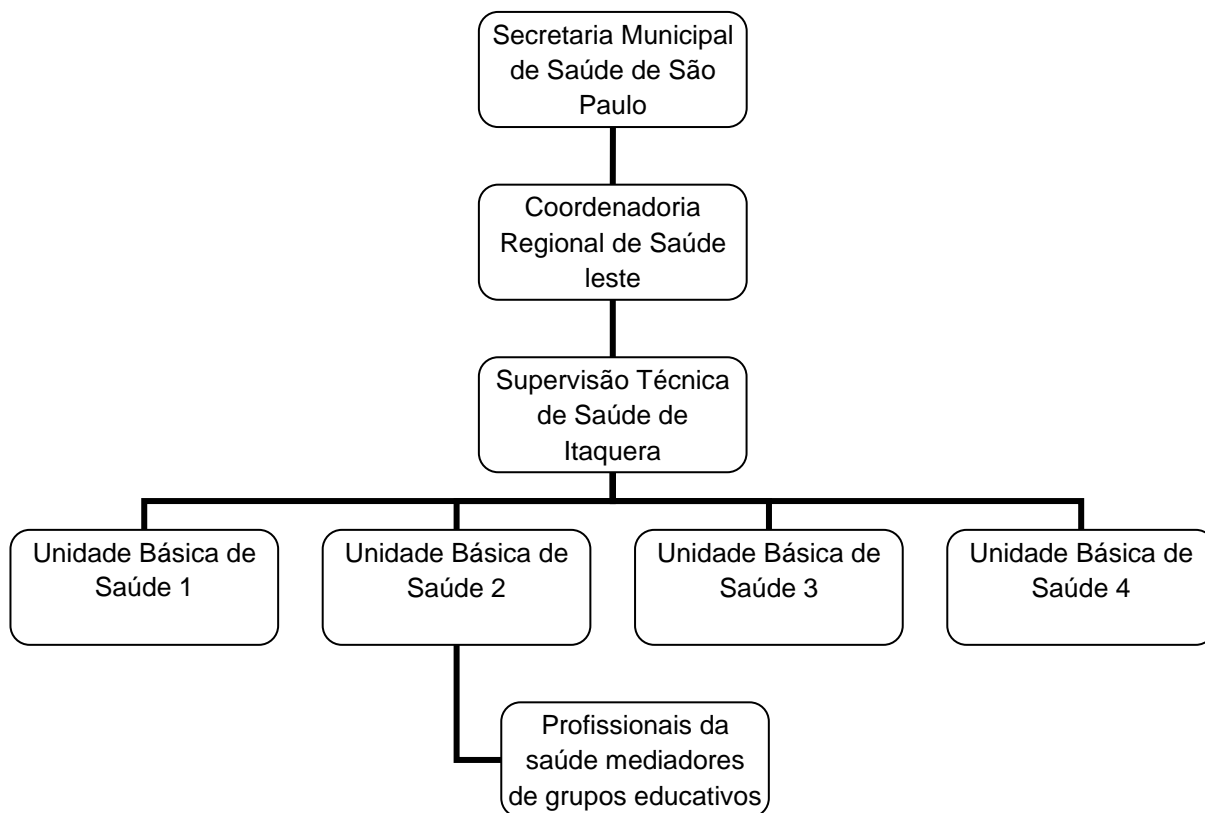
Em resumo, o fluxo de autorizações, assim como de mapeamento dos profissionais que atuavam como mediadores de grupos educativos, seguiu via Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde leste, Supervisão Técnica de Saúde de Itaquera, UBS, profissionais da saúde (Figura 2).

Neste estudo não houve a preocupação em acompanhar exclusivamente os encontros em que o tema alimentação e nutrição se fazia presente, uma vez assumindo que, sob a perspectiva do Interacionismo Simbólico,

“a presença do outro e os atos que desenvolve se convertem em outras tantas oportunidades para orientar o ato próprio, constituindo, desse modo, os acontecimentos da experiência que impulsionam o indivíduo, enquanto este orienta sua ação ao reconsiderar sua conduta” (Grifos da pesquisadora) (CARVALHO, BORGES e RÉGO, 2010, p.154).

Para efeito ilustrativo, o ‘outro’, neste estudo, seria a pesquisadora, e os atos que desenvolve seria o conteúdo da qualificação. Por conseguinte, tal etapa investigativa influencia nas ações do mediador de grupos (o ‘indivíduo’), incluindo os diversos encontros que ele vier a mediar, de modo a não restringir as (re)significações sobre comunicação ao contexto da pesquisa.

Figura 2 - Fluxograma de mapeamento da localização dos profissionais que atuavam como mediadores de grupos educativos em uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo



4.3 DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE ATORES DA PESQUISA

Uma vez identificados os profissionais com perfis condizentes ao que foi pré-estabelecido, foram feitos os convites para participação no estudo de forma voluntária, tendo como propósito o envolvimento de um número suficiente de profissionais para se atingir saturação teórica nas três pré-categorias do Momento 1 (“Percepção dos mediadores de grupos educativos em relação à comunicação verbal e não verbal emitida durante a realização dos grupos”, “Implicações da comunicação verbal e não verbal na mediação de grupos educativos segundo os mediadores – elementos que favorecem ou prejudicam o alcance dos objetivos do grupo”, “Percepção dos mediadores de grupos educativos sobre a aplicação do vídeo *feedback* como técnica de qualificação do processo comunicativo para Educação Permanente em Saúde”) e nas mesmas três pré-categorias do Momento 2.

A interrupção da produção de dados, baseada na saturação teórica, é feita a partir da constatação da ausência de novos elementos capazes de gerar um aprofundamento da teorização (MINAYO et al., 2004). Para tanto, utilizou-se, neste estudo, a técnica de tratamento dos dados proposta por Fontanella, Ricas e Turano (2011) (Quadro 1) para constatar essa saturação.

Quadro 1 – Passos procedimentais para constatação da saturação teórica

Passos	Descrição
Passo 1: disponibilizar os registros de dados brutos	Acesso aos registros integrais de áudio e aos transcritos
Passo 2: “imersão” em cada registro	Identificação dos núcleos de sentido nas manifestações dos atores participantes
Passo 3: compilar as análises	Compilação dos temas e tipos de enunciados identificados em cada entrevista
Passo 4: reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria	Agregação das falas consideradas exemplares dos núcleos de sentido identificados
Passo 5: codificar ou nominar os dados	Nominação dos temas e dos tipos de enunciados contidos em cada pré-categoria
Passo 6: alocar (em uma tabela) os temas e tipos de enunciados	Agregação dos temas e tipos de enunciados para cada pré-categoria, destacando quando se deu a primeira ocorrência
Passo 7: constatar a saturação teórica para cada pré-categoria	Identificação da não ocorrência de novos temas ou tipos de enunciados de maneira consistente após novas entrevistas
Passo 8: “visualizar” a saturação	Transformação da tabela em um gráfico, possibilitando, para cada pré-categoria analisada, uma constatação visual da “saturação”

Fonte: Adaptada de Fontanella, Ricas e Turano (2011).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento da pesquisa foram considerados, em todas as suas etapas, os princípios éticos fundamentais que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Uma vez aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (parecer nº 1.038.206) (Anexo 1) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (parecer nº 1.057.539) (Anexo 2) com os respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização para Registros de Áudio e Vídeo (Anexo 3), o projeto foi iniciado.

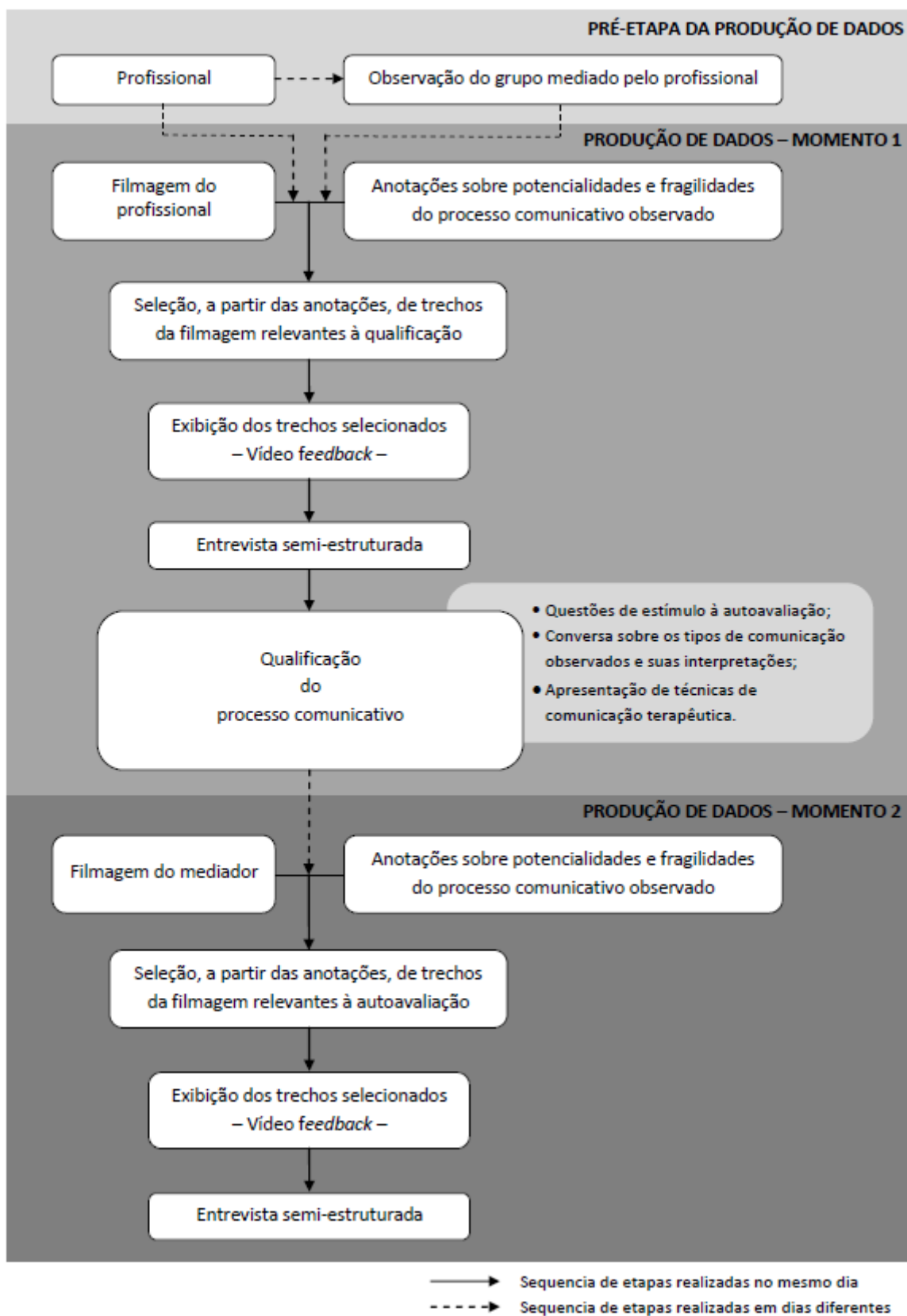
Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram direcionados aos usuários presentes nos encontros de grupos educativos (Anexo 4) – a fim de autorizarem a realização da observação sistemática por meio de filmagem – e aos profissionais da saúde que mediavam tais grupos (Anexo 5) para que apresentassem consentimento em participar da pesquisa, cientes da realização da filmagem e da entrevista.

Ao participarem do estudo, os profissionais da saúde – mediadores de grupos educativos – receberam, como contrapartida, a referida qualificação do processo comunicativo.

4.5 PRODUÇÃO DE DADOS

Os profissionais da saúde que aceitaram participar do estudo informaram as datas e os horários em que os encontros dos grupos educativos aconteceriam. Diante disso, elaborou-se um calendário para registro das atividades de trabalho em campo (Anexo 6), o qual auxiliou no planejamento da produção de dados. Esta, por sua vez, foi realizada no período de julho a novembro de 2015. O fluxograma das pré-etapas e etapas da produção de dados está apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Fluxograma das pré-etapas e etapas da produção de dados



Os grupos educativos que se configuravam de uma forma que possibilitasse o acompanhamento da pesquisadora em mais de dois encontros (sendo esses dois equivalentes aos encontros destinados aos momentos de investigação), foram observados antes da data prevista para realização das etapas do Momento 1. Essa inserção da pesquisadora nos encontros grupais antes de dar início à produção de dados teve como intuito a aproximação aos usuários do serviço de saúde que comumente participavam dos grupos, o conhecimento dos espaços físicos onde os encontros aconteciam e o conhecimento dos atores em ação no seu contexto habitual, ou seja, sem a presença de uma câmera para registro de áudio e vídeo.

As informações obtidas nessa pré-etapa de produção de dados também foram úteis para investigar como apresentar a proposta do estudo aos participantes, qual o melhor momento para solicitar as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes (antes do início ou após término do encontro), qual o local mais apropriado para instalar os equipamentos de filmagem (tripé e câmera) sem causar incômodo aos participantes e ao mediador.

Para os grupos em que a inserção prévia da pesquisadora em algum encontro não foi possível, fez-se necessária uma conversa mais detalhada sobre os grupos com seus respectivos mediadores a fim de não comprometer a investigação em seu âmbito exploratório e de inspeção diante da abordagem interacionista, que preza pelo exame tão profundo do quadro em estudo quanto permitem as condições vigentes (CARVALHO, BORGES e RÊGO, 2010).

Uma vez agendados e confirmados os encontros grupais que seriam observados por filmagem, deu-se início à produção de dados referente ao Momento 1. Para tanto, foi utilizada uma câmera (modelo DSC-H70, 16.1 megapixels) sobre um tripé, a qual permaneceu ligada enquanto o profissional (ator da pesquisa) mediava o grupo. Estando a pesquisadora no controle da câmera, procurou-se posicioná-la no enquadramento de meio corpo superior do profissional, visto que essa é a região corporal que mais emite sinais não verbais. Cabe ressaltar que apenas o profissional foi ator de interesse para produção de dados e que, portanto, os usuários não foram filmados, exceto em casos em que a disposição espacial do grupo foi um interferente.

Concomitantemente à filmagem, foram feitas anotações sobre o processo comunicativo observado, de modo a registrar o tempo (em minutos, desde o início da gravação) em que as principais fragilidades e potencialidades comunicativas do profissional aconteciam (Anexo 7). Isso foi realizado a fim de estruturar a condução do vídeo *feedback* (DICKSON, HARGIE e MORROW, 1989c) por meio de uma seleção estratégica de trechos do vídeo posteriormente reproduzidos ao profissional.

No mesmo dia em que a filmagem foi realizada, deu-se sequência às etapas de investigação sendo que o tempo para cumprimento das mesmas foi estabelecido pelo profissional de acordo com sua disponibilidade. Tendo apresentado essa informação e feito outros esclarecimentos ao profissional, os trechos da filmagem pré-selecionados foram exibidos em um computador portátil por meio do programa *Windows Media Player*.

Logo em seguida, o profissional participou de uma entrevista semiestruturada (GIL, 2008) que, gravada em áudio, foi guiada por um roteiro de questões que procurava motivar uma autoavaliação da comunicação verbal e não verbal verificada na condução do grupo filmado. Para os primeiros entrevistados, o roteiro apresentava quatro blocos de questões referentes à: (a) identificação do profissional da saúde e do grupo educativo filmado; (b) descrição da percepção do profissional sobre sua comunicação observada na filmagem; (c) reflexão sobre o papel da comunicação na relação interpessoal no âmbito do cuidado em saúde; (d) descrição da percepção do profissional sobre a aplicação do vídeo *feedback*. Contudo, o roteiro foi adaptado (Anexo 8) a partir do quarto dia de produção de dados, de modo que foram mantidos os quatro blocos e acrescentado um outro referente a duas questões reflexivas sobre comunicação, mas que foram feitas antes da exibição do vídeo *feedback* para melhor direcionar a pesquisadora na condução das questões subsequentes que prezavam pela autoavaliação a partir da filmagem. Em outras palavras, as questões acrescentadas procuraram introduzir o foco que a entrevista deveria atingir, à medida que estimulavam uma reflexão sobre o conceito de comunicação e sobre as expectativas que a auto-observação poderia gerar. De qualquer forma, tais respostas não foram submetidas à análise para que fosse mantida a regra da homogeneidade da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977) aplicada neste estudo.

Dando prosseguimento, ainda no Momento 1, realizou-se uma qualificação do processo comunicativo do profissional (SILVA, 2014; HOLLI e CALABRESE, 1986) na configuração de uma Educação Permanente em Saúde individual. Vale destacar que a Educação Permanente em Saúde tem, no trabalho, o material base para construir conhecimentos capazes de ressignificar as ações em saúde, mas, para trazer benefícios, não basta reconhecer sua importância, é preciso planejá-la de modo a não reduzi-la a um simples encontro onde os assuntos são abordados de maneira pontual (SILVA e DUARTE, 2015). Para então evidenciar a possibilidade de adaptar a Educação Permanente em Saúde à realidade dos mais variados atores prezando pela intencionalidade dos encontros contínuos em busca de um auto-aperfeiçoamento, o tempo total das etapas de investigação deste projeto foi estabelecido conforme a disponibilidade dos mediadores. Acredita-se que, uma vez realizada a Educação Permanente em Saúde nessa configuração, cria-se menos resistência, por parte dos profissionais, em participarem dos encontros.

Na etapa de qualificação deste estudo foi utilizada a técnica de vídeo *feedback*. A forma de aplicação da técnica foi baseada no referido por Hosford e Johnson (1983, apud FUKKINK, TRIENEKENS e KRAMER, 2010) que permite a realização de interferências (pausas e aceleração, por exemplo) ao longo da exibição do vídeo para facilitar o processo de ensino-aprendizagem.

Partindo do pressuposto de que a comunicação em saúde é um processo subjetivo e dependente dos significados que os profissionais e usuários atribuem a ela diante de um contexto, o ensino de competências e habilidades em comunicação para profissionais da saúde deve ser conduzido seguindo essa mesma lógica, ou seja, considerando os significados que eles atribuem às suas fragilidades e potencialidades em comunicação na sua prática profissional para que, a partir disso, seja (re)elaborado o conteúdo da qualificação/treinamento conforme haja necessidade (PERRON et al., 2014).

À princípio, a pesquisadora ordenou quais assuntos seriam abordados na qualificação a partir das fragilidades e potencialidades comunicativas registradas durante observação sistemática, porém, o que determinou quais assuntos, de fato, seriam explorados foram os próprios profissionais à medida que a pesquisadora

priorizou resgatar os elementos de comunicação identificados por eles ao longo de suas respostas na entrevista.

Aqui, cabe ressaltar que o estudo se propôs a analisar única e exclusivamente o processo comunicativo do profissional, portanto, em momento algum foram feitas inferências à presença ou ausência de competências que dizem respeito ao conhecimento científico e/ou ao perfil profissional de cada ator da pesquisa.

Em um segundo momento, agendado de acordo com a disponibilidade do profissional, houve, novamente, a realização das sessões de filmagem, do vídeo *feedback* (DICKSON, HARGIE e MORROW, 1989b, 1989c) e da entrevista semiestruturada (GIL, 2008), não se aplicando a etapa de qualificação, proposta exclusivamente para o Momento 1.

Pelo fato dos grupos apresentarem peculiaridades estruturais e organizacionais, os grupos acompanhados no Momento 1 não foram necessariamente os mesmos no Momento 2, desde que mantida a condição de que o tema alimentação e nutrição se fizesse presente em pelo menos um dos encontros grupais, os quais não precisariam acontecer nos dias de filmagem.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

No âmbito da pesquisa qualitativa, os dados devem ser analisados a fim de se cumprir as seguintes finalidades: compreensão do que foi produzido; confirmação ou não das hipóteses da pesquisa e/ou respostas às questões formuladas; e ampliação do conhecimento sobre o assunto pesquisado na singularidade de seu contexto (MINAYO et al., 2004).

Diante disso, após gravadas (em áudio) e transcritas as entrevistas, as respostas referentes ao bloco de identificação do profissional da saúde e do grupo educativo filmado foram apresentadas e discutidas por meio de quadros e tabelas. Em contrapartida, os dados gerados a partir dos demais blocos foram tratados a partir da Análise de Conteúdo Temática, compreendida como um conjunto de técnicas que busca analisar os significados das falas dos atores da pesquisa, uma vez realizadas inferências a partir de descrições dos conteúdos das mensagens. Cabe citar que a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de

determinado assunto, podendo ser apresentada por meio de uma palavra ou frase, caracterizando-se como uma unidade de significação (BARDIN, 1977).

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo é dividida em três fases: (I) pré-análise; (II) exploração do material; (III) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A fim de constatar o cumprimento fidedigno da análise neste estudo, segue a descrição das fases de acordo com suas regras.

A pré-análise, considerada uma fase de organização, apresenta três missões, sendo uma delas a formulação das hipóteses e dos objetivos, a qual, neste estudo, foi realizada antes mesmo da produção de dados. Para cumprir as demais missões – escolha dos documentos a serem submetidos à análise e elaboração de indicadores para fundamentarem a interpretação final –, seguiu-se os seguintes passos (BARDIN, 1977):

i) Leitura flutuante: caracterizou-se pelo primeiro contato com os documentos produzidos;

ii) Escolha dos documentos: após o estabelecimento de uma leitura mais precisa em função das hipóteses, escolheu-se os documentos passíveis de fornecerem informações condizentes aos objetivos. Para tanto, foram consideradas as regras que se seguem:

- Regra da exaustividade: o assunto relacionado às hipóteses e aos objetivos do estudo foi explorado em todas as entrevistas;

- Regra da representatividade: todas as entrevistas compuseram o universo inicial do material analisado. Porém, as falas cujas unidades de registro advindas de um mesmo ator eram semelhantes, passaram por um processo de escolha, de modo que apenas uma delas veio a compor o universo final do material analisado.

- Regra da homogeneidade: o material textual foi produzido a partir de técnicas semelhantes aplicadas por um mesmo pesquisador. Por mais que o roteiro de entrevista tenha sido adaptado no decorrer da produção de dados, tal alteração não interferiu no cumprimento da regra da homogeneidade ao passo que as respostas às questões acrescentadas não estavam vinculadas diretamente às hipóteses e, portanto, não foram submetidas à análise;

- Regra de pertinência: o material escolhido condiz com os objetivos que sustentam a análise.

iii) Referenciação dos índices e elaboração de indicadores: foram escolhidos os indicadores a partir dos recortes dos textos em unidades comparáveis de categorização.

iv) Preparação do material: as falas de cada ator da pesquisa foram digitadas em um documento do programa *Microsoft Word*, tendo os recortes sido realçados e os códigos redigidos em colunas posicionadas à direita do texto. A partir disso, os códigos foram agrupados em um único documento e classificados por equivalência.

Concluída a fase de pré-análise, deu-se início à exploração do material realizada, neste estudo, manualmente (sem ordenador). As unidades de registro utilizadas foram baseadas na noção de tema, tendo por finalidade descobrir os núcleos de sentido que compuseram as falas dos atores da pesquisa. Quanto à regra de enumeração, definiu-se analisar os elementos pelo critério de presença, pois se acredita que a simples presença de um enunciado pode significar o produto da visão profunda de um entrevistado em particular (FONTANELLA, RICAS e TURANO, 2011).

Por fim, o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação – que constituem a última fase da Análise de Conteúdo – foram conduzidos, inicialmente, a partir das pré-categorias e, depois, pelas categorias e subcategorias referentes a cada momento (1 e 2) da produção de dados, a fim de que a aplicabilidade da técnica fosse verificada por meio das significações geradas antes e depois da sua utilização em prol da qualificação do processo comunicativo.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA UBS E DOS GRUPOS EDUCATIVOS OBSERVADOS

A UBS escolhida apresenta estrutura mista, na qual coexistem as modalidades tradicional e Estratégia Saúde da Família – com cinco equipes compostas de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A Tabela 1 mostra as informações fornecidas por interlocutores da unidade sobre o total da população adscrita no período em que os dados foram produzidos, distribuído por equipes de Estratégia Saúde da Família.

Tabela 1 - Total de pessoas adscritas na Unidade Básica de Saúde no período de produção de dados, estratificado por equipes da Estratégia Saúde da Família

	Julho/2015	Agosto/2015	Setembro/2015	Outubro/2015	Novembro/2015
Equipe 1	3598	3614	3620	3623	3631
Equipe 2	3475	3527	3521	3514	3513
Equipe 3	3393	3406	3398	3393	3371
Equipe 4	3578	3579	3583	3557	3524
Equipe 5	3616	3637	3639	3679	3672
Total	17660	17763	17761	17766	17711

Oito diferentes grupos educativos foram observados, cada qual com objetivos diferentes entre si, mas que possuíam o tema alimentação e nutrição como item comum em pelo menos um de seus encontros, conforme apresentado no Quadro 2. Quanto à frequência e ao local de realização dos encontros, há diferenças entre os grupos.

Quadro 2 - Características dos grupos educativos

Nome do grupo educativo	Local de realização do grupo	Frequência dos encontros do grupo	Objetivo(s) do grupo	Itens sobre alimentação e nutrição abordados em pelo menos um de seus encontros*
Grupo de Tabagismo	Sala de grupos na UBS	Começa semanal, depois se torna quinzenal e, por fim, mensal	Cessar o tabaco	Orientações sobre como evitar ganho de peso excessivo durante e após processo para cessar o tabaco
Grupo de Verminose e Pediculose	Sala das ACS na UBS	Uma vez por ano com a população da área de cada uma das equipes	Prevenir verminose e pediculose em crianças	Higiene dos alimentos; alimentação saudável
Grupo de Saúde Bucal para Gestantes	Sala de grupos na UBS	Quinzenal	Prevenir doenças bucais em gestantes	Informações gerais sobre alimentação da gestante; aleitamento materno
Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo	Sala de grupos na UBS	Semanal	Incentivar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade	Aleitamento materno
Grupo HiperDia	Igreja, associação, salão de condomínio	Semanal	Monitorar e orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes	Informações gerais sobre alimentação direcionada ao controle da hipertensão e da diabetes
Grupo de Reeducação Alimentar e Prática Corporal	Sala de grupos na UBS	Mensal	Mudança de hábitos alimentares e do estilo de vida, buscando ter, como consequência, a perda de peso	Alimentação saudável
Grupo de Triagem Odontológica	Sala das ACS na UBS	Mensal	Orientar sobre o acompanhamento odontológico, assim como sobre a saúde bucal	Relação entre alimentos ricos em carboidratos simples e a formação da cárie
Grupo de Dores Crônicas	Sala de grupos na UBS	Semanal	Proporcionar bem-estar às pessoas com dores crônicas	Apresentação de receitas

ACS: Agentes Comunitárias de Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde.

*Informações obtidas na fase de aproximação aos profissionais (antes do Momento 1 de investigação) e durante observação sistemática dos grupos.

Nos meses de julho, agosto, setembro, outubro e novembro de 2015 foram computados respectivamente 97, 82, 95, 92, 72 encontros de grupos educativos realizados por profissionais da UBS, dos quais 29 foram acompanhados neste estudo, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Número de encontros dos grupos educativos acompanhados durante os cinco meses em campo

Nome do grupo educativo	Número de encontros acompanhados na pré-etapa de produção de dados	Número de encontros acompanhados na produção de dados	Total de encontros acompanhados em cinco meses
Grupo de Tabagismo	1	2	3
Grupo de Verminose e Pediculose	1	2	3
Grupo de Saúde Bucal para Gestantes	0	2	2
Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo	3	3	6
Grupo HiperDia	0	8	9
Grupo de Reeducação Alimentar e Prática Corporal	1	2	3
Grupo de Triagem Odontológica	0	2	2
Grupo de Dores Crônicas	0	1	1
Total de encontros acompanhados	6	22	29

O grupo HiperDia segue a proposta do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *mellitus*, o qual propõe que enfermeiros desenvolvam atividades educativas em grupo com pessoas com hipertensão arterial e diabetes, procurando agregar a participação de outros profissionais, como nutricionista, assistente social e psicólogo (BRASIL, 2001).

O Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo é uma idealização do programa da Secretaria Municipal de Saúde “rede mãe paulistana” que segue os ideais da Rede Cegonha. Esta, por sua vez, é uma estratégia criada pelo Ministério

da Saúde com o intuito de assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como assegurar o direito das crianças nascerem de forma segura e crescerem e se desenvolverem de maneira saudável (BRASIL, 2011a).

Os grupos de Tabagismo e de Reeducação Alimentar e Prática Corporal contemplam diretamente os temas considerados prioritários pela Política Nacional de Promoção da Saúde para serem abordados nas ações promotoras de saúde; são eles: alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados (BRASIL, 2015).

Tanto o Grupo Saúde Bucal para Gestantes quanto o Grupo de Triagem Odontológica foram criados, segundo os mediadores, como uma proposta da própria unidade, com o intuito de suprir a crescente demanda de gestantes na região de abrangência da unidade e de otimizar as atividades do serviço no sentido de melhor orientar sobre cadastros e atendimentos odontológicos, respectivamente. Da mesma forma, o Grupo de Verminose e Pediculose foi configurado para reunir um grande número de pessoas e, assim, facilitar a entrega de medicamentos e o repasse de orientações sobre como utilizá-los.

O Grupo de Dores Crônicas, assim como o Grupo de Reeducação Alimentar e Prática Corporal, é conduzido por profissionais do NASF, tendo como objetivo auxiliar os usuários, que apresentam dores crônicas, a fazerem exercícios que amenizem os sintomas.

5.2 ATORES DA PESQUISA

O espaço de entrada para apresentação do projeto e conseqüente convite para participação do mesmo ocorreu nas reuniões das equipes de Estratégia Saúde da Família. Contabilizando os membros das cinco equipes, 26 profissionais tomaram ciência sobre a realização do estudo, porém, apenas os enfermeiros (quatro, visto que uma estaria de férias no período de produção de dados) e os médicos (cinco) foram convidados a participarem do projeto, uma vez correspondendo aos critérios de inclusão. Destes, apenas um médico se recusou, de forma direta, a participar. Quanto aos demais médicos, não houve recusa ou prontidão imediata em participar,

de qualquer modo, ao longo do trabalho em campo os profissionais em questão não foram vistos realizando grupos.

Com o incentivo e apoio do até então coordenador do NASF, foi possível apresentar a proposta do projeto em reunião comumente realizada pela equipe. Dentre os cinco presentes (nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social e psicóloga) apenas a nutricionista foi convidada a participar do estudo por corresponder aos critérios de inclusão. A educadora física também fazia parte da equipe, e foi convidada a participar da pesquisa assim que voltou de sua licença, porém, tal profissional não apresentou interesse em compor a população de estudo.

Em apresentação do projeto à equipe de Saúde Bucal, na qual cinco profissionais se fizeram presentes, dois deles aceitaram participar do estudo, enquanto três não manifestaram interesse. Ademais, os outros profissionais pertencentes à UBS tradicional foram sendo convidados individualmente conforme indicações e aproximações espontâneas.

No total, 11 profissionais participaram do estudo de forma voluntária, sendo esse número suficiente para constatar saturação (Anexo 9) - por meio da técnica de tratamento dos dados, proposta por Fontanella, Ricas e Turano (2011) - nas três pré-categorias do Momento 1, assim como em uma pré-categoria do Momento 2 (Figura 4). A saturação não foi atingida apenas nas duas pré-categorias do Momento 2 da investigação (Figura 5).

Figura 4 - Visualização da dinâmica das pré-categorias que atingiram saturação teórica

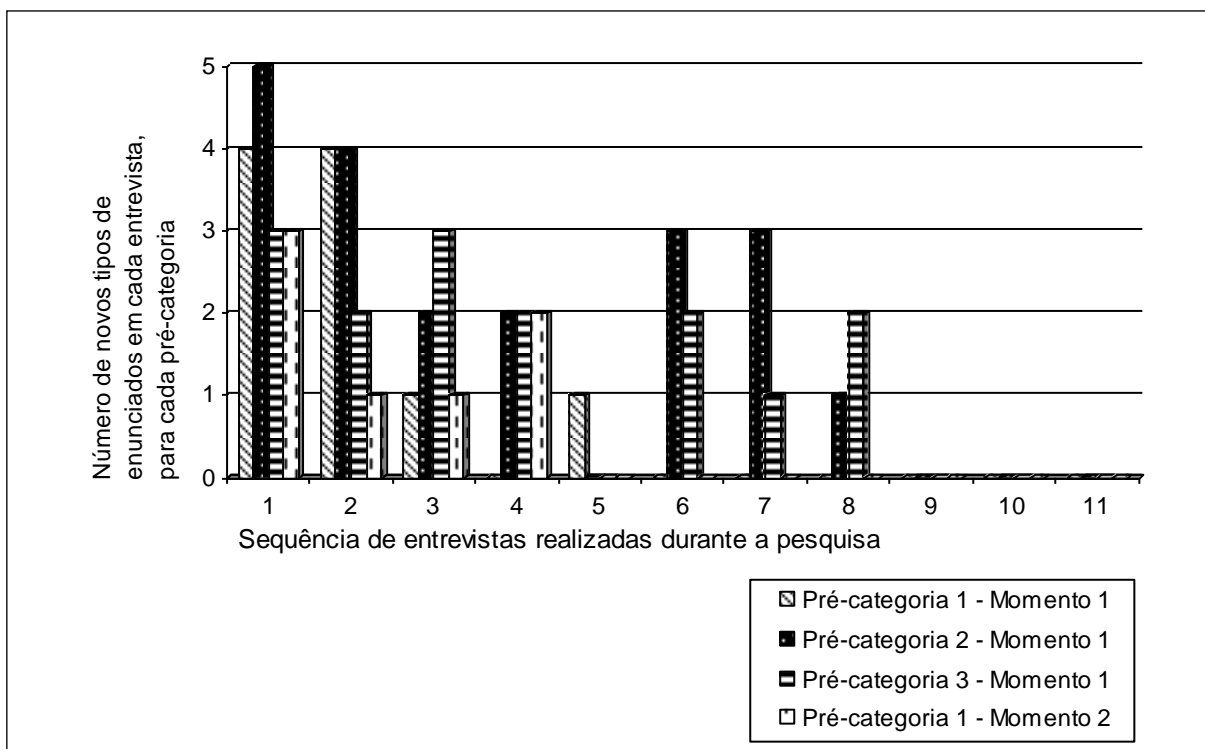
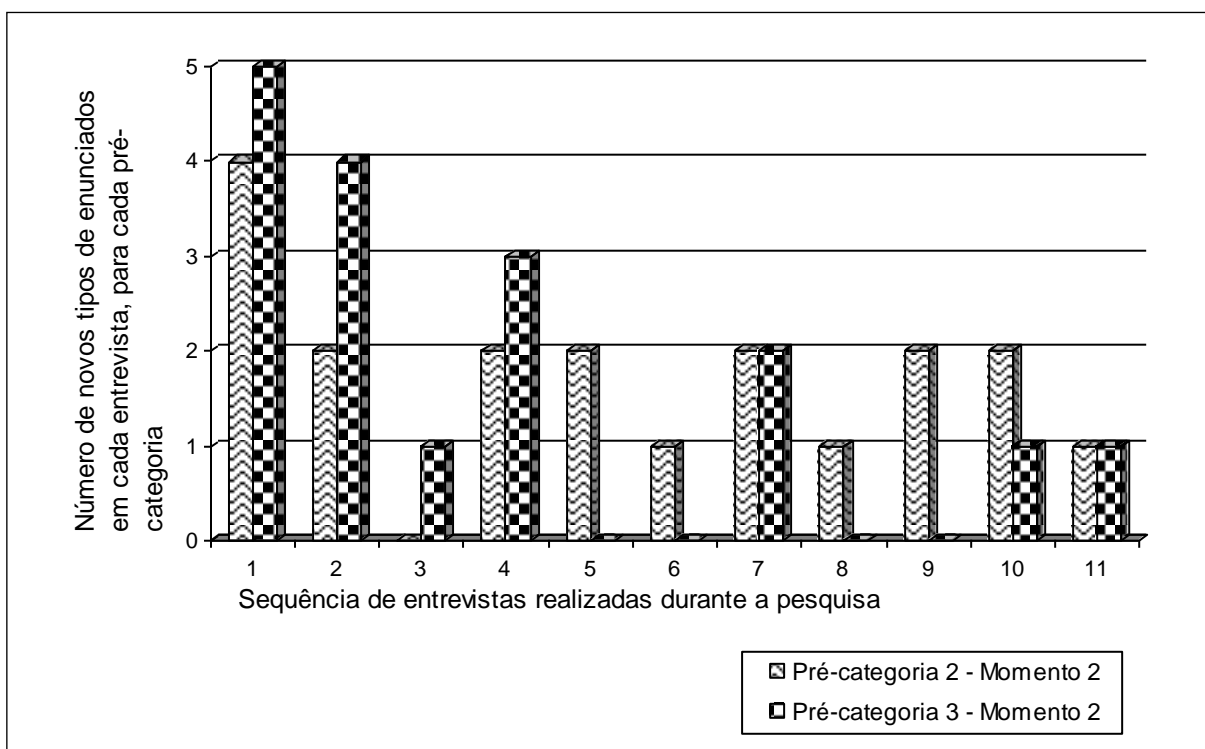


Figura 5 - Visualização da dinâmica das pré-categorias que não atingiram saturação teórica



5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES DA PESQUISA

Os profissionais que participaram do estudo estão identificados com a letra “P” seguida do número que representa a ordem de sua primeira participação nas etapas de investigação.

Conforme mostra o Quadro 3, os atores da pesquisa tinham idade entre 27 e 53 anos, eram predominantemente do sexo feminino e já vinham atuando como mediadores há tempos que variaram de três a dez anos. Quanto à profissão, havia: uma nutricionista, uma farmacêutica, quatro enfermeiras, uma técnica em saúde bucal, dois auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário e uma agente de promoção ambiental.

Quando perguntado sobre a participação em cursos de qualificação do processo comunicativo em saúde, três profissionais responderam já terem participado.

Quadro 3 - Características dos atores da pesquisa

Identificação do profissional	Sexo	Idade (anos)	Profissão	Tempo como mediador(a) de grupos (anos)	Já participou de qualificação (curso) em comunicação em saúde	Carga horária	Observações
P1	F	36	Farmacêutica	5	Sim	16	
P2	F	47	Enfermeira	10	Não		
P3	F	52	Técnica em saúde bucal	7	Não		
P4	F	53	Auxiliar de enfermagem	5	Não		
P5	F	51	Enfermeira	10	Não		
P6	M	29	Auxiliar de enfermagem	9	Não		
P7	F	36	Enfermeira	6	Sim	30	30 horas foi a carga horária total do curso no qual um dos temas foi comunicação
P8	F	28	Nutricionista	4	Sim	16	O curso abordou apenas sobre a comunicação verbal
P9	F	39	Enfermeira	6	Não		
P10	F	27	Auxiliar de consultório dentário	6	Não		
P11	F	50	Agente de promoção ambiental	3	Não		

F: Feminino; M: Masculino; P: Profissional.

5.4 CARACTERIZAÇÃO DAS ETAPAS DE INVESTIGAÇÃO

As datas para realização dos momentos de investigação foram definidas pelos profissionais de acordo com sua disponibilidade. Assim sendo, houve diferenças de tempo expressivas entre Momento 1 e Momento 2 de um profissional para outro, variando de sete a 61 dias (Quadro 4).

Quadro 4 - Intervalo entre os momentos de investigação de acordo com o profissional

Identificação do profissional	Data Momento 1	Data Momento 2	Diferença em dias
P1	24/07/2015	31/07/2015	7 dias
P2	30/07/2015	06/08/2015	7 dias
P3	12/08/2015	21/09/2015	40 dias
P4	20/08/2015	30/09/2015	41 dias
P5	03/09/2015	17/09/2015	15 dias
P6	04/09/2015	21/10/2015	47 dias
P7	10/09/2015	11/11/2015	61 dias
P8	28/09/2015	26/10/2015	28 dias
P9	07/10/2015	16/10/2015	9 dias
P10	09/10/2015	16/10/2015	7 dias
P11	21/10/2015	04/11/2015	14 dias

As etapas que constituíram o Momento 1 foram adaptadas para acontecerem em intervalos de tempo suficiente para se cumprir o tempo total estipulado por cada profissional, com o propósito de respeitar sua disponibilidade. O Quadro 5 ilustra o tempo gasto para realizar as etapas de vídeo *feedback*, entrevista e qualificação.

Quadro 5 - Tempo das etapas de investigação do Momento 1 de acordo com o profissional

Identificação do profissional	Tempo estimado pelo profissional	Tempo de vídeo <i>feedback</i>	Tempo de entrevista	Tempo de qualificação	Tempo total
P1	20 a 30 min	5 min 30 s	6 min 20	9 min	20 min 50 s
P2	40 min	5 min	12 min 15	16 min 15 s	33 min 30 s
P3	Livre	10 min	23 min	50 min	1 h 13 min
P4	40 min	7 min	15 min	20 min	42 min
P5	40 min	6 min	8 min 30	24 min 30 s	39 min
P6	40 min	5 min	11 min	20 min	36 min
P7	40 min	5 min 20 s	11min 25	24 min 15 s	40 min
P8	30 min	4 min	11min 30	16 min 30 s	32 min
P9	40 min	5 min 20 s	15 min 50	18 min	39 min 10 s
P10	1h	8 min	13 min 45	32 min	53 min 45 s
P11	Livre	5 min	12 min	27 min 50 s	44 min 50 s

h: hora; min: minuto(s); s: segundo(s)

Na etapa de qualificação – conduzida pela pesquisadora –, procurou-se abordar, com cada profissional, a quantidade de itens que fosse necessária (se dentro do tempo pré-estabelecido), tendo como prioridade não a abordagem de um número grande de itens, mas a discussão de cada um deles de maneira aprofundada conforme fosse possível diante do material produzido por meio da filmagem (Tabela 3).

Nesse sentido, se nas anotações da pesquisadora constassem cinco itens sobre potencialidades observadas na mediação do profissional e dez itens sobre fragilidades, mas, durante o vídeo *feedback* e a entrevista, o profissional tivesse exposto apenas as cinco potencialidades, essas seriam priorizadas como discussão na etapa de qualificação. A discussão, por sua vez, começava com questões reflexivas como as que se seguem: “o que você estava pensando/sentindo neste momento que estamos visualizando na filmagem?”, “qual mensagem você queria transmitir?”, “você acha que conseguiu transmitir a mensagem que gostaria?”. Após essa autoavaliação, houve uma abordagem teórica sobre os diferentes tipos de comunicação e a interpretação que se pode fazer deles, utilizando como material explicativo a própria filmagem. Para complementar, foram apresentadas as técnicas

de comunicação terapêutica passíveis de serem apropriadas pelos profissionais respeitadas suas características particulares.

No total foram abordados 21 itens sobre comunicação verbal e não verbal, aqui nomeados de acordo com as classificações de SILVA (2014) e HOLLI e CALABRESE (1986).

Tabela 3 - Itens abordados na qualificação de acordo com o profissional

Itens abordados na qualificação	Identificação do profissional											Total
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	
Introdução sobre os tipos de comunicação				x	x	x		x	x	x	x	7
Comunicação verbal – expressão				x	x		x		x	x	x	6
Comunicação verbal – validação	x	x	x		x	x		x			x	7
Comunicação consciente			x				x	x		x	x	5
Leitura da linguagem corporal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11
Sincronia dos gestos	x	x	x		x	x	x	x		x	x	9
Gestos manipuladores	x					x	x	x	x		x	6
Gestos ilustrativos							x	x	x			3
Gestos reguladores							x					1
Expressões faciais		x	x			x				x		4
Entonação da voz	x											1
Velocidade da voz			x									1
Fatores cinestésicos da proxêmica	x								x			2
Código visual			x	x		x	x			x	x	6
Tacêsica				x								1
Características físicas						x	x					2
Características do ambiente		x					x					2
Importância do contexto										x	x	2
Importância da autoavaliação							x					1
Como encorajar ou não a participação dos membros mais quietos		x									x	2
Como exercer controle sobre os participantes que falam muito											x	1
Total	6	6	7	5	5	8	10	8	6	8	11	..

Considerando que no Momento 2 não houve a etapa de qualificação, o tempo total de investigação foi menor em relação ao Momento 1, variando de 11 minutos e 35 segundos a 36 minutos (Quadro 6).

Quadro 6 - Tempo das etapas de investigação do Momento 2 de acordo com o profissional

Identificação do profissional	Tempo estimado pelo profissional	Tempo de vídeo <i>feedback</i>	Tempo de entrevista	Tempo total
P1	20 a 30 min	6 min	9 min 20 s	15 min 20 s
P2	40 min	6 min 30 s	29 min 30 s	36 min
P3	livre	6 min	16 min 20 s	22 min 20 s
P4	livre	7 min	6 min 40 s	13 min 40 s
P5	livre	6 min 20 s	9 min 30 s	15 min 50 s
P6	livre	3 min 5 s	8 min 45 s	11 min 50 s
P7	15 min	3 min 20 s	8 min 15 s	11 min 35 s
P8	30 min	5 min 35 s	8 min 25 s	13 min 05 s
P9	livre	6 min	10 min 50 s	16 min 50 s
P10	30 min	7 min 10 s	9 min 35 s	16 min 45 s
P11	livre	5 min 30 s	8 min	18 min 30 s

min: minuto(s); s: segundo(s)

5.5 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

As falas produzidas na fase de vídeo *feedback* e em resposta às questões dos blocos “c” (descrição da percepção do profissional sobre sua comunicação observada na filmagem), “d” (reflexão sobre o papel da comunicação na relação interpessoal no âmbito do cuidado em saúde) e “e” (descrição da percepção do profissional sobre a aplicação do vídeo *feedback*) foram interpretadas mediante o estabelecimento inicial de três pré-categorias que se aplicaram tanto ao Momento 1 quanto ao Momento 2 da investigação; foram elas:

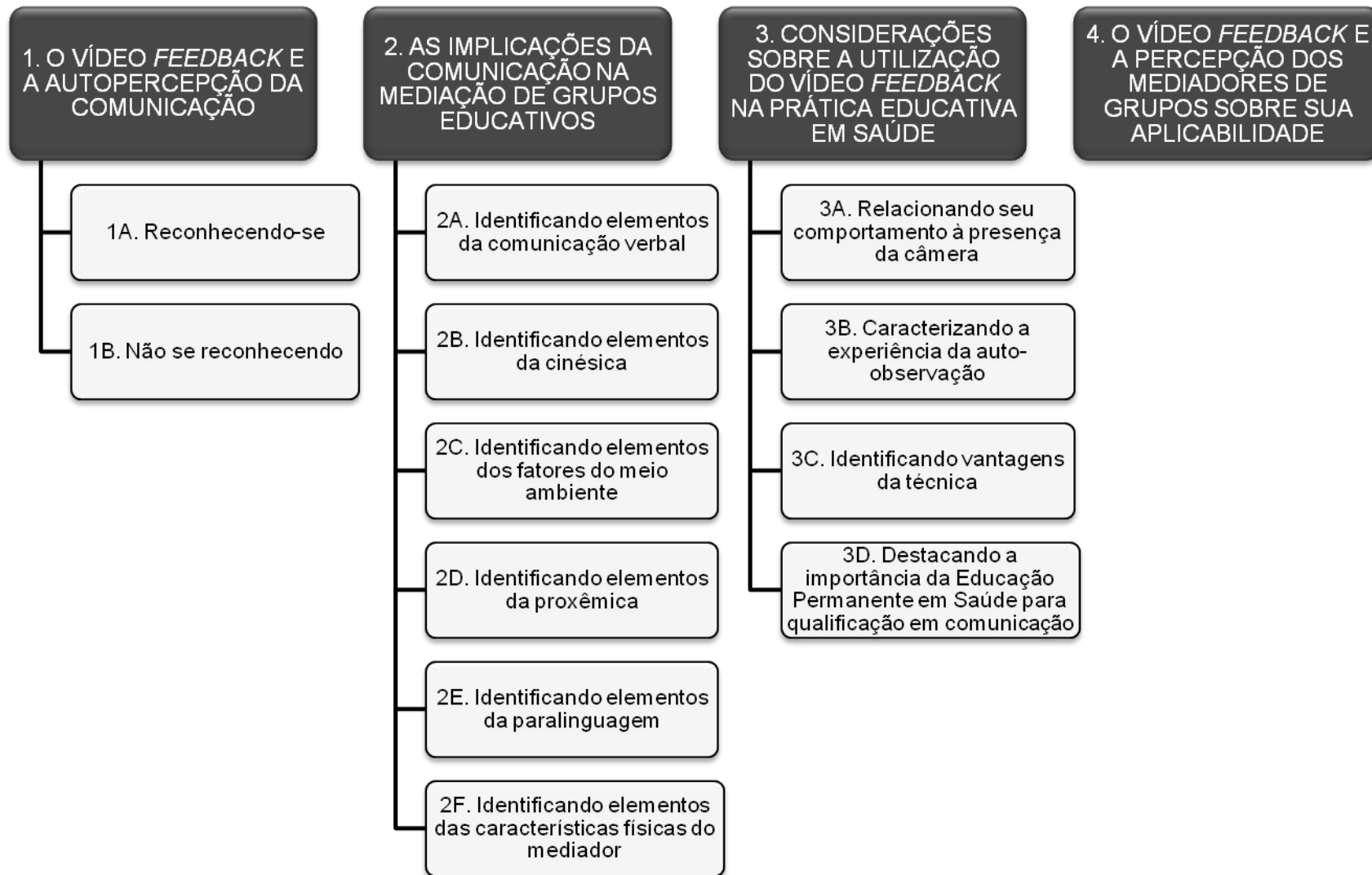
PRÉ-CATEGORIA 1: Percepção dos mediadores de grupos educativos em relação à comunicação verbal e não verbal emitida durante a realização dos grupos;

PRÉ-CATEGORIA 2: Implicações da comunicação verbal e não verbal na mediação de grupos educativos segundo os mediadores – elementos que favorecem ou prejudicam o alcance dos objetivos do grupo;

PRÉ-CATEGORIA 3: Percepção dos mediadores de grupos educativos sobre a aplicação do vídeo *feedback* como técnica de qualificação do processo comunicativo para Educação Permanente em Saúde.

Contudo, a partir da análise dos dados coletados e visando uma melhor sistematização dos mesmos, as pré-categorias foram reelaboradas e uma nova categoria e subcategorias foram criadas para cada momento da investigação (Figura 6 e Figura 7).

Figura 6 - Categorias e subcategorias do Momento 1



MOMENTO 1:

Categoria 1: O VÍDEO *FEEDBACK* E A AUTOPERCEPÇÃO DA COMUNICAÇÃO

Nessa categoria os profissionais manifestam percepções a respeito de sua própria comunicação, mediante o uso da filmagem como recurso para autoavaliação. Alguns entrevistados relatam reconhecerem-se no que tange à comunicação verbal e/ou não verbal emitida por eles na mediação de grupos, enquanto outros dizem não se reconhecerem, demonstrando surpresa durante ou após a etapa de vídeo *feedback*.

→ Subcategoria 1A: Reconhecendo-se

A subcategoria *Reconhecendo-se* traz falas nas quais os profissionais confirmam as expectativas criadas a respeito da autopercepção de sua comunicação ao utilizarem o vídeo *feedback*.

“(...) me observar agora foi a questão... confirmando a questão das mãos, né?!... de trabalhar muito com as mãos, tal. Isso... só confirma aquilo que eu penso mesmo em relação a gesto.” (P2)

“(...) Eu sempre faço assim. (...). Meu grupo... é assim que eu faço. Eu converso com eles mais ali no momento. Não sou muito de chegar e jogar conteúdo para eles; em falar. Eu chego e falo dependendo de cada grupo, mas pouco.” (P4)

“(...) eu não fico parada! Eu acho que... eu até tentei me controlar lá, porque eu fico mesmo [em constante movimento].” (P9)

“(...) apesar de ter bastante ponto negativo, mas eu achei que era isso mesmo. Eu já sabia das dificuldades que eu tinha e eu acabei observando o que realmente era o que eu já observava [risos].” (P11)

→ Subcategoria 1B: Não se reconhecendo

Ao lidar com a auto-observação e conseqüente autoavaliação, as percepções atribuídas por alguns profissionais sobre seu processo comunicativo durante a mediação de grupos divergiram das expectativas criadas pelos mesmos, ilustrando, assim, momentos de não reconhecimento de si.

“(...) geralmente eu falo baixo; minha voz é baixa, mas, pelo menos na gravação, eu acho que não ficou baixa.” (P1)

“Olha a minha cara! A gente faz umas caretas desnecessárias, né?! [Risos] Ai, caramba! Olha os cacoetes danados que a gente fica [fazendo]! [Risos].” (P3)

“É complicado falar disso [sobre sua forma de se comunicar vista na filmagem]. Porque... quando você se vê é bem diferente, né?! Você encontra falhas! (...) [Conduzir grupos educativos] é uma coisa tão rotineira que a gente faz tanto no dia-a-dia, que você não imagina que você vai... que vai acontecer isso, né?! E quando você vê é diferente!” (P5)

“Eu nunca... tinha parado, assim, para pensar em como que eu faço tanto gesto [risos] ou como que eu gaguejo.” (P6)

“(...) eu acho que, assim, agora para quando eu fiz o curso [de comunicação verbal], eu achei que melhorou bastante (...) agora, eu falo, com um pouco de vício de linguagem, mas falo bem menos do que antes. (...) visto que antes, achei que melhorou bastante!” (P8)

“Aí, eu fiquei até um pouco surpresa comigo [risos]. Da questão de eu falar... então... da forma que eu fui falando, né?! E eu usando a forma que eu estava falando... gesticulando [risos]. Eu acho que aí eu poderia ter segurado um pouco.” (P9)

“Engraçado. Porque, assim... parece é... eu, eu tinha a impressão o que? Que eu passava... eu não sei... não é que eu passava insegurança... eu acho que eu pareço que eu to cansada para dar o grupo. Não sei! Tive essa impressão. Você ta cansado. Não sei se é porque a rotina ta corrida, mas é... não sei se... eu não sei se falta entusiasmo. Eu não sei! Olhando assim é engraçado. Na hora eu acho que está, mas eu olhando assim parece que eu estou cansada. Sabe? Parece “tem que escovar”. Sei lá! Engraçado.” (P10)

“Não parece que eu faço tanto, mas, quando eu olho aí na filmagem parece que eu gesticulo bastante.” (P11)

Categoria 2: AS IMPLICAÇÕES DA COMUNICAÇÃO NA MEDIAÇÃO DE GRUPOS EDUCATIVOS

Ao questionar: “pensando que a comunicação é a transmissão de mensagens por meio da maneira de falar, das características do ambiente, das vestimentas, do toque, da distância entre as pessoas e dos gestos, postura e movimentos do corpo como um todo, como você acha que esses elementos podem ser utilizados de modo a favorecer o alcance dos objetivos do grupo?”, procurou-se direcionar o profissional a uma reflexão sobre os diferentes tipos de comunicação e suas implicações nas relações em grupo, tendo por base os trechos da filmagem que lhe foram apresentados. A partir disso, os profissionais conseguiram identificar elementos da

comunicação verbal e não verbal, mesmo não se referindo a eles por termos técnicos (como denominadas as subcategorias que se seguem).

→ Subcategoria 2A: Identificando elementos da comunicação verbal

Na subcategoria em questão, os profissionais apresentam elementos da comunicação verbal que, identificados por meio do vídeo *feedback*, tiveram sua utilização justificada não por um conhecimento técnico-científico, mas majoritariamente por suas experiências profissionais e significados atribuídos a potencialidades e fragilidades em comunicação no contexto grupal.

As falas que se seguem são referentes às potencialidades em comunicação verbal identificadas por P1, P2, P3, P4, P7 e P9, as quais incluem aspectos sobre expressão, clarificação e validação de mensagens.

“(...) eu acho que teve bastante interação, assim... na minha participação em relação ao grupo, né?! (...) Então respondia a pergunta de um ou de outro; então se um dava algum é... alguma orientação; falava alguma experiência dele, então eu falava assim: “ó, ta vendo?”, mas serve, né?!... De ajuda, então, é... e até um outro participante na... na roda mesmo.” (P1)

“(...) é uma estratégia minha essa de ir e voltar, entendeu? Para falar do mesmo assunto. Quando eles acham que eu já esqueci aquele assunto que eu já falei, eu volto nele de novo; então eu repito algumas coisas durante a fala para que eles possam memorizar pela falta de dinamismo mesmo do grupo.” (P2)

“Eu acho que eu, eu passo um entendimento bom, de uma forma simples, né?!... porque, de acordo com as pessoas, também não vou ficar falando nomes técnicos e tal, porque não adianta, eles não vão entender, então, eu tento passar da melhor forma possível, assim, para eles.” (P3)

“Eu acho que o que contribuiu é isso: é a forma de expressão e, e... e fazer também com que eles participam com as perguntas, se tem dúvidas, né?!” (P3)

“(...) pegar a escova, colocar a pasta, fazer com que eles entendam que modelo que é a escova, né?! Que a escova que é, que é... né?! Com a forma correta de colocar o creme dental, né?!” (P3)

“Eles vêm com a intenção de avaliar as crianças, interessados no bem estar das crianças. Se eu passei o pouco que eu passei, mas... foi favorável para eles. É... mostrando para eles, com a pesagem, com a medição, que as crianças têm se desenvolvido e isso... através deles estarem amamentando essas crianças bem, que essas crianças têm um desenvolvimento melhor.” (P4)

“(...) eu não usei muitos termos técnicos, eu consegui esclarecer o funcionamento do meu trabalho, da atividade no posto (...).” (P7)

“(...) na hora que eu comecei a falar o que era a doença e tudo, e da forma que eu falei, explicando para eles especificamente usando os termos deles, foi favorecido (...).” (P9)

“Eu fui caracterizando de forma que era a pele, mas que não iria fugir da avaliação dermatológica. Eu acho que foi isso daí que me favoreceu, quando ele pegou... eu passando para ele, e eles me mostrando, eu fui dando uma devolutiva para eles no momento! Eu acho que me favoreceu muito.” (P9)

Em contrapartida, P6, P10 e P11 conseguiram identificar apenas fragilidades no quesito comunicação verbal, mais especificamente quanto a organização textual e a repetição de frases consideradas desnecessárias diante do contexto.

“A fala, de certa forma, poderia ter sido mais organizada, né?! O texto, em si, mais planejado. Um pouco mais de nexos no sentido de... ir direto ao objetivo que eu queria mesmo, que era incentivar eles a escovarem os dentes. Eu falei tanto de problemas que, no fim... parei depois, mudei de assunto, comecei a falar da equipe (risos) da odonto. Então, assim, na verdade, eu dei muitas voltas e... não alcancei, de certa forma, o objetivo que eu esperava, na verdade, falar.” (P6)

“E essa mania que eu tenho de falar a mesma coisa! Uma coisa que eu tenho... que eu fiquei vendo: “tudo bem?”, “ta?”, “só tem mais uma coisa!”, “só tem mais uma coisa!”, que aí eu vou lembrando do tema. A gente sempre deixa um roteiro, mas esse roteiro nunca está na caixinha, para justamente não ficar “ah, então ta!”, “ah, mas tem mais uma coisa!”, “ah...”, mas acho que isso também cansa.” (P10)

“Então, eu acho que, no negativo, eu acho que, muitas vezes, eu não dou uma pausa de uma coisa para outra do que eu falo. (...) Eu acho que eu pulo direto de um para o outro e, às vezes, alguma coisa eu repito.” (P11)

→ Subcategoria 2B: Identificando elementos da cinésica

Essa subcategoria inclui os elementos da cinésica identificados pelos profissionais após o vídeo *feedback*. Enquanto P1, P5, P7 e P10 compartilham da ideia de que gesticular pode favorecer o alcance dos objetivos do grupo, P2, P6 e P11 acreditam que os gestos podem prejudicar a interação com os participantes. De todo modo, as diferentes opiniões são acompanhadas de pouco aprofundamento, no sentido de expor que tipos de categorias gestuais básicas justificam suas falas.

Quanto à expressão facial, que também compõe a cinésica, apenas P7 manifestou ter identificado tal elemento, mas sem dar detalhes sobre a implicação disso na mediação de grupos.

“(...) teve gestos, né?! Eu gesticulei bastante, né?! Não é aquela coisa que você só fica falando com o outro. Então, eu gesticulei bastante.” (P1)

“[O uso de gestos] Favorece, porque nem sempre... porque tem gente que você fala e não entende e, às vezes, com gesto ele vai entender o que você quer dizer! Porque, às vezes, a pessoa, principalmente aqui que tem muita gente carente, ela tem medo de perguntar; você vê que são bastante tímidas; e, aí, você, com gestos, aí ela... consegue entender um pouco!” (P5)

“Eu acho que... o uso moderado de gestos pode favorecer. Eu acho que ele tem que ser usado pouco mesmo e só em momentos em que você quer despertar de novo a atenção, né?!” (P7)

“Eu acho que eu não (...) faço é... tantas caras, né?! Acho que eu não mudo muito a feição facial.” (P7)

“É! Eu acho que uma coisa que eu... que eu... você leu agora, que eu vi de interessante, é gesticular muito! Que parece que eu quero mostrar tudo o que eu estou falando. A mão não para de mexer!” (P10)

“(...) uma coisa que eu acho que atrapalha é que eu falo muito com as mãos. Isso é uma coisa... eu até tento, às vezes, mas eu não consigo. E sempre no primeiro grupo eu to um pouco mais nervosa. Pode não parecer, mas eu to um pouco mais nervosa aí que gesticulo mais ainda com as mãos; acho que isso, na verdade, acaba atrapalhando e não ajudando.” (P2)

“Outra coisa [que não favoreceu], talvez, a questão de gestos, que nem... eu fiquei fazendo gestos ali o tempo todo, sem parar de mexer com a mão. Esses foram os gritantes, ali, de gestos mesmo (...)” (P6)

“(...) muitas vezes, quando eu tento elevar a mão, assim, para cima, eu percebo que parece que eu dou uma fugida, assim, do foco [risos]. E eu percebo que minha insegurança, ela cresce mais nesse momento que eu dou uma modificada assim na mão. Geralmente quando eu estou falando assim, eu estou levantando... eu dou uma levantada na mão. Parece que eu tenho um desvio, assim... como é que fala? De foco! E, aí, parece que eu tento mudar isso com algum gesto [risos].” (P11)

→ Subcategoria 2C: Identificando elementos dos fatores do meio ambiente

Em relação aos fatores do meio ambiente, os profissionais identificaram itens como: tamanho da sala em relação ao número de participantes, disposição das cadeiras, características do ambiente quanto à sonoridade e comodidade.

“Então, eu acho assim que quanto ao espaço foi um espaço, assim, apropriado, né?! Pela quantidade de participantes, eu acho que a gente tinha uma média do que? De 8 a 10 pessoas, né?! Acho que a sala... é um tamanho bom.” (P1)

“(...) você vê que eles estão distribuídos em círculo, né?! Já para isso mesmo! Para que: se tem a experiência de um participante na ponta... é... na direita, o da esquerda veja também. E que eu possa também tá andando entre eles, né?!” (P1)

“Bom, de modo geral, assim, o espaço ali não era muito grande, né?! Era um espaço pequeno. Então, não favorecia muito (...) na questão do posicionamento que eu estava.” (P6)

“(...) eu consegui acomodar elas aqui na sala, né?! Porque, aí... depois eu fui pegar algumas coisas, deu tempo de elas ficarem mais tranquilas pra poder prestar atenção, porque, às vezes, se for lá no corredor para poder dar um recado, alguma coisa, elas não vão prestar atenção, fica muito bagunçado. Mas eu acho que o ambiente! Porque deu tempo delas se sentarem, se acomodarem para eu poder passar a informação.” (P8)

“E outra coisa que atrapalha, que eu acho que poderia melhorar: entra e sai na sala. Isso dispersa demais! (...) Se eu pudesse, eu fechava a porta, só não fecho porque é muito quente, né?! Mas eu acho que, para as outras pessoas ao redor, acaba atrapalhando. Não acaba tendo tanta concentração. Você viu? Até o paciente se dispersa.” (P10)

→ Subcategoria 2D: Identificando elementos da proxêmica

Os profissionais conseguiram destacar elementos que dizem respeito ao uso que fizeram do espaço durante a mediação dos grupos. Nesse sentido, foram citados os seguintes fatores: postura, cinestesia, volume de voz e código visual.

“Então, é... à medida que é... os participantes faziam perguntas de um lado ou de outro, então, eu ia até eles, né?!” (P1)

“Então, eu acho que... que a... é... no momento ali que a gente... fica, assim, próximo de cada um, eu acho que favorece eles.” (P4)

“E acho que o fato de estar (...) sentada próxima também favorece, né?!” (P7)

“Sempre me preocupo em falar alto (...)” (P9)

“E sempre que eu dou o grupo, você vê que eu tento deixar as pessoas o mais próximo possível, que eu acho que quanto mais longe a pessoa fica, mais distante ela fica do que você está falando e mais dispersa.” (P10)

“(...) eu tento falar sempre um pouco mais alto, não sei se eu consigo falar muito mais alto, para o quê? Para atrair a atenção desde quem está no fundo até quem está na frente.” (P10)

“Eu acho que talvez o olhar... né?! Assim... ter a postura de olhar, eu acho que isso facilita bastante. Eu acho que facilitou, né?! A forma de você não abaixar muito a cabeça, né?! E estar focada, assim, para frente, olhando, parece que dá uma... segurança, parece que eles prestam mais atenção no que você está falando. Eu acredito que seja um ponto positivo!” (P11)

“Eu não gosto da postura de ficar em pé, que parece que estou mandando, que estou determinando; eu não gosto, entendeu?!” (P2)

“(...) algumas vezes, eu tinha... acabava ficando de costas para as pessoas que estavam do lado direito para eu olhar para as pessoas do lado esquerdo. É... eu acho um pouco desagradável.” (P6)

→ Subcategoria 2E: Identificando elementos da paralinguagem

Nessa subcategoria observa-se a identificação positiva da emissão de uma voz firme e em bom tom para atingir os objetivos do grupo.

“(...) eu tenho uma voz muito firme, então, isso eu acho que ajuda bastante, né?!... a questão de... não, não da imposição, mas a... a firmeza que eu tenho de fala” (P2)

“Acho que a comunicação foi é... em um bom tom (...)” (P7)

“É... eu acho que, na minha conduta de falar, eu falei firme, sabendo o que eu estava falando para eles.” (P9)

→ Subcategoria 2F: Identificando elementos das características físicas do mediador

Apenas P7 evidenciou o uso do avental com identificação como um elemento positivo para comunicação em um grupo.

“(...) ter identificação clara, inclusive no avental, acho que isso favorece.” (P7)

Categoria 3: CONSIDERAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DO VÍDEO FEEDBACK NA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE

A terceira categoria foi assim nomeada por se acreditar que, antes de definir se o emprego da técnica para uma finalidade específica é plausível no contexto estudado, é preciso considerar as percepções dos profissionais quanto ao conjunto de fatores que pode influenciar na sua tomada de decisão. Em outras palavras, optar ou não pela utilização da técnica parece dependente do peso atribuído aos fatores

positivos e negativos inerentes ao processo de vídeo *feedback* como um todo. Diante disso, destaca-se: a relação que o profissional faz da interferência da câmera no seu comportamento, como ele caracteriza a experiência da auto-observação, como ele lida com a autoavaliação, que vantagens e/ou desvantagens ele tem ao aplicar a técnica e que significados ele atribui à comunicação em saúde.

→ Subcategoria 3A: Relacionando seu comportamento à presença da câmera

Mesmo não sendo questionados sobre a influência da câmera em seus comportamentos diante dos grupos, alguns profissionais falaram a respeito desse assunto durante a entrevista. P1, P5 e P9, por exemplo, disseram ter agido com naturalidade mesmo sabendo que estavam sendo filmados.

“Não fiquei apreensiva e insegura com o fato de vocês estarem filmando.” (P1)

“Olha, eu... me senti como se nada tivesse... como se eu não tivesse sendo filmada, entendeu? Naturalmente.” (P5)

“(...) ali, é uma... eu não me senti incomodada, não. Falei o que estava... me senti bem à vontade! Se eu tivesse que fazer de novo, faria tudo de novo.” (P9)

Por outro lado, a câmera interferiu negativamente no comportamento usual de P4, P7 e P10 durante a mediação dos grupos educativos, gerando receio em expor falhas.

“Ah... eu me senti mais tímida do que eu sou [risos]! Eu acho que talvez até... com medo de falar errado, de agir errado, não, porque meu jeito é esse mesmo, mas, assim, de falar palavras, como vocês estavam filmando, falar palavras erradas e [risos] ficar bem... ficar sem jeito.” (P4)

“(...) a gente fica um pouco tensa vendo a câmera ali de frente, às vezes escapa alguma coisa, às vezes esquece alguma coisa pela tensão.” (P7)

“Ruim. Porque, assim, tinha momentos que eu me esquecia de você, mas, quando eu olhava, eu lembrava. Então, isso dá uma insegurança, fala “poxa! Ela está me filmando. Será que eu falei besteira?”. Aí, você fica pensando nisso e, ao mesmo tempo que você está dando a palestra, chega uma hora que você até trava no assunto.” (P10)

A influência negativa da câmera também foi verificada nas falas de P3 e P8, porém, tais profissionais disseram que o incômodo se restringiu aos primeiros minutos de filmagem.

[minutos iniciais do vídeo *feedback*]: *“Falo algumas coisas, assim, que não tem necessidade, né?! Mas eu acho que é coisa da própria filmagem, né?! (...) [no começo] eu fiquei um pouquinho [nervosa], mas depois eu fui... né?!... esquecendo que você estava ali, né?!”* (P3)

“Então... é... de certa forma, eu... no comecinho, você se sente um pouquinho incomodada, mas, assim, eu fico mais incomodada pelo o que eu sei que, às vezes, eu faço de errado. (...) Porque, quando você sabe que você está sendo filmada, você fica pensando “é isso que eu tenho que controlar” e, às vezes, até... pode até se perder um pouquinho no conteúdo, pensando no que você tem que melhorar, né?! Acho que foi mais isso.” (P8)

→ Subcategoria 3B: Caracterizando a experiência da auto-observação

Todos os profissionais disseram nunca terem passado pela experiência da auto-observação e autoavaliação voltadas à atuação profissional, de modo particular à comunicação. Verificou-se, pois, que enquanto alguns profissionais (P2, P8 e P11) lidaram com essa situação de forma tranquila e agradável, outros (P7 e P10) caracterizaram a auto-observação como algo estranho.

[Se observar traz a sensação de] *“Tranquilidade.”* (P2)

“Foi agradável.” (P8)

“Ah, foi bom, porque a gente pode é... é... eu achei legal, porque eu nunca tinha me visto, né?!... a filmagem, para me ver como é que eu me saio... me saía! E para ver se eu estava dentro da expectativa que eu achava.” (P11)

“Ah, é estranho! [Risos] É estranho, porque a gente nunca pára para pensar é... a gente pára para pensar no conteúdo que vai ser passado! Mas não na própria é... postura. A gente não... eu não conseguia antes imaginar o que as pessoas podiam ver em mim! Então, a filmagem favoreceu isso. Eu, agora, consegui ver o que as pessoas estavam vendo em mim, né?!” (P7)

“[Sensação] Estranha. É estranha! Porque... não sei... porque você acha que é de um jeito, mas na verdade é de outro totalmente diferente!” (P10)

→ Subcategoria 3C: Identificando vantagens da técnica

Em *Identificando vantagens da técnica*, os profissionais valorizam o vídeo *feedback*, sustentando suas opiniões no fato de sua utilização possibilitar o aperfeiçoamento da prática educativa.

“É, eu acho que seria interessante, se parar para pensar um pouco, para você ver mesmo, né?! Se... autocriticar, talvez, para poder ver o que você pode melhorar, o que você não melhora.” (P2)

“É! Eu achei interessante! Porque a gente pode procurar caminhos melhores, para melhorar mais na comunicação, porque acho que, como a comunicação é tudo, então... está bem falha [risos].” (P4)

“É interessante! [Risos]. Porque, você se filmando, se fosse antes, eu poderia fazer uma filmagem antes dando o grupo, eu ia me ver, ia corrigir e ia sair tudo perfeito!” (P5)

“[Pausa] Olha! É interessante a técnica de filmagem. Eu acho que mostra muita coisa que a gente não percebe na hora!” (P7)

“Eu acho legal (...). Porque é sempre bom melhorar! Né?! Então, quando você se vê, né?! E tenta... você vai começando a se policiar mais. (...) E... assistir... e, fazendo sempre, acaba melhorando acho que cem por cento não, porque a gente nunca vai conseguir ser melhor do que todo mundo, mas eu acho que você começa a melhorar muito em alguns aspectos.” (P10)

“(...) quando a gente não se vê, a gente fica só imaginando e não sabe se... se está... realmente está bem ou não e só fazendo a mesma coisa sem saber por onde mudar, né?! O que deve mudar! E, a gente olhando essas filmagens, a gente pode saber “não! Eu posso mudar aqui, eu posso mudar...” (P11)

→ Subcategoria 3D: Destacando a importância da Educação Permanente para qualificação em comunicação

Um fator que também influencia na definição sobre a utilização da técnica é a finalidade que se atribui a ela em um determinado contexto. Assim, sabendo que neste estudo o vídeo *feedback* visava a autoavaliação somada a um momento de qualificação em comunicação em benefício da promoção da saúde dos participantes, alguns profissionais demonstraram ter compreendido tal finalidade e, portanto, reconheceram sua importância na prática educativa e enaltecem a Educação Permanente em Saúde como espaço produtor dos saberes em questão.

“Como você me perguntou se eu tinha feito algum curso antes, alguma coisa, eu nunca fiz, né?! Então, é difícil até para eu fazer um comparativo. Talvez se eu tivesse feito algum curso antes, alguém chegasse e falasse assim “ó, você pode melhorar assim, fazer diferente”. Eu nunca tive isso. Então, quer dizer, pelo conhecimento que eu tenho e pelo o que eu já vi outras pessoas fazendo, eu acho que estou bem, entendeu? Eu estou satisfeita, né?! Agora, eu não sei, de repente eu posso melhorar mais. Eu acho que, sim, que a gente sempre pode melhorar mais, né?! Só que, aí, eu precisaria de umas aulas; eu não tenho, não tive. Eu não tenho

essas aulas, entendeu? [risos]. Então, não sei, entendeu? Então, eu acho que é isso.” (P3)

“É, então, como você já falou, a comunicação verbal, não verbal é bem extensa, então, assim, seria bom a gente conversar mais, né?! Porque, como... na Estratégia Saúde da Família... a gente mexe com muito grupo! E é legal a gente saber até onde você é dominante, o que eles estão pensando, se está retraído, porque a gente vê muito isso! Eles ficam assim. E, aí, isso... eu sabendo o que quer dizer isso, então você vai ter um olhar diferente! Então, seria bom a gente conversar mais vezes. (...) é muito interessante!” (P5)

“[A Educação Permanente em Saúde] Ajudaria bastante. Bastante, porque são coisas que vocês que estão do lado da comunicação vêem que a gente não vê! Tem muita coisa que a gente faz que está certo! Tem coisa que não! Entendeu? E, aí, a gente ia ter um olhar diferenciado! Eu acho muito oportuno. Eu gostaria que, assim, tivesse realmente essa educação permanente, porque para gente que mexe com muita população, vários níveis de população, desde nível superior até... a minha comunidade ali... é super interessante! Entendeu?” (P5)

“Não! Mas eu acho que faz sentido mesmo que é... na correria, é tudo tão mecânico, né?! Mas acho que vale, sim, a gente prestar mais atenção, às vezes pelo gesto ou... e pelo gesto, às vezes negativo, a gente perguntar se a pessoa concorda, se não concorda ou o que ela acha que não mudaria, porque, se não, fica tanto no nosso conhecimento que, às vezes, a gente não pergunta nem a opinião da pessoa, né?! Se está difícil ou não. Mas eu acho válido, com certeza, a gente ver, pelos gestos, a comunicação não verbal, o que dá para acrescentar.” (P8)

Categoria 4: O VÍDEO FEEDBACK E A PERCEPÇÃO DOS MEDIADORES DE GRUPOS SOBRE SUA APLICABILIDADE

Nessa categoria estão incluídas as falas em que os profissionais manifestam sobre a aplicabilidade da técnica na sua prática profissional, justificando suas respostas. Dentre aqueles que assumiram um posicionamento, quatro disseram que aplicariam a técnica com a finalidade de fazer uma autoavaliação, com destaque para P6 que citou o alcance da satisfação do grupo como consequência de sua qualificação em comunicação.

“Eu acredito que sim [utilizaria a técnica na prática profissional]! De certa forma, é um forma da gente ter um feedback do nosso próprio... grupo, né?! Agora mesmo que eu vi a questão da filmagem eu vou tentar, nos próximos, corrigir, de certa forma, esses erros: fazer menos gestos, tentar um posicionamento para não ficar virando de costas toda hora para um ou outro paciente, tentar planejar minha fala, para aquele objetivo, ir do começo até o fim e concluir ele. (...) Então, tentar arrumar um próximo grupo com algo um pouco mais elaborado, um pouco mais objetivo,

talvez, e tentar até me preparar emocionalmente para que ganhe mais a satisfação do grupo, pra ir mais tranquilo e ter uma comunicação melhor, talvez.” (P6)

“É... talvez, sim, eu utilizaria (...) para reavaliar algumas coisas, né?! Algumas coisas relacionadas à postura novamente e a... e à clareza novamente, né?! Ao conteúdo abordado, né?! (...) Acho que seria legal utilizar, sim, pelo menos uma vez a cada seis meses para a gente reavaliar esses pontos.” (P7)

“Ah... usaria, sim. Eu acho que é importante. Isso daí foi positivamente, as questões que eu te passei, vou tentar melhorar ainda. Porque eu tenho diversos grupos. Talvez eu me apresentei dessa forma, no outro eu posso ter tanto positivo como negativo, que eu não sei, né?! Como eu te falei, tem grupo de criança, tem grupo de adolescente, tem grupo de hipertenso, então, acho que, cada um, a gente pode apresentar de outras formas. (...) Mas eu utilizaria, sim! Sem preocupação.” (P9)

“Sim. Talvez com essas filmagens eu ficaria um pouco mais segura. Eu acredito. Assim, com o tempo é... filmando, assistindo... eu acho que, talvez, daria uma segurança.” (P11)

De maneira similar, P1 também manifestou que aplicaria a técnica, divergindo sua resposta dos demais profissionais quanto à finalidade de uso. Segundo P1, a filmagem seria interessante para avaliar os participantes do grupo e não necessariamente para uma autoavaliação.

“(...) uma vez ou outra eu acho que sim, de repente para tentar detectar (...) alguma dúvida, alguma pergunta que ficou gravado lá, relacionado ao... ao paciente mesmo.” (P1)

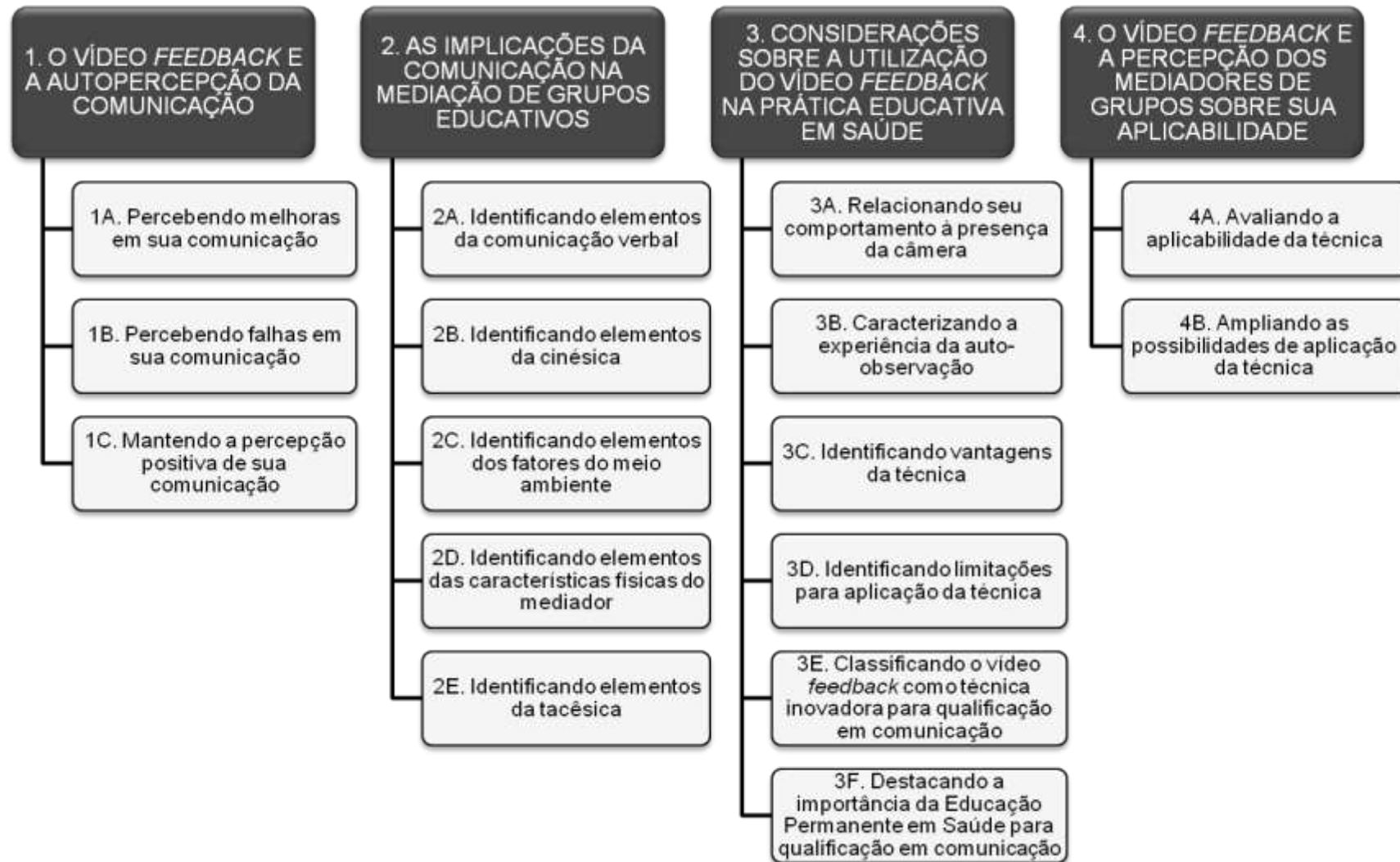
Em contrapartida, P8 disse não ser possível realizar o vídeo *feedback* na sua rotina devido à falta de tempo, visto que a técnica exige que o profissional disponha de um momento para avaliar a filmagem de forma atenciosa.

“Sinceramente, na correria, não dá! Não dá tempo. Não tenho tempo nem de fazer... o que eu tenho que fazer, quanto mais filmar! Não dá!” (P8)

Por fim, uma das profissionais não soube responder se aplicaria ou não a técnica, à medida que declara não ter refletido com antecedência sobre os fatores envolvidos no processo do vídeo *feedback* passíveis de influenciarem na sua tomada de decisão.

“Se eu usaria? Então... não sei. Nunca parei para pensar nisso, não! Para falar a verdade, não sei. Se é... bom... ah... de repente... não sei.” (P3)

Figura 7 - Categorias e subcategorias do Momento 2



MOMENTO 2:

Diante do fato de terem sido feitas as mesmas questões aos profissionais no Momento 1 e 2 da investigação, os códigos das respostas às entrevistas não sofreram grandes variações nos diferentes momentos. Assim, as categorias referentes ao Momento 2 foram nomeadas de maneira idêntica às aquelas do Momento 1, divergindo-se apenas quanto a algumas subcategorias.

Categoria 1: O VÍDEO *FEEDBACK* E A AUTOPERCEPÇÃO DA COMUNICAÇÃO

Apesar das falas desta categoria perfazerem o mesmo tema encontrado no Momento 1, a experiência de lidarem com o vídeo *feedback* pela segunda vez foi um item levado em consideração como material comparativo e, portanto, presente nas respostas dos profissionais quando lhes foi perguntado sobre a autopercepção da comunicação.

→ Subcategoria 1A: Percebendo melhoras em sua comunicação

Nove dos onze entrevistados perceberam melhoras em sua comunicação, porém, enquanto alguns remeteram tais mudanças à prática de uma comunicação consciente, outros não expressaram terem praticado-a (P2, P6 e P8).

“É... eu acho que eu até melhorei. Não fiz muita expressão é... facial. Eu fiquei mais com a questão do... das mãos mesmo. (...) Ah! Eu acho que eu tive menos é... menos caras e bocas também do... eu acho que talvez a comunicação hoje tenha sido mais clara, mais limpa. Mais limpa, entendeu? Eu acho que, não sei se talvez por conta interação tenha sido melhor ou alguma coisa assim. (...) Tudo bem que isso também depende muito do grupo que você está, né?!” (P2)

“Ah... eu hoje eu digo que foi mais aberto, de certa forma. Eu estava um pouco mais tranquilo com eles. Então, assim, eu consegui falar mais solto, mais... relaxado, de certa forma. A outra vez eu estava um pouco mais tenso. (...). Esse [grupo] já é um pouco mais participativo, normalmente, de perguntar alguma coisa. E, aí, eles dão um pouco mais de segurança para mim até... para conseguir se abrir um pouco mais.” (P6)

“Mas, observando, assim: é... diminui muito as gírias, né?! “Né?!”, falei uma ou duas vezes pelo o que eu vi ali. Não falei toda hora, como eu falava antes. Eu acho que eu mexi as mãos é... no momento que deveria mexer, igual você tinha falado, conforme você vai gesticulando, tem que estar dentro de um contexto, né?! Não é... uma hora, o tempo todo. Então, pelo o que você tinha falado, eu consegui observar isso: que eu não fiquei gesticulando sem contexto e... achei que a linguagem tava

bem... bem como um bate-papo mesmo, para todo mundo se sentir à vontade. Gostei!” (P8)

Estimulados pelo vídeo *feedback*, alguns profissionais conseguiram constatar ao menos um momento em que a comunicação verbal e/ou não verbal foi realizada de maneira consciente. Em algumas falas ainda é possível observar claramente o quanto a etapa de qualificação interferiu no estímulo à prática da comunicação consciente e, conseqüentemente, no exercício da autopercepção.

“Dessa vez eu consegui, né?!... por um momento, algum momento, eu consegui me soltar mais e esquecer que você tivesse ali e, aí, onde eu consegui... eu acho que fazer menos isso, né?! Foquei-me mais no que eu estava falando, né?! Prestei mais atenção no que eu estava falando e procurei esquecer um pouquinho a câmera e, aí, onde eu acho que eu consegui é... me sair melhor.” (P3)

“Eu achei que eu melhorei um pouco. Ah... eu acho muito importante. O trabalho de vocês foi muito importante para mim! Eu achei que... com isso, eu aprendi mais (...)” (P4)

“Eu acho que hoje eu fiquei mais solta. Porque eu acho que depois da conversa que nós tivemos foi diferente, entendeu? (...) eu tive já mais esclarecimentos, eu tive mais uma compreensão depois da nossa fala, aí, eu acho que foi melhor, aí, agora, que eu me soltei mais.” (P5)

“É... na minha... daquela outra para essa vez aqui é... eu acho que me comportei, acho que mudou muita coisa, mas eu tentei melhorar mais a questão de... de ficar mais próximo, de tentar falar um pouco mais alto. Eu falo bem baixinho, você viu [risos] (...). Hoje eu fiquei bem mais atenta à questão de não ficar de costas e falar um pouquinho alto.” (P9)

“Sabe o que eu percebi? Que você falando... tentando se... não é tentando se policiar, não me atrapalhou, não, isso aí de tentar melhorar, de melhorar. Só que, assim, eu acho que você fica com uma postura melhor. E o tom de voz e gesticular não é que nem ficar assim: “então, você tem que escovar o dente...”, é muito diferente! Pior que eu não tinha percebido. Nem passou pela minha cabeça! De ver o outro vídeo que eu ficava com uma mão só, com cara de cansada e quando, agora, eu dei uma erguida assim e falei direito! Nossa! Melhorou muito! Acho que agora vai ficar melhor todos os meus grupos! Nossa, vai ter que ficar! Mas gostei!” (P10)

“Pelo menos tirei a mão do bolso hoje! Hoje eu tirei a mão do bolso! Você viu que eu tirei? Eu nem pen... assim... na hora, eu só pensei no começo, depois eu vou me envolvendo e eu acho que não coloquei mais a mão no bolso (risos).” (P11)

→ Subcategoria 1B: Percebendo falhas em sua comunicação

Além de perceberem melhoras em sua comunicação, alguns profissionais constataram o aparecimento e/ou a permanência de determinadas falhas.

“(...) teve momentos que eu fiquei meio enroscada, meio atrapalhada” (P3)

“Fiquei meio enrolado no começo [risos], e a mesma coisa no final, porque... é... eu vi a pessoa já acelerando para... “eu quero medir a pressão”... “não, gente! Eu vou rápido se quiserem”, mas, assim, eu não cheguei a agradecer, “obrigado pela atenção!” [risos], e nem perguntar se eles tinham alguma dúvida. Então, eu encaro isso como uma falha mesmo, mas na parte da fala, que faltou isso.” (P6)

“Única coisa que eu não consigo tirar: “mais uma coisa importante”, “mais uma coisa”, eu não consigo emendar um assunto no outro (...). É ruim isso! Que é legal você fazer um negócio emendado sem ficar “outra coisa...”, porque tudo é importante! Uma coisa não é mais importante que a outra.” (P10)

“Acho que eu to repetindo muito algumas coisas, acho que eu preciso melhorar nisso! E preciso aprender a dominar mais esses assuntos que eu tenho que limitar eles.” (P11)

→ Subcategoria 1C: Mantendo a percepção positiva de sua comunicação

Ainda se tratando da autopercepção da comunicação a partir do vídeo *feedback*, incluem-se aqueles que não notaram melhoras ou falhas ao se observarem, mas, sim, um que percebeu comportamentos positivos já manifestados na entrevista anterior e outro que demonstrou satisfação em relação sua forma de mediar o grupo.

“Então, eu acho que da mesma forma que eu falei na outra entrevista, né?! Faço bastantes gestos, tenho interação com os participantes. É... dou a... a oportunidade para que eles possam, né?!... expor as ideias, as opiniões deles. Então, é um grupo bem “conversante”, não é uma coisa que fica só para eu falar; eles participam bastante.” (P1)

“Eu acho que eu utilizo os recursos. Eu acho que eu... não tem nada que eu mudaria, não.” (P7)

Categoria 2: AS IMPLICAÇÕES DA COMUNICAÇÃO NA MEDIAÇÃO DE GRUPOS EDUCATIVOS

A categoria em questão apresenta cinco subcategorias, as quais dizem respeito à identificação de elementos da comunicação verbal, da cinésica, dos

fatores do meio ambiente, das características físicas do mediador e da tacêtica. Comparada à mesma categoria do Momento 1, nesta não está incluída a identificação de elementos da proxêmica e da paralinguagem, contudo, um novo tipo de comunicação foi identificado por um dos profissionais: a tacêtica.

→ Subcategoria 2A: Identificando elementos da comunicação verbal

Ao identificar elementos da comunicação verbal, os entrevistados pouco justificam suas opiniões sobre o que foi positivo ou negativo para o alcance dos objetivos do grupo. Além disso, também não ficou clara a inclusão prática de técnicas de comunicação verbal abordadas na etapa de qualificação.

“A questão (...) de você conseguir expor bem a... a informação que você está passando (...)” (P1)

“Fazer perguntas, colocar alguns pontos importantes deles, fazer essa participação.” (P1)

“Na verdade, eu reforcei o que ele estava dizendo para mim, né?! Os dois. Ne?! Olha! Eu parei... aí eu reforcei o tempo todo o que ele estava dizendo porque era importante o que ele estava dizendo, diante dos outros maiores também que estavam lá, meio que encabulados, meio que vergonhosos.” (P2)

“Acho que foi consequência de poder dar liberdade... de fala, né?! De poder perguntar: “quem faz isso? Quem faz aquilo? Quem escova o dente? Quem lava a mão?”, entendeu? Poder valorizar o que foi dito, né?!” (P2)

“Pelo macromodelo eu consegui, eu acho que... foi uma forma deles entenderem com mais clareza a importância do uso do fio dental, né?!... a escova, de você colocar até a quantidade de creme dental, o modelo da escova.” (P3)

“Eu disse muitas vezes algumas palavras repetitivas. Acho que ficou meio cansativo” (P6)

“Ah, eu acho que a... a fala simples, (...) os termos (...)” (P7)

“(...) a forma da música, né?!... que foi expressa lá de estar apalpando, é... também foi um dos critérios positivos (...)” (P9)

“(...) na hora que eu peguei e levantei a mão, que eu falei “inicia da axila”, acho que foi bem favorável. Elas começaram até a mexer! Não sei se você reparou. Elas, discretamente, uma levantou e começou a mexer... eu acho que isso aí foi favorável.” (P9)

[Fragilidade] *“Ah, essa parte que eu te falo de ficar “então, isso é coisa importante!”(...)” (P10)*

→ Subcategoria 2B: Identificando elementos da cinésica

Diferentemente da mesma subcategoria do Momento 1, nesta os profissionais identificam apenas potencialidades quanto aos gestos e ao olhar como forma de controlar o nível de atenção dos participantes. Dentre as falas aqui presentes destaca-se a referente ao P5 que percebeu que as mudanças na forma de se comunicar levaram a uma maior participação dos integrantes do grupo.

“A questão de você gesticular (...)” (P1)

“(...) meus gestos mesmos, né?! Como da outra vez é... você mesma... é... eu sempre tive a... esse hábito de me expressar com as mãos, né?! E eu acho que isso... e, aí, você falou que é... que realmente isso é bom, né?!” (P3)

“Então... e no momento de eu jogar muito o corpo, eu acho que eu maneirei mais um pouco, que eu entendi que, às vezes, eu fazia gestos que não teria... não era tão compatível com o momento.” (P4)

“É, então... você vê: quando eu falo de peito, geralmente eu pego no meu peito. Então... é o gesto que eu faço para elas. (...). E gesticulando muito com a mão, né?! E, aí, depois que você falou da... do significado da mão... você chamando elas para a conversa. E você vê que teve mães que se abriram mais que, mesmo as mães que vieram na outra semana e que vieram nessa semana, eles se soltaram mais essa semana também. Elas conversaram mais. (P5)

“(...) hoje eu percebi que até o tamanho da garrafa [risos], eu falei “aqui a garrafa!” [faz gestos mostrando o tamanho da garrafa]. E eu achei, assim, que é um pouco mais fácil mesmo para eles assimilarem essa questão de você mostrar para eles, porque, aí, eles vão estar ouvindo e ainda vendo.” (P6)

“(...) é... os gestos, (...)” (P7)

“Então, acho que tem que estar em sintonia para poder passar uma boa comunicação, se não a gente fica com a comunicação meio vaga. Ela fica... está falando uma coisa e a expressando outra, né?!” (P11)

“Não sei... acho que no grupo pequeno parece que a gente tem mais... não sei, parece que você fica mais olho no olho, né?!” (P11)

→ Subcategoria 2C: Identificando elementos dos fatores do meio ambiente

Em relação aos fatores do meio ambiente, os profissionais citam a disposição das cadeiras em roda e o posicionamento central do mediador em relação aos

participantes como potencialidades, assim como a possibilidade de um local reservado e confortável para realização do grupo.

“Então... é... acho que foi feito em roda, que é de um jeito que todo mundo pode visualizar todo mundo. Ahn... eu estava sentada no meio.” (P8)

“Se não fosse na UBS, eu mudaria isso: ambiente mais fechado, né?! Com um arzinho melhor e tal, sem muita gente se movimentando, só eu falando, aí, eu acho que ficaria melhor.” (P10)

→ Subcategoria 2D: Identificando elementos das características físicas do mediador

Três profissionais identificaram a vestimenta como elemento das características físicas do mediador, porém, enquanto P1 e P7 consideram que o uso do avental pode trazer uma mensagem de identificação do profissional da saúde, no contexto de P9 o uso de roupas condizentes ao assunto em pauta no encontro é que, segundo ela, favorecem o alcance dos objetivos do grupo.

“(...) a questão da vestimenta que impõe respeito, né?!” (P1)

“(...) a vestimenta, né?! Que nos identifica, que nos diferencia das demais da população, que acho que isso também atrai mais o olhar deles, né?! Porque, se você vai é... uniformizado, se você tem um padrão, eles identificam logo que você é da saúde. Então... eu acho que isso favorece! Acho que isso facilita!” (P7)

“Então, só pela vestimenta já foi falado, né?! Pelo rosa. Todo mundo aderiu e todo mundo sabia identificar que era “outubro rosa” que era... era... que era a prevenção do câncer de mama. Os brochinhas, elas também identificaram (...).” (P9)

→ Subcategoria 2E: Identificando elementos da tacênica

A identificação de elementos da tacênica certamente foi possível devido à abordagem desse assunto na etapa de qualificação feita especificamente com uma das profissionais, cuja fala compõe esta subcategoria.

“Eu acho que o toque e a comunicação com eles. Porque... eu entendi, desde o primeiro momento, que o toque também faz parte de todo um... uma orientação, de todo um... uma aprendizagem para eles também.” (P4)

Categoria 3: CONSIDERAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DO VÍDEO *FEEDBACK* NA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE

Ao lidarem com as etapas de filmagem e vídeo *feedback* pela segunda vez, acredita-se que os profissionais tenham agregado mais informações ao processo interpretativo sobre a utilização da técnica na prática educativa em saúde. Isso parece ter sido reforçado, ainda, pela realização da qualificação em comunicação, a qual foi destacada em algumas falas, resultando na elaboração de novas subcategorias em relação ao Momento 1.

→ Subcategoria 3A: Relacionando seu comportamento à presença da câmera

Mais uma vez os profissionais citaram a relação da câmera sobre seu comportamento. A diferença é que P8 e P10 mudaram as respostas dadas no primeiro momento, afirmando que, no Momento 2, a câmera não gerou incômodo durante a mediação do grupo.

“Ah, eu me senti tranquila, assim... não fiquei apreensiva, insegura; para mim foi tranquilo, né?” (P1)

“(...) eu não te enxerguei lá! Entendeu? Eu acho que ficou diferente do outro, porque, aí, você fica com aquela... “ai, ta me filmando!”, né?! E hoje não! Hoje foi natural que, assim... eu não te vi lá! Então, foi mais tranquilo.” (P5)

“Hoje, na verdade, eu nem lembrei que estava filmando, que eu acho que eu estava mais concentrada na conversa e eu gostei, achei que ficou bacana.” (P8)

“Ah, fiquei tranquila. Faria de novo [risos]. A sensação, para mim, foi como eu tivesse qualquer grupo, meu, normal, né?!” (P9)

“Normal. Dessa vez foi normal! Eu fingi que só você estava lá, a filmagem, não. Normal! Agi normal.” (P10)

Ainda comparando ao Momento 1, dessa vez nenhum outro profissional sentiu-se incomodado com a câmera ao longo da mediação e apenas P7 manteve seu discurso sobre a influência negativa da câmera no início do encontro.

“Ah, é um pouco estranho, mas depois... é... no começo é estranho, depois que... depois que eu comecei a falar, já nem estava lembrando mais que você estava filmando porque é... acho que... faz parte da nossa rotina estar sempre orientando, né?!” (P7)

→ Subcategoria 3B: Caracterizando a experiência da auto-observação

Dentre os profissionais que falaram sobre a experiência da auto-observação, apenas P11 a caracterizou como algo negativo, demonstrando mudança de opinião do Momento 1 para o 2. Por outro lado, os demais entrevistados referiram que observar-se é algo interessante, tranquilo. Desses, destacam-se as falas de P5 e P6 que relacionaram essa caracterização positiva à compreensão que fizeram do propósito da autoavaliação.

“Então, eu acho interessante, né?! Eu já tinha visto outras vezes; não em vídeo, mas em foto, né?! (...) No vídeo é diferente porque, aí, você ouve sua voz, você se vê conversando, você vê as outras pessoas participando e é bem interessante.” (P1)

“Tranquila. Sem nenhum estresse.” (P2)

“Ah... satisfeita. Uma sensação de satisfação!” (P3)

“A sensação que eu me vi hoje era um outro olhar, porque a primeira vez era o quê? “Ah, eu estou mais gorda, eu estou mais magra, eu estou assim, eu estou assado!”. Hoje, não! Já foi uma... um olhar crítico voltado, já, para o grupo do aleitamento materno, entendeu? E, na primeira, não! Aí, você vai mais se observando, “eu estou assim, eu estou assado”, e esse, não, já foi direcionado.” (P5)

“Então, é um pouco mais tranquilo, porque, assim, da outra vez, eu não sabia especificamente o que eu ia ver. E, aí, dessa vez, assim, eu tentei ver, assim, o que dessa vez eu errei? Para tentar consertar futuramente. (...) de modo geral, os gestos eu já olhei com outro olhar, já olhei a questão de que... é! Realmente eu apresento alguns gestos, mas que ah! De repente são bons porque eu estou demonstrando aquilo para a pessoa visualizar. E, aí, por isso que dessa vez foi um pouco mais tranquilo, mais calmo para me ver [risos].” (P6)

“Ah, eu achei que foi bom.” (P10)

“Ah, eu não gostei muito. Eu não gosto de me ver assim [risos]. (P11)

→ Subcategoria 3C: Identificando vantagens da técnica

Assim como no Momento 1, os profissionais identificam vantagens da técnica, estando elas pautadas na possibilidade de se autoavaliar e, assim, buscar maneiras de melhorar suas ações. Alguns reforçam que o vídeo *feedback* permite visualizar dimensões da comunicação inconsciente, instigando a autocrítica e propiciando o autoconhecimento.

“Então, eu acho que é a questão de você avaliar como você está se saindo; se bem ou não, e se tem algo para você melhorar, né?!... a questão de gestos, de participação, o que você fala. É... então... é... a questão das perguntas das pessoas também, então, se elas apresen... se elas trazem mais... mais dúvidas, mais perguntas, se não, às vezes ela falou na hora, você cortou, mas depois está lá gravado, tem como você se atentar melhor a essa questão porque está lá gravado, né?!” (P1)

“Então, eu acho que pode ser uma técnica bem interessante para você rever... os erros e acertos, digamos assim.” (P2)

“Porque você... quando você olha, você, né?!... trabalhando... você consegue é... ver alguns erros, algumas coisas e você consegue mudar se você vê; se você não vê, não! Você vai errando e não percebe, né?! E, nesse caso, é como... é... você se avaliando, né?! Se autoavaliando. Então, você é capaz de ter algumas mudanças, de procurar estar sempre melhorando, né?!... em alguns aspectos, tudo. Eu acho que é bom, sim, viu?! Muito bom!” (P3)

“Ah, eu senti que é importante a orientação, todos os gestos que você faz lá, os toques, a... ali, o contato. Tudo é importante! E, aí, a gente não vê, sem a filmagem a gente não consegue ver isso.” (P4)

“Eu acho que todo mundo teria que estar passando [por este projeto], entendeu? É muito importante! Porque... são coisas que... que nem eu já falei anteriormente, né?! Você faz, às vezes você tem alguma mania e você não vê! E, você se filmando, depois você vai passar “puxa vida! Olha só o que eu fiz! Não devia ter feito assim! Deveria ter feito “aceso!”” (P5)

“É... te traz é... com exatidão aquilo que você tem de falha e de acertos! Eu acho que visualizar faz você identificar com mais facilidade do que uma outra pessoa te falando ou só você imaginando como foi o grupo que você fez. Então, é muito interessante!” (P7)

“É interessante, porque, o que você falou, a gente começa a observar (...). (...) é mais fácil você se corrigir, principalmente quando você está vendo do que só é falado, né?! Mas eu gostei bastante! Isso é algo que toda vez a gente vai se corrigindo, porque vício de linguagem, de gesto, a gente não melhora do dia para noite, né?! É com o tempo que a gente vai lembrando e vai se policiando. Mas eu gostei bastante!” (P8)

“Mas, vendo, você pode ver que você pode se enriquecer, saber de mais coisas.” (P9)

→ Subcategoria 3D: Identificando limitações para aplicação da técnica

Os profissionais identificaram como fatores limitantes para aplicação da técnica, a falta de recursos (pessoal e material) e a dificuldade em lidar com a auto-observação e autoavaliação.

“(...) acho que teria que ter alguém lá do meu lado. Já é difícil eu fazer o grupo sozinha e correr atrás de tudo, ainda mais para filmar, ia... teria que ter a demanda de alguém filmando... uma câmera, alguma coisa.” (P1)

“(...) pode ser difícil por questão de, de recursos, porque, os recursos, eu teria que usar os meus recursos. Não tenho como usar da instituição, porque a instituição não me oferece esse tipo de... de instrumento. Então, talvez, a dificuldade seria minha, por exemplo, de ter que ter um tripé para poder colocar a câmera para poder filmar, entendeu? Como a empresa não tem, eu teria que... que custear isso.” (P2)

“Eu só acho que é um pouco mais difícil na nossa realidade de utilizar com frequência pelos recursos que a gente não tem tão fácil assim, tão disponível assim.” (P7)

“(...) mas eu tenho que aprender a gostar de me ver, até para eu poder melhorar! Que, para a gente melhorar, a gente precisa se ver! Você vê onde você está falhando, onde você está pecando, para você poder corrigir, né?! Mas a gente gosta, muitas vezes, de deixar passar, né?! Vai passando, vai jogando por baixo do tapete, mas não é... não é assim que deve ser. Eu reconheço que não deve ser, né?! Mas eu não gosto muito de me assistir, não [risos].” (P11)

→ Subcategoria 3E: Classificando o vídeo feedback como técnica inovadora para qualificação em comunicação

O fato de nenhum entrevistado ter passado pela experiência de utilizar o vídeo *feedback* no contexto de trabalho antes da participação na pesquisa e, portanto, não terem refletido sobre uma finalidade para sua utilização na prática educativa, induziu dois entrevistados a classificarem a técnica como uma maneira inovadora de qualificar sua comunicação em resposta às suas inquietações profissionais e pessoais.

“O homem perdeu a data porque ele marcou a consulta comigo. Eu falei “gente, será que eu não to sendo clara?” É uma coisa que eu questiono bastante. Eu nunca tinha pensado na questão de me filmar para poder... rever depois, entendeu? Para ver qual é o ponto que eu digo que eles não conseguem entender, que eu acho que eu falo alemão, chinês, mandarim, entendeu?” (P2)

“Você veio e, sem querer, quando você chegou a primeira vez eu nem imaginava como seria, o que seria, por que seria isso, né?!... esse seu trabalho e tal. Aí, de repente, é... você colocou... eu falei “nossa! É uma forma de eu conseguir me avaliar!”, né?! E, aí, nossa! A primeira vez foi muito legal! Porque eu levei isso para minha casa e falei “nossa!”, né?! Como é interessante esse trabalho, esse negocio. Parece tipo como se fosse um curso mesmo, né?! Para a gente se autoavaliar, se conhecer, procurar mudar o... melhorar. Isso é... foi muito legal! Gostei. Poderia ter mais vezes, poderia ser expandido e existir sempre isso mesmo para que... as pessoas melhorassem, né?!” (P3)

→ Subcategoria 3F: Destacando a importância da Educação Permanente para qualificação em comunicação

A partir da identificação do propósito maior de utilização da técnica, dois profissionais destacaram a importância da qualificação em comunicação, sendo esta realizada nos espaços de Educação Permanente em Saúde. Isso porque, segundo P2, o processo de trabalho rotineiro estimula a prática de uma comunicação inconsciente, a qual pode se tornar consciente à medida que são dedicados momentos frequentes para autorreflexão do processo comunicativo.

“Sim, porque ele poderia melhorar algum ponto, né?! Então, se ele tem dificuldade de fazer gestos, então se ele vê que não faz nenhum gesto, então já poderia melhorar essa questão de gesto. De repente, dar oportunidade para que os... é... os participantes conversem, né?! Então se ele não faz nenhuma pergunta, se ele passou o grupo inteiro, a palestra inteira só falando ele e o participante não falou uma palavra, então já tá com uma dificuldade em comunicação. Então, isso ele tem como visualizar no grupo. Acho que seria interessante numa educação permanente, sim.” (P1)

“Então eu acho que é bem legal. Eu acho que precisa, sim, entendeu? Mesmo que você saiba é... tenha a teoria em relação à comunicação, ela se faz é... importante, porque você fica no automático. O seu dia-a-dia ele é tão, tão piloto automático que você não se dá conta às vezes. Então, eu acho que parar, pensar, entendeu? É... se comunicar com as pessoas de uma forma... falar com as pessoas de comunicação, eu acho que é bem legal, sim. Entendeu? Eu falo pela experiência, aí, já... já vivida nessa situação, entendeu? Porque, aí, depois disso, você melhora bastante. Até você entrar no piloto automático de novo demora um tempo e, nesse tempo, você se refaz! Né?! Se revê é... se reajusta, faz uma série de coisas, entendeu? Para depois entrar no piloto automático. Quando você entra de novo, você já entra de outra forma. Não é mais, né?!... o que era antes de você. Já vai ter outros erros, outro pensamento. Você vai se observar melhor, entendeu? De uma outra forma. Então, já mudou alguma coisa. Então, eu acho que por isso que é legal.” (P2)

Categoria 4: O VÍDEO FEEDBACK E A PERCEPÇÃO DOS MEDIADORES DE GRUPOS SOBRE SUA APLICABILIDADE

Diante das considerações sobre a utilização do vídeo *feedback* e estando mais cientes do propósito da técnica na prática educativa em saúde – uma vez realizada a etapa de qualificação –, todos os profissionais deram uma resposta, sendo ela positiva ou negativa, em relação à aplicabilidade da técnica.

→ Subcategoria 4A: Avaliando a aplicabilidade da técnica

Oito profissionais disseram que a técnica se faz aplicável na sua rotina, sendo que P6, P7 e P9 já haviam afirmado isso no Momento 1, enquanto os demais haviam restringido suas respostas às vantagens do vídeo *feedback* sem assumirem um posicionamento quanto à utilização do mesmo.

“Ah! Eu acho que sim. Acho que sim. É... eu acho que tem grupos que talvez seja importante você reavaliar o que você falou (...).” (P2)

“Ah... eu acho que sim, viu?! Eu acho que sim, porque a gente é... eu acho que, fazendo isso, é... você é capaz de melhorar sempre mais, entendeu?” (P3)

“Utilizaria. Porque... eu acho que, visualizando, você vai melhorando cada vez mais.” (P4)

“É muito importante! Utilizaria.” (P5)

“Eu acredito que sim, até mesmo pra ter o feedback que eu estou tendo de eu poder me ver e, aí, poder corrigir nas próximas vezes daquele mesmo assunto.” (P6)

“Eu utilizaria. (P7)

“Sim. Usaria.” (P9)

“Sim. Eu usaria para me acostumar sempre com alguém me avaliando. (...). Então, a filmagem, para mim, se toda vez tivesse filmagem, para mim era melhor, porque toda vez você vai querer melhorar! Então, isso é bom para quem está assistindo e para você também.” (P10)

Em oposição, P1, P8 e P11 disseram que não aplicariam a técnica, tendo cada qual apresentado uma justificativa para sua resposta: a conclusão de que a técnica é dispensável para si; a ausência de tempo como fator que impossibilita a realização dos procedimentos da técnica como um todo; a dificuldade em se autoavaliar como implicação maior de um conjunto de fatores que influencia a escolha pela utilização ou não da técnica. Vale destacar que, no Momento 1, P11 havia dado uma resposta afirmativa quanto à aplicação do vídeo *feedback* na sua prática educativa.

“Então, eu acho que, a gravação em si, não. Para mim, não.” (P1)

“Então. É... eu acho que, pela correria que é o dia-a-dia, nem se eu quisesse eu teria tempo, assim. Porque não é só filmar! Depois você tem que ter o tempo de ver o vídeo depois. (...) na prática, não dá pra filmar.” (P8)

“Se eu usaria? Ah... acho que não. (...). Na verdade, eu gosto de eu ir falando, eu tendo... eu gosto de superar meus limites, mas sem precisar estar me observando.” (P11)

→ Subcategoria 4B: Ampliando as possibilidades de aplicação da técnica

Além de apresentar uma opinião favorável à utilização do vídeo *feedback*, P2 ainda sugere uma forma diferente de aplicar a técnica.

“Poderia reunir a equipe, por exemplo. Colocar o vídeo para a gente assistir e, aí, até mesmo para elas me ajudarem a colocar “ó! Esse momento, acho que não foi legal”, “esse foi”, entendeu? “Eu acho que esse é bom você repetir sempre”, “esse eu acho bom não existir nunca mais”. Porque, às vezes, você se autocriticar fica difícil, às vezes. Tendo uma pessoa fica mais fácil fazer isso, entendeu?” (P2)

6 DISCUSSÃO

6.1 ATORES DA PESQUISA

O processo de saturação teórica pode ser interrompido por diversos motivos, como por exemplo: questões ontológicas – quando as ferramentas interpretativas disponíveis não se aplicam ao material produzido, impossibilitando sua interpretação; questões cognitivas e das dinâmicas psicológicas e culturais do pesquisador e/ou dos pesquisados – quando não há apreensão dos dados, sendo mentalmente descartados, devido à interferência de sentimentos envolvidos entre atores de pesquisa e pesquisador; questões metodológicas – quando o caráter exploratório é pequeno e os objetivos são pontuais, exigindo poucas questões; questões práticas do processo de pesquisa – quando há dificuldades de acesso aos atores de pesquisa ou o tempo disponível para a realização do projeto é restrito ou há limite de tamanho para o relatório (FONTANELLA, RICAS e TURANO, 2008).

No caso deste estudo, admite-se a possibilidade de alguns profissionais com as características procuradas não terem tido conhecimento sobre o projeto e, portanto, não terem sido convidados a participarem do estudo. Isso se deu pela dificuldade de acesso a alguns profissionais dentro do período determinado para pesquisa em campo (cinco meses), assim como pela dificuldade em constatar a necessidade de envolver mais atores no estudo, visto que as análises das entrevistas referentes ao Momento 2 de determinados profissionais tiveram que acontecer nos últimos dias do período em campo (Anexo 6), não havendo tempo para começar uma aproximação com outros mediadores aptos a participarem do estudo; fatores estes que comprometeram o processo de saturação teórica até então determinado como critério para definir o número de atores da pesquisa.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES DA PESQUISA

Segundo Cervato-Mancuso, Vincha e Santiago (2016), o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas – documento criado com o propósito de orientar a realização de ações educativas transformadoras –, ao ampliar a responsabilidade das ações educativas sobre alimentação e nutrição também para profissionais da saúde não nutricionistas, sugere que os nutricionistas

não vinham contribuindo, em termos de produção científica, na elaboração de respaldo teórico suficiente para se obter práticas exitosas de EAN. De todo modo, isso parece justificável ao constatar que o número de nutricionistas atuantes na Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo, por exemplo, ainda é pequeno frente à população numerosa a ser atendida (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

Diante dessas constatações, já se esperava encontrar um número expressivo de profissionais não nutricionistas conduzindo grupos que comumente estivessem abordando o tema alimentação e nutrição mesmo que de forma transversal. De maneira similar, em estudo (RICARDI e SOUSA, 2015) envolvendo coordenadores municipais das ações de alimentação e nutrição verificou-se que dentre os 44 profissionais entrevistados, apenas 19 eram nutricionistas. Ainda corroborando com a pesquisa aqui escrita, a maioria dos profissionais (40) era do sexo feminino.

O fato de apenas 3 profissionais terem participado cada qual de um único curso de qualificação do processo comunicativo desde o início de sua atuação como mediadores sugere que a comunicação interpessoal em saúde não tem sido valorizada e/ou incentivada no cenário atual da APS como habilidade e competência que necessita de constante aperfeiçoamento.

Além disso, vale antecipar a informação (apresentada e discutida no item 7.3 – categorias e subcategorias) de que duas das profissionais que fizeram curso sobre comunicação disseram que não aplicariam a técnica de vídeo *feedback* na sua prática profissional, revelando que tais cursos, assim como o envolvimento na pesquisa aqui descrita, de fato, não foram suficientes para estimular a ressignificação da comunicação no contexto interpessoal em saúde, mais especificamente em ações de alimentação e nutrição em grupos educativos.

6.3 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

A comunicação é uma competência a ser adquirida pelos egressos nos cursos de graduação em saúde durante sua formação (BRASIL, 2011b) e, de forma direta ou indireta, é o que influencia na incorporação das demais habilidades e competências; afinal, o eixo central do trabalho desses profissionais são as relações humanas, nas quais o processo comunicativo se faz inserido (SILVA, 2014).

Por mais que o tema comunicação tenha sido abordado – de maneira incipiente ou não – durante a graduação, a rotina profissional inibe a autopercepção do comportamento (DAY, 1974 apud SILVA, 2014), propiciando um distanciamento da prática constante do conhecimento técnico-científico adquirido há tempos. Assim, a necessidade do aperfeiçoamento contínuo dos profissionais em relação à comunicação em saúde acentua a importância da discussão desse tema nos espaços de Educação Permanente em Saúde.

Uma revisão de artigos sobre cursos de comunicação realizados na Europa e nos Estados Unidos da América identificou que a maioria desses cursos é voltada para o aperfeiçoamento de estudantes de Medicina e médicos e, mais raramente, enfermeiros. Diante disso, a autora reafirma que os demais profissionais da saúde não compartilham dessa mesma oportunidade, evidenciando um descompasso terapêutico na área da saúde, visto que a comunicação tem igual importância na atuação de todos eles (MONTEIRO-GRILLO, 2012).

Sabendo que os profissionais que atuam como mediadores de grupos educativos apresentam diferentes formações e que precisam, ainda, compreender esses grupos como espaços sociais, onde o compartilhamento de mundos subjetivos é responsável por compor o processo de ensino-aprendizagem (SILVA e SOARES, 2013), a prática de uma comunicação terapêutica por parte desses profissionais parece mais desafiadora e, portanto, merece devida atenção para que suas ações sejam efetivas no âmbito promocional da saúde.

Contudo, neste estudo foi verificado que oito entrevistados nunca participaram de um curso sobre comunicação em saúde no período em que vêm atuando como mediadores (3 a 10 anos). E mesmo entre aqueles que já tiveram algum tipo de qualificação, constata-se um número pequeno de horas destinadas a esse fim.

Sobre a duração recomendada, há grandes variações. No meio internacional, uma revisão (MONTEIRO-GRILLO, 2012) constatou a existência de programas de treinamento com duração de uma hora e meia a noventa e seis horas. Já no Brasil, Silva (2014) recomenda o mínimo de três horas, ficando a critério do coordenador do curso ampliar essa carga horária, a depender, inclusive, de condições do ambiente de sua aplicação.

De todo modo, o significado atribuído à comunicação é o que primeiro vai determinar a duração de um curso de qualificação, pois, se a comunicação for entendida insistentemente como algo pontual e estático, muito tempo deverá ser despendido para sensibilizar o contrário e, conseqüentemente, instigar os profissionais a avaliarem a comunicação como um processo constituído por variáveis que são dinâmicas e de âmbito subjetivo.

O que se pretende dizer com isso é que, apesar de em todas as categorias deste estudo ter sido ilustrada a importância que os mediadores de grupos atribuem à comunicação, já nas falas produzidas no Momento 1 foi possível supor o quanto cada profissional estava disposto a incorporar novos conhecimentos em uma única sessão de qualificação, devido à compreensão da comunicação pela qualidade daquilo que é vivenciado e que, portanto, supõe uma disposição interna a possíveis mudanças comportamentais. Afinal, reconhecer a comunicação como uma competência importante para um profissional da saúde não garante uma relação harmoniosa com os participantes do grupo e tampouco ilustra o significado que se diz atribuir à comunicação (SCHIMIDT, DUARTE e SILVA, 2015).

A falta de um preparo técnico implica na dificuldade de ouvir as necessidades do outro, no julgamento comportamental, na indução de respostas e atitudes, na comunicação unidirecional. Como consequência, perde-se a essência da comunicação que preza pelo reconhecimento das particularidades das pessoas como um investimento para conhecer a si próprio (BRAGA e SILVA, 2007; STEFANELLI e CARVALHO, 2005).

O processo de autoconhecimento desenvolve-se não só pela prática de uma comunicação (verbal e não verbal) consciente, mas também pela reflexão que se faz dela (STEFANELLI e CARVALHO, 2005). Nesse sentido, a técnica de vídeo *feedback* permite que as pessoas façam uma autoavaliação do seu comportamento, de modo a fazerem uma análise realista de suas próprias habilidades e competências ou da falta delas (FUKKINK, TRIENEKENS e KRAMER, 2010).

Vários estudos (MEADE, DOZIER e BERNARD, 2014; NOORDMAN, VAN DER WEIJDEN e VAN DULMEN, 2014; NOORDMAN, VERHAAK e VAN DULMEN, 2011; FUKKINK, TRIENEKENS e KRAMER, 2010) já demonstraram motivos e resultados exitosos do vídeo *feedback*, inclusive comparado às técnicas tradicionais

de ensino sobre comunicação terapêutica, como palestras (MANAGHEB et al., 2012). Porém, a utilização da técnica para qualificação em comunicação de profissionais que conduzem grupos educativos na área da saúde parece não ter destaque na produção científica até o presente momento, principalmente quando se pensa no envolvimento de nutricionistas ou de outros profissionais que trabalham com ações de alimentação e nutrição na APS. Em decorrência, ressurgem a questão de como a Educação Permanente em Saúde tem se desenvolvido em termos de técnicas e ferramentas.

Uma metassíntese (MICCAS e BATISTA, 2014) evidenciou as dificuldades de implementação e desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde nos serviços, as quais dizem respeito à infraestrutura material, de gestão e de recursos humanos. As autoras ainda apresentam, de forma crítica, que, muitas vezes, os profissionais são vistos como recursos materiais e, portanto, passíveis de se exigir qualquer mudança comportamental conforme os resultados que se esperam das suas atividades. Contudo, ressaltam que essa concepção é inconsistente, ao passo que a prática nos serviços pode diferir do que se prescreve na teoria de maneira generalizada. Assim, particularizar a análise da relação teoria/prática para cada profissional torna-se desejável, pois tende a movê-los do lugar de conservação – pautado em resistência a mudanças dificilmente alcançáveis – para o lugar de transformação. Esta, por sua vez, não envolve apenas o processo de ensino-aprendizagem, mas também, e principalmente, a incorporação de tecnologias materiais que sensibilizem os profissionais a fazerem uma análise de si e dos outros diante de um contexto, aumentando a possibilidade de agir sobre determinadas situações de maneira eficaz a partir do desenvolvimento da competência interpessoal (MICCAS e BATISTA, 2014; ESPERIDIÃO, MUNARI e STACCIARINI, 2002).

Diante disso, reafirma-se a necessidade de se identificar a aplicabilidade de técnicas, como o vídeo *feedback*, para realização de Educação Permanente em Saúde que corresponda aos interesses das políticas públicas. No estudo aqui descrito tal identificação se deu de maneira direta na última categoria dos dois momentos de investigação (“o vídeo *feedback* e a percepção dos mediadores de

grupos sobre sua aplicabilidade”), porém todas as categorias anteriores trouxeram elementos que embasaram a referida percepção.

Na primeira categoria do Momento 1 (“*o vídeo feedback e a autopercepção da comunicação*”) houve dois grupos de respostas, de modo que em um estão as respostas dadas por alguns mediadores que confirmaram um estilo comunicativo. Ao se reconhecerem (Momento 1, Subcategoria 1A), esses profissionais percebem-se como pessoas nas interações, constituídas, portanto, de sentimentos, medos, ansiedades, insatisfações e, conseqüentemente, (re)significam suas formas de agirem sob o olhar do profissional-pessoa.

Por outro lado, também houve aqueles que não se reconheceram (Momento 1, Subcategoria 1B) em relação à comunicação não verbal (volume de voz, expressão facial, gestos). Em *Vivenciando a comunicação como descoberta*, Pereira e Silva (2000) construíram uma teoria fundamentada nos dados na qual o não reconhecimento de si de enfermeiras de educação continuada foi sustentado pelas subcategorias: *olhando e não se vendo, tendo dificuldades em se perceber, não tendo se visto antes*. A primeira remete à sensação de estranhamento gerada perante a visualização de sua própria imagem na filmagem, a segunda à dificuldade de identificar elementos que lhe permitissem julgar sobre seu comportamento e a terceira à falta de oportunidade de realizar auto-observações prévias à pesquisa. Assim sendo, verificam-se semelhanças entre o estudo de Pereira e Silva (2000) e o estudo aqui escrito, ao passo que as ideias das subcategorias supracitadas também justificam a baixa sensibilidade autoperceptiva dos mediadores de grupos educativos entrevistados.

Já no Momento 2, foram percebidas melhoras em comunicação justificadas principalmente pela prática de uma comunicação consciente estimulada na qualificação. Da mesma forma, Noordman, Weijden e Dulmen (2014) observaram, em estudo realizado com 17 enfermeiras, que, ao utilizarem o vídeo *feedback*, essas profissionais conseguiram colocar em prática o que foi discutido em uma única sessão de *feedback* conduzida por um dos pesquisadores e, assim, melhorar os aspectos gerais de sua comunicação.

Algumas percepções, incluídas ainda na Subcategoria 1A do Momento 2 (“*percebendo melhoras em sua comunicação*”), relacionaram a mudança positiva de

comportamento ao conhecimento que os profissionais fizeram de si e dos elementos que compõem o processo comunicativo, assim como às características pessoais dos participantes do grupo conduzido por eles, que acarretaram em maior ou menor interação. Também se referindo à influência externa no agir do profissional, docentes de enfermagem, a partir da visualização de simulação filmada, responderam um questionário no qual remeteram as dificuldades de aplicação da comunicação terapêutica principalmente às características dos pacientes na interação com o profissional (LÓPEZ e CARVALHO, 2006). Um artigo publicado recentemente (TING et al., 2016) concluiu que os problemas em comunicação durante atendimento individual são causados tanto pelos profissionais quanto pelos pacientes, sendo que, em relação a estes últimos, a barreira está sustentada no fato de eles não quererem participar do processo de corresponsabilidade no tratamento, havendo divergência de objetivos entre profissionais (que almejam o alcance da corresponsabilidade) e pacientes.

Nos recortes que compuseram a Subcategoria 1B do Momento 2 (*“percebendo falhas em sua comunicação”*), não apareceram relações com os assuntos abordados na qualificação. Ou seja, os entrevistados refletem e, portanto, percebem suas falhas baseando-se, à princípio, apenas nos significados que eles atribuem às fragilidades comunicativas. Pautando-se nas premissas de Blumer de que o processo interpretativo é baseado nos significados construídos em vivências anteriores (CARVALHO, BORGES e RÊGO, 2010), há de supor que as falhas verbalizadas não haviam sido observadas na primeira filmagem, de modo que a interpretação das mesmas ainda não tinha sido estimulada.

Dois profissionais mantiveram percepções positivas sobre sua comunicação, identificando que nada precisa ser melhorado. Essa perspectiva pode estar relacionada ao que propõem Yudkowsky, Downing e Ommert (2006), ou seja, com o tempo os profissionais vão adquirindo experiência, aliviando ansiedades e ganhando confiança no desempenho de suas tarefas, de modo que essas sensações às vezes passam a ser confundidas com eficácia na atuação, acarretando na constatação precipitada de que não há necessidade em mudar a forma de se comunicar com as pessoas. Os autores ainda destacam que a experiência profissional por si só não funciona para a competência em comunicação como funciona excelentemente para

o domínio da abordagem técnica no processo de cuidado em saúde; ao contrário, a comunicação pode vir a deteriorar-se à medida que não são realizados cursos de qualidade sobre o assunto ao longo da carreira profissional.

Sobre as implicações da comunicação na mediação de grupos (ilustradas na Categoria 2 dos Momentos 1 e 2 – “*as implicações da comunicação na mediação de grupos educativos*”) observou-se que os profissionais dão maior visibilidade a sua comunicação verbal, seguida da identificação de elementos da proxêmica e da cinésica.

Tal constatação sobre a prevalência da percepção da linguagem verbal converge com o verificado por Inaba e Silva (2002 apud INABA, SILVA e TELLES, 2005) ao realizarem estudo com enfermeiras que cuidavam de lesados medulares. Segundo as autoras, a comunicação não verbal nem sempre é percebida de forma consciente pela equipe de Enfermagem, por isso, a comunicação verbal é melhor compreendida. Isso pode ser resultado, inclusive, da cobrança pelo alcance de metas de âmbito quantitativo, a partir da qual se gera uma supervalorização daquilo que deve ser dito (em termos de conteúdo) e não de como deve ser dito – implicando no pouco estímulo à auto-observação das emoções humanas expressas por meio da comunicação não verbal. Lepper et al. (1995 apud STEVENSON, 2014) realizaram uma revisão da literatura e concluíram que apesar de médicos reconhecerem a importância de dar atenção à linguagem não verbal durante uma consulta, suas intencionalidades não têm estimulado a prática de uma comunicação consciente.

Quanto à identificação da comunicação não verbal, em sua dissertação de mestrado, Amorim (2013) constatou que os docentes de Enfermagem também conseguiram perceber principalmente os elementos cinestésicos de seus sinais não verbais emitidos em sala de aula.

Tanto a cinésica quanto a proxêmica já foram estudadas como recursos comunicacionais entre profissional da saúde e idosos, trazendo como resultados a verificação de que estes conseguem decodificar corretamente as expressões faciais dos profissionais (SCHIMIDT e SILVA, 2012), assim como identificar, por meio do contato visual e da aproximação, se eles demonstram interesse na conversa (SCHIMIDT, DUARTE e SILVA, 2015). Acreditando que essa capacidade em decifrar

a intencionalidade dos profissionais se aplica para além do público idoso, o fato dos mediadores de grupos do presente estudo terem identificado elementos da cinésica e da proxêmica em suas ações serviu como material na qualificação para estimular uma discussão sobre as interpretações que os participantes podem vir a fazer desses elementos. Deveras, por mais que no Momento 2 não tenha surgido falas sobre os elementos da proxêmica, as respostas em relação à cinésica foram mais elaboradas em comparação àquelas do Momento 1, ao passo que a maioria dos elementos citados foi seguida de justificativas baseadas no que foi discutido na etapa de qualificação.

Já a não identificação de elementos da proxêmica no Momento 2 pode ser decorrente do próprio significado que os profissionais atribuíram ao grau de relevância desse item como fator interveniente em seu processo comunicativo.

Os elementos dos fatores do meio ambiente foram identificados nos dois momentos de investigação. No estudo de Cardoso et. al. (2011), pesquisadores analisaram os instrumentos do processo comunicativo desencadeado em atividades em grupo na Estratégia Saúde da Família por meio de entrevistas e observações, de modo que, os dados das observações permitiram investigar a comunicação não-verbal de acordo com sua classificação. A partir disso, verificou-se que os fatores do meio ambiente foram planejados com a pretensão de entreter e distrair os participantes e de otimizar o trabalho dos profissionais nos grupos de crônicos, de pré-natal e de caminhada. Foram utilizados brinquedos, aparelho de televisão, entre outros, e o ambiente para realização do grupo variou entre abrangência da unidade e locais da comunidade.

O uso do avental foi o item que se destacou entre as características físicas que influenciam no alcance dos objetivos do grupo, devido ao fato do seu uso diferenciar os profissionais das demais pessoas. Para conhecer a percepção das pessoas sobre a relevância da aparência e da postura dos médicos na consolidação de confiança nesses profissionais, Rossi-Barbosa et al. (2010) entrevistaram 182 pacientes com idades entre 18 e 88 anos e constataram que eles preferem que o profissional da saúde tenha, de fato, um perfil tradicional, ou seja, que use roupas brancas, tenha os cabelos aparados e não use acessórios. No caso de profissionais do sexo feminino, maquiagem e acessórios são aceitos se usados com moderação,

porém, em relação aos profissionais do sexo masculino há restrição ao uso de piercings, tatuagens e brincos, especialmente pela população idosa. Tais resultados evidenciam a influência das características físicas dos profissionais nas suas relações com os usuários dos serviços de saúde. Isso parece ser mais facilmente compreendido se pautado na justificativa de Silva (2002) de que, quando as pessoas observam as características físicas dos profissionais, elas procuram encontrar exemplos a serem seguidos no âmbito da higiene para, então, se sentirem seguras enquanto cuidadas. Considerando o avental branco (devidamente limpo) como uma vestimenta que pode trazer essa mensagem positiva sobre o profissional, há de se dizer que os mediadores do presente estudo apresentaram coerência em suas falas ao destacarem a importância do seu uso no ambiente grupal.

No Momento 1, apenas o tom de voz foi identificado como elemento da paralinguagem, sendo interpretado, pelos mediadores, como uma demonstração de segurança naquilo que estava sendo dito.

O fato de a tática ter sido abordada especificamente pela profissional com a qual se discutiu sobre o assunto na qualificação evidencia que a mediadora em questão atribuiu um significado importante ao toque como um tipo de comunicação, de modo a torná-lo uma prática consciente. Schmidt e Silva (2013) reforçam a recomendação de que os profissionais devem tocar as pessoas de forma consciente, reconhecendo os tipos de toque e sua capacidade afetiva. Em seu trabalho, 117 pessoas – 33 graduandos do último período de Enfermagem, Medicina e Psicologia e 84 profissionais da saúde – participaram de uma capacitação (três encontros de quatro horas cada) de comunicação em gerontologia e a maioria delas (96,6%) foi capaz de identificar pelo menos um fator que precisa ser respeitado ao tocar um paciente idoso, dentre os quais foram citados: autorização prévia do idoso, parte do corpo em que o idoso será tocado, intensidade do toque, observação das reações de aprovação ou desaprovação ao toque, intencionalidade e tipo do toque a ser realizado, duração e frequência, sexo e idade de quem toca e de quem é tocado e as características das mãos que tocam o idoso (SCHIMIDT e SILVA, 2013).

Em suma, ao identificar todos os elementos de comunicação inseridos na Categoria 2 dos Momentos 1 e 2, houve um estímulo à reflexão sobre a abrangência da comunicação diante de sua observação por meio do vídeo *feedback*.

Conseqüentemente, os mediadores tiveram embasamento para produzirem as falas que constituíram as duas últimas categorias, as quais foram conclusivas no sentido de direcioná-los sobre a aplicabilidade da técnica.

Um dos itens considerado pelos entrevistados como fator interveniente nesse processo para qualificar a comunicação foi a presença da câmera (verificado na subcategoria 3A “*relacionando seu comportamento à presença da câmera*”). Apesar de haver a recomendação para o manipulador da câmera (neste caso, a própria pesquisadora) permanecer no mínimo dez minutos no ambiente antes de dar início à filmagem, estando devidamente posicionado entre as pessoas ali presentes (mediador e participantes) (HEACOCK, SOUDER e CHASTAIN, 1996), isso não foi possível de ser feito em todos os grupos, devido à dinâmica de iniciar o encontro imediatamente após acomodação dos participantes. Isso pode não ter comprometido no comportamento dos participantes, mas certamente influenciou nas ações dos mediadores no início ou ao longo do encontro, ao passo que cinco dos profissionais falaram a respeito no Momento 1. Passados os dez minutos sugeridos, a tendência é que o profissional filmado se acostume com o observador e/ou com a câmera e, assim, volte a apresentar um comportamento usual (HEACOCK, SOUDER e CHASTAIN, 1996). Nesse sentido, é possível que, no Momento 2, as sensações de ansiedade e de ameaças tenham sido amenizadas justamente pelo fato dos profissionais já terem passado pela experiência da filmagem, sugerindo que o uso contínuo da câmera pode vir a eliminar sensações de desconforto, como as que foram verbalizadas no Momento 1.

A fim de identificar o conteúdo e a prevalência da comunicação verbal e não verbal entre fisioterapeutas e pacientes com dor nas costas, pesquisadores utilizaram a técnica de filmagem e concluíram que a presença da câmera influenciou no comportamento dos profissionais, mas essa influência foi amenizada à medida que esses profissionais foram sendo filmados mais vezes (ROBERTS e BUCKSEY, 2007).

A primeira experiência da auto-observação por áudio e vídeo (em subcategoria 3B “*caracterizando a experiência da auto-observação*”) foi marcada por sensações de tranquilidade e estranhamento, além de estímulo à reflexão. De maneira diferente, no segundo dia de produção de dados nenhum profissional

caracterizou a auto-observação como algo estranho; ao contrário, seis entre sete profissionais disseram ter sido um momento positivo, inclusive devido à mudança de percepção sobre quais elementos observar na filmagem e como avaliá-los. Após aplicação de um curso, no qual um dos módulos incluía o tema comunicação com o paciente, alunos do primeiro ano de Medicina também melhoraram a autoavaliação que fizeram de si no intervalo de dez semanas entre uma auto-observação e outra, aumentando de 36% para 61% de aprovação classificada como boa (HANLEY et al., 2014).

Já o fato de uma das mediadoras não ter gostado da experiência de se ver e ter utilizado essa justificativa como fator preponderante na definição sobre a aplicabilidade da técnica, expõe que nem sempre a auto-observação será construtiva, porque ela pode acarretar em uma situação de auto-confronto (DICKSON, HARGIE e MORROW, 1989a) que, neste caso, não surgiu no primeiro contato com a própria imagem, mas, sim, após uma análise baseada em conhecimento teórico sobre quais elementos de suas ações poderiam ser classificados como potencialidades e fragilidades. Uma situação semelhante aconteceu com uma entre dezessete enfermeiras envolvidas em estudo com vídeo *feedback*. A diferença é que esse receio do auto-confronto antecedeu o primeiro momento de produção de dados (NOORDMAN, WEIJDEN e DULMEN, 2014). No caso de uma reprodução do projeto aqui escrito, é importante identificar as pessoas que tendem a agir da mesma forma para, a partir disso, aliviar os anseios do profissional e redirecionar a maneira de sensibilizá-lo ao constante aperfeiçoamento em comunicação.

Em ambos os momentos da investigação os profissionais apontaram as vantagens do vídeo *feedback* como técnica de qualificação em comunicação (“*identificando vantagens da técnica*”) e destacaram a importância da Educação Permanente em Saúde nesse contexto (“*destacando a importância da Educação Permanente em Saúde para qualificação em comunicação*”). Noordman, Weijden e Dulmen (2014) aplicaram a mesma técnica com o intuito de avaliarem, dentre outras coisas, os efeitos do vídeo *feedback* na comunicação de dezessete enfermeiras da Atenção Primária à Saúde da Holanda. O delineamento do estudo foi pré-teste e pós-teste com grupo controle, sendo que os integrantes do grupo intervenção foram

filmados durante suas consultas e, além de terem tido acesso aos vídeos via internet, receberam *feedback* de um dos pesquisadores pessoalmente em sessão de uma hora. Como conclusão, a técnica permitiu melhoras nas habilidades gerais de comunicação, bem como as enfermeiras sentiram-se satisfeitas com a oportunidade de se visualizarem em suas ações e valorizaram a proposta da qualificação com algum especialista no assunto. Os autores ainda ressaltaram que parece viável aplicar a técnica para Educação Permanente em Saúde de enfermeiras e que, portanto, esse tipo de qualificação deve se realizar em períodos regulares de tempo.

Uma vez já tendo passado pela experiência da filmagem e da qualificação que, juntas, reforçaram a proposta do vídeo *feedback* na prática educativa, os mediadores da presente pesquisa, entendendo o processo como um todo, manifestaram suas percepções quanto às limitações para aplicação da técnica (“*identificando limitações para aplicação da técnica*”). Exceto a limitação que diz respeito ao medo do auto-confronto de uma das mediadoras, todas as outras limitações remetem à falta de recursos (material e de tempo). De todo modo, por mais que os profissionais tenham as identificado, isso não se sobrepõe às vantagens e nem ao menos compromete a relevância do projeto à medida que, ao ter sido aplicado na realidade do serviço, ele está suscetível à reprodução com as devidas considerações.

Ao classificarem o vídeo *feedback* como técnica inovadora para qualificação em comunicação (“*classificando o vídeo feedback como técnica inovadora para qualificação em comunicação*”), duas mediadoras reforçaram as vantagens de sua utilização, com destaque para a fala de P2 que, ao invés de culpabilizar os participantes pela não compreensão de suas mensagens, reconheceu que talvez ela mesma tenha sido produtora de barreiras comunicativas em encontros passados e, por isso, viu no vídeo *feedback* a oportunidade que lhe faltava para responder suas inquietações sobre os problemas de comunicação e, a partir disso, poder solucioná-los.

Acreditando que a relevância de um projeto se faz não pelas vantagens por si só, mas pela relação delas com a possibilidade de aplicação da metodologia no cotidiano, é que as respostas produzidas neste estudo evidenciam potencial aplicabilidade da técnica avaliada.

Oito dos onze mediadores disseram que aplicariam a técnica (em “o vídeo *feedback* e a percepção dos mediadores de grupos sobre sua aplicabilidade”), sendo que um deles ainda apresentou a possibilidade do vídeo *feedback* ser aplicado com a equipe de profissionais da saúde para otimizar a aprendizagem não só por meio da autoavaliação, mas também do *feedback* de outras pessoas. Diante disso, vale o conhecimento sobre como dar e receber *feedback* de maneira equilibrada para não haver desentendimentos a ponto de causar desarmonia na interação. Silva (2014) lembra que aquele que busca *feedback* precisa estar preparado para receber as reações dos outros como algo que vai auxiliar no seu aperfeiçoamento profissional e pessoal.

É válido destacar que o intervalo entre Momento 1 e Momento 2 não foi fator interferente comum para definição da aplicabilidade da técnica, visto que, cada um dos três mediadores que não aplicariam o vídeo *feedback* passou pelas etapas de investigação em períodos diferentes uns dos outros (P1: 7 dias; P8: 28 dias; P11: 14 dias).

Em suma, avaliar a aplicabilidade do vídeo *feedback* para Educação Permanente em Saúde de mediadores de grupos educativos que abordam sobre EAN – como este estudo avaliou – é uma proposta digna de ser replicada em outras UBS das mais diversas cidades para que os profissionais da saúde se permitam vivenciar a experiência da comunicação terapêutica e, assim, (re)significar suas ações.

7 CONCLUSÃO

A razão primária desta pesquisa foi prezar pela EAN no âmbito da Promoção da Saúde, assumindo que a comunicação terapêutica é a principal ferramenta para isso. Assim sendo, este estudo revelou, por meio das perspectivas dos mediadores de grupos educativos de uma UBS mista do município de São Paulo, que o vídeo *feedback* é uma técnica capaz de qualificar o processo comunicativo, uma vez evidenciadas características da comunicação importantes e influentes na Promoção da Saúde.

Diante da complexidade de se produzir saúde – sendo esta interpretada em seu conceito mais amplo –, considerar o vídeo *feedback* uma técnica aplicável no contexto grupal foi um avanço importante para o reconhecimento do potencial dos indicadores qualitativos de avaliação de um grupo educativo que, à princípio, partiu da aproximação ao tema comunicação verbal e não verbal para o autoconhecimento com o intuito de que o resultado disso propiciasse o conhecimento do outro para o alcance dos objetivos do grupo por meio de uma interação harmoniosa no cuidado em saúde.

Determinados fatores foram colocados por alguns profissionais como limitantes para aplicação da técnica no cotidiano do serviço, porém, a execução bem sucedida deste projeto – em termos de adequação da proposta à rotina do serviço; e não o contrário – faz supor que o vídeo *feedback* é aplicável (independente das limitações), se devidamente planejado. Admite-se, ainda, que o espaço da Educação Permanente em Saúde seja propício para realização desse tipo de qualificação, por entrar como atividade integrante da agenda dos profissionais. Segundo verificado em algumas falas, esse espaço converge com a intencionalidade da qualificação do processo comunicativo por vídeo *feedback* devido à oportunidade de compartilhar saberes frente à análise da prática.

Sob a perspectiva do Interacionismo Simbólico foi possível identificar que a maioria dos mediadores de grupos ressignificou a comunicação, passando de algo banal de ser avaliado no cotidiano (visto o não reconhecimento que fizeram de si no Momento 1, assim como a pouca exploração dos diferentes tipos de comunicação e seus significados) para algo que precisa de constante aperfeiçoamento, à medida

que, sendo estimulados a se autoavaliarem, foram percebendo o impacto que determinados comportamentos podem causar na relação interpessoal em grupo. Porém, cabe destacar a necessidade de um acompanhamento das atividades desses profissionais a fim de certificar que outras situações rotineiras não venham a estimular novas ressignificações contraditórias às que foram construídas durante a pesquisa.

Uma vez tendo sido motivados a manifestarem suas perspectivas sobre comunicação mesmo antes da etapa de qualificação, os mediadores demonstraram possuir um conhecimento a respeito das implicações de determinados elementos da comunicação verbal e não verbal a partir do resgate de significados atribuídos às potencialidades e fragilidades em comunicação advindos principalmente de suas experiências profissionais. Contudo, após a qualificação – e ainda com o auxílio da filmagem – os profissionais conseguiram se visualizar em situação de interação sob uma percepção manifesta, em maior medida, pelo conceito interacionista que leva em consideração a reflexão de si baseada no modo como as pessoas o vêem. Isso porque a qualificação permitiu ampliar o conhecimento sobre os tipos de comunicação e as diferentes interpretações que podem ser feitas na ausência de validação de mensagens.

Os resultados mostram que, em primeira instância, a comunicação permeia um plano teórico idealizado e, conseqüentemente, uma expressividade verbal e não verbal pouco consciente. Todavia, a experiência da autoavaliação por meio da filmagem estimulou os profissionais a darem mais atenção aos sinais emitidos em uma interação em grupo, e isso pode ser considerado uma etapa precursora do desenvolvimento de habilidades comunicativas que, se constantemente praticadas e avaliadas, se tornarão competências vinculadas à efetiva interação no cuidado em saúde.

Por fim, espera-se que os resultados desta pesquisa possam influenciar na (re)elaboração de políticas públicas, de modo que a comunicação terapêutica seja valorizada na prática educativa, tornando-a tema central nos encontros de Educação Permanente em Saúde dos serviços de saúde sob uso de técnicas como o vídeo *feedback*, apresentado neste projeto como passível de ser aplicada na Atenção Primária à Saúde.

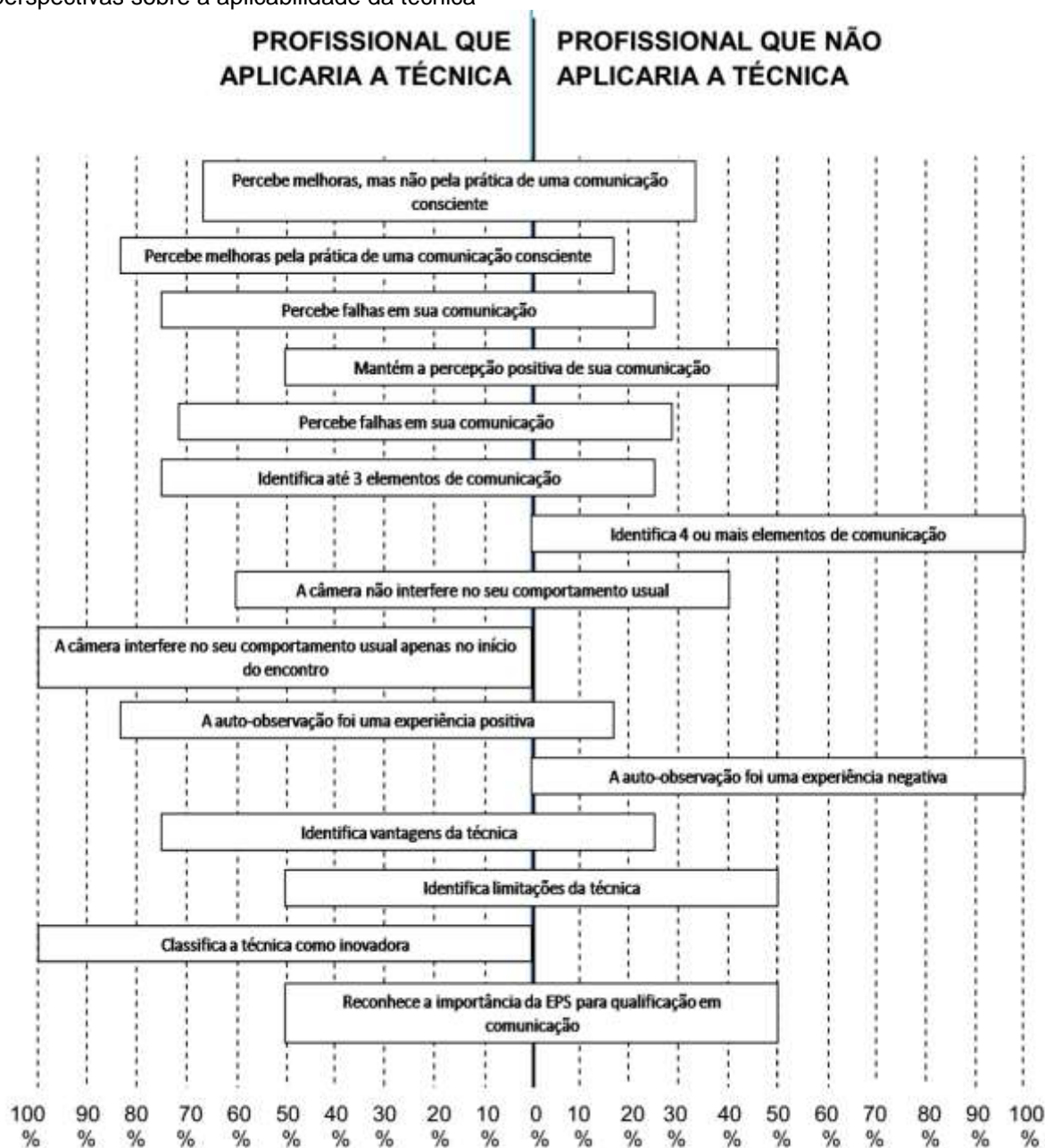
8 RECOMENDAÇÕES

Para planejar melhor a reprodução deste estudo, ou ao menos servir como efeito comparativo em trabalhos futuros, recomenda-se a utilização da figura que se segue (Figura 8), supondo que as perspectivas prévias dos profissionais interferem na sua concepção sobre a técnica de vídeo *feedback*.

Baseada nas respostas dos profissionais no Momento 2 da investigação – considerado o momento mais significativo em termos de avaliação da técnica à medida que levou em consideração a já realizada etapa de qualificação –, a figura sistematiza os códigos produzidos por cada mediador, os quais possivelmente respaldaram suas perspectivas quanto aplicar ou não a técnica.

A disposição dos retângulos (mais à direita ou mais à esquerda da linha central) representa a porcentagem de profissionais que considerou a técnica aplicável ou não de acordo com os respectivos itens listados.

Figura 8 – Sistematização dos códigos produzidos pelos mediadores no Momento 2, segundo suas perspectivas sobre a aplicabilidade da técnica



PÓS-ESCRITO: PARA ALÉM DO PROJETO

No dia 6 de março de 2015, durante o exame de qualificação deste projeto, fui questionada sobre o desafio de encontrar profissionais resistentes à questão da autoavaliação do processo comunicativo. Sem hesitar, respondi da seguinte forma: “se eu for capaz de plantar apenas uma sementinha que venha a dar frutos, já me darei por satisfeita, pois terei atingido meu objetivo maior”.

É fato que a execução do projeto foi um lançar de sementes, mas, obviamente, a opção de cultivá-las ou não caberá a cada profissional que participou desse processo. Mas o motivo de estar escrevendo isso está relacionado ao que vivenciei com uma mediadora de grupos, em específico. Não posso isentar a possibilidade de ter propiciado o cultivo de 11 sementes, porém, dei meu objetivo por alcançado quando, depois de cumpridas as etapas do Momento 1 com uma determinada profissional, começamos a conversar – sem a presença de câmera ou gravador de voz – sobre a importância de tudo o que foi abordado ao longo da produção de dados. À medida que nossa conversa foi se estendendo de minutos para horas, fui percebendo o quanto eu estava no local certo, fazendo a coisa certa para atingir meu objetivo maior. Juntas, nós não produzimos apenas dados, mas também, e principalmente, produzimos conhecimentos dignos de serem colocados em prática para o alcance da saúde daqueles que participam de grupos educativos.

Além dessa, houve outra situação importante de ser compartilhada. Enquanto eu esperava para fazer a última gravação de um grupo, no meu último dia de trabalho em campo, uma senhora (72 anos) sentou-se ao meu lado e perguntou qual era o número da minha senha (pensando que eu também estava presente ali para aferir pressão e glicemia). Eu, então, respondi que estava participando do grupo apenas como observadora, visto ser eu uma estudante que estava desenvolvendo uma pesquisa com os profissionais da UBS. Ao terminar de me apresentar brevemente, e ainda sem saber minha profissão e os objetivos da minha pesquisa, a senhora em questão desejou que tudo o que eu viesse a fazer no âmbito profissional, eu fizesse com amor, porque é muito ruim quando você se depara com um profissional que demonstra não gostar do que faz e que, portanto, não lhe sorri e mal troca três palavras em uma consulta. Disse também que os idosos, como ela,

precisam de atenção e que, às vezes, o profissional não precisa ser bom (em termos de conhecimentos teóricos), mas, se ele tratar bem os seus pacientes, isso fará dele o melhor profissional que já se viu.

Ao ouvir as palavras dessa senhora, tudo o que eu estava fazendo ali, ou melhor, tudo o que eu vinha fazendo desde o momento em que defini os objetivos do meu projeto, fez ainda mais sentido! Afinal, não basta o profissional saber falar de saúde, mas não saber como falar de saúde considerados os vários fatores que constituem a dimensão humana.

Na formatura, eu, como oradora da turma, disse que não é a faculdade que nos forma; ela é simplesmente o ponto de partida para nossa formação; afinal, o que nos forma é nossa relação com as pessoas que buscam nosso atendimento; o que nos forma é nossa relação com o mundo. Quanto mais as pessoas precisarem de nós, mais elas estarão nos formando. Nesse sentido, hoje termino esta dissertação dizendo que conclui mais uma etapa da minha formação, a qual, por sua vez, também se configura como o início de outras.

9 REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. Avaliação participativa em promoção da saúde: reflexões teórico-metodológicas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 145–160.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319–325, jan. 2011.
- AMORIM, R. K. F. C. C. **Percepção dos docentes de graduação em enfermagem sobre seu comportamento comunicativo não verbal em sala de aula**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BIRDWHISTELL, R. L. **Kinesis and context**. Philadelphia: Press, 1970.
- BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. London: University California Press, 1986.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011b.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Portaria MS/GM no 687, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus: Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- CÁRDENAS, A. P. **Educação Alimentar e Nutricional em nível de Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá: cenário e temáticas**. 2013. Dissertação

(Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

CARDOSO, L. S. et al. Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1323–1330, 2011.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. D. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 146–161, 2010.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3289–3300, 2012.

CERVATO-MANCUSO, A. M.; VINCHA, K. R. R.; SANTIAGO, D. A. Educação Alimentar e Nutricional como prática de intervenção: reflexão e possibilidades de fortalecimento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 225–249, 2016.

CHARON, J. M. **Symbolic Interacionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 10. ed. Boston: Pearson, 2010.

DEVEUGELE, M. Communication training: skills and beyond. **Patient Education and Counseling**, v. 98, p. 1287–1291, 2015.

DICKSON, D. A.; HARGIE, O.; MORROW, N. C. **Communication skills training for health professionals**: an instructor's handbook. London: Chapman and Hall, 1989a.

DICKSON, D. A.; HARGIE, O.; MORROW, N. C. The practice phase of training. In: ____ **Communication skills training for health professionals: an instructor's handbook**. London: Chapman and Hall, 1989b. p. 193–224.

DICKSON, D. A.; HARGIE, O.; MORROW, N. C. The feedback phase of training. In: ____ **Communication skills training for health professionals: an instructor's handbook**. London: Chapman and Hall, 1989c. p. 225–248.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B.; STACCIARINI, J. M. R. Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadores para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 516–522, 2002.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURANO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FORTUNA, C. M. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2013a.

FUKKINK, R. G.; TRIENEKENS, N.; KRAMER, L. J. C. Video feedback in Education and Training: putting learning in the picture. **Educational Psychology Review**, v. 23, n. 1, p. 45–63, 2010.

- GAZZINELLI, M. F. et al. Educational Group Practices in Primary Care: Interaction between professionals, users and knowledge. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 0284–0291, 2015.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- HAESER, L. D. M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 605–620, 2012.
- HANLEY, K. et al. Self-assessment and goal-setting is associated with an improvement in interviewing skills. **Medical education online**, v. 1, p. 1–8, 2014.
- HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274–284, 2013.
- HEACOCK, P.; SOUDER, E.; CHASTAIN, J. Subjects, data and videotapes. **Nursing Research**, v. 45, n. 6, p. 336–338, 1996.
- HOLLI, B. B.; CALABRESE, R. J. **Communication and education skills: the dietitian's guide**. Philadelphia: Lea & Febiger, 1986.
- HOSFORD, R. E.; JOHNSON, M. E. A comparison of self-observation, self-modeling, and practice without video-feedback for improving counselor interviewing behaviors. **Counselor Education and Supervision**, v. 23, n. 1, p. 62–70, 1983.
- INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 423–429, 2005.
- KURTZ, S.; SILVERMAN, J.; DRAPER, J. **Teaching and learning communication skills in medicine**. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
- LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- LÓPEZ, M. L.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica durante instalação de terapia endovenosa: uso de simulação filmada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 658–665, 2006.
- MAGALHÃES, A. P. A.; MARTINS, K. DA C.; CASTRO, T. G. DE. Educação alimentar e nutricional crítica: reflexões para intervenções em alimentação e nutrição na atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 463–470, 2012.
- MANAGHEB, S. et al. The effect of communication skills training by video feedback method on clinical skills of interns of Isfahan University of medical sciences compared to didactic methods. **Health Education Journal**, v. 71, n. 5, p. 546–552, 2012.
- MCALLISTER, M. et al. Patient empowerment: The need to consider it as a

measurable patient-reported outcome for chronic conditions. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 1, p. 1, 2012.

MEADE, E. B.; DOZIER, M.; BERNARD, K. Using video feedback as a tool in training parent coaches: promising results from a single-subject design. **Attachment & human development**, v. 16, n. 4, p. 356–70, 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170–185, 2014.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MONTEIRO-GRILO, A. Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas. **Revista Iberoamericana de Educación Superior**, v. 3, n. 7, p. 93–112, 2012.

NOORDMAN, J.; VAN DER WEIJDEN, T.; VAN DULMEN, S. Effects of video-feedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nurses: a pre-test posttest control group study. **Journal of advanced nursing**, v. 70, n. 10, p. 2272–2283, 2014.

NOORDMAN, J.; VERHAAK, P.; VAN DULMEN, S. Web-enabled video-feedback: a method to reflect on the communication skills of experienced physicians. **Patient education and counseling**, v. 82, n. 3, p. 335–340, 2011.

OLIVEIRA, S. R. G. DE; WENDHAUSEN, Á. L. P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 129–147, 2014.

PEREIRA, L. L.; SILVA, M. J. P. Vivenciando a comunicação como descoberta. **O Mundo da Saúde**, v. 24, n. 5, p. 333–342, 2000.

PERRON, N. J. et al. Impact of postgraduate training on communication skills teaching: a controlled study. **BioMed Central Medical Education**, v. 14, n. 1, p. 80, 2014.

PIRES, C. M.; CAVACO, A. M. Communication between health professionals and patients: review of studies using the RIAS (Roter Interaction Analysis System) method. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 60, n. 2, p. 156–172, 2014.

RAMOS, L. R. et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. **Revista de saúde pública**, v. 48, n. 5, p. 837–44, 2014.

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Interpersonal communication research: valorization of the oncological patient in a high complexity oncology unit. **Remex: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 106–115, 2014.

- RIASWORKS. Evidence-based communication for education, research & practice. Disponível em: <http://www.riasworks.com/about_us.html>. Acesso em: 24/10/2014.
- RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F. DE. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 209–218, 2015.
- ROBERTS, L.; BUCKSEY, S. Communicating with patients: what happens in practice? **Physical therapy**, v. 87, n. 5, p. 586–594, 2007.
- RODRIGUES, C. C.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 235–255, 2012.
- ROSSI-BARBOSA, L. A. R. et al. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 363–370, 2010.
- SANTOS, A. O.; CASTRO, E. O. Demanda por grupos, psicologia e controle. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 325–331, 2011.
- SCHIMIDT, T. C. G.; DUARTE, Y. A. D. O.; SILVA, M. J. P. DA. Mediate evaluation of replicating a Training Program in Nonverbal Communication in Gerontology. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 309–16, 2015.
- SCHIMIDT, T. C. G.; DA SILVA, M. J. P. Reconhecimento dos aspectos tacênicos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 47, n. 2, p. 426–432, 2013.
- SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. DA. Proxêmica e cinésica como recursos comunicacionais entre o profissional de saúde e o idoso hospitalizado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 20, n. 3, p. 349–354, 2012.
- SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 479–503, 2012.
- SILVA, D.; DUARTE, L. Educação permanente em saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, 2015.
- SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, p. 73–88, 2002.
- SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 10. ed. São Paulo: Loyola, 2014.
- SILVA, L. B.; SOARES, S. M. Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 640–647, 2013.
- STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. São Paulo, SP: Robe, 1993.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. DE. **A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.

STEVENSON, F. Achieving visibility? Use of non-verbal communication in interactions between patients and pharmacists who do not share a common language. **Sociology of health & illness**, v. 36, n. 5, p. 756–771, 2014.

TING, X. et al. Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: A survey and in-depth interview of Chinese patients and physicians. **Patient Education and Counseling**, v. 99, n. 3, p. 364–369, 2016.


VASCONCELOS, A. C. C. P.; MAGALHÃES, R. Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 99–110, 2016.

VINCHA, K. R. R. **Práticas de grupo na educação nutricional na atenção primária**: uma comparação entre São Paulo e Bogotá. 2013. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

YUDKOWSKY, R.; DOWNING, S. M.; OMMERT, D. Prior experiences associated with residents' scores on a communication and interpersonal skill OSCE. **Patient Education and Counseling**, v. 62, n. 3, p. 368–373, 2006.

ANEXOS

Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde em múltiplas perspectivas		
Pesquisador: Ana Maria Cervato-Mancuso		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 41683314.9.0000.5421		
Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.038.206		
Data da Relatoria: 22/05/2015		
Apresentação do Projeto: Inalterado		
Objetivo da Pesquisa: Mantidos		
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Os mesmos		
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Na versão anterior faltava a carta de anuência da Secretaria da Saúde do Município. Não informava sobre a fonte de financiamento da pesquisa.		
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os recursos financeiros necessários para a pesquisa correrão por conta dos pesquisadores sendo que as estudantes de pós graduação envolvidas foram contempladas com bolsa e crédito bolsa para o desenvolvimento de seus estudos. Foi apresentado documento da Coordenadoria Geral de Saúde Leste concordando com a realização da pesquisa.		
Recomendações: Nada a acrescentar		
Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715		
Bairro: Cerqueira Cesar	CEP: 01.246-904	
UF: SP	Município: SAO PAULO	
Telefone: (11)3061-7779	Fax: (11)3061-7779	E-mail: coep@fsp.usp.br

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 1.038.206

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem inadequações ou pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer da relatoria

SAO PAULO, 27 de Abril de 2015

Assinado por:

Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP



Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779



Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

Anexo 2. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
Elaborado pela Instituição Coparticipante		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde em múltiplas perspectivas		
Pesquisador: Ana Maria Cervato-Mancuso		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 41683314.9.3001.0086		
Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.057.539		
Data da Relatoria: 07/05/2015		
Apresentação do Projeto:		
<p>O estudo propõe uma pesquisa à luz da abordagem qualitativa, que considerará a experiência adquirida na pesquisa "Educação Nutricional na Atenção Primária à Saúde em São Paulo e Bogotá" como insumo para avançar na abordagem dos diferentes atores da Atenção Primária à Saúde (profissionais de saúde e usuários do serviço) e com isso compreender as implicações do processo comunicativo na Educação Alimentar e Nutricional, a partir da perspectiva do profissional e do usuário dentro do cenário da Atenção Primária à Saúde.</p>		
<p>A metodologia proposta considerará: (I) metassíntese sobre a configuração do usuário na Educação Alimentar e Nutricional no contexto latino-americano; (II) mapeamento de grupos educativos em São Paulo e Bogotá; (III) autoavaliação sobre o processo comunicativo dos profissionais de saúde, mediadores de grupo educativo em São Paulo e (IV) análise das expectativas dos usuários sobre Educação Alimentar e Nutricional de São Paulo e de Bogotá.</p>		
<p>Como técnicas de investigação serão utilizadas: mapeamento, observação sistemática, entrevista semiestruturada e grupo focal. A coleta de dados ocorrerá em dois momentos, um em São Paulo e outro em Bogotá. Para tanto, os pesquisadores serão treinados e os roteiros necessários para a coleta de dados serão testados previamente. Uma vez transcritos na íntegra, os dados serão sistematizados segundo o método da Análise de Conteúdo Temática, proposto por Bardin</p>		
Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar		
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010		
UF: SP Município: SAO PAULO		
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com		

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP									
Continuação do Parecer: 1.057.539										
<p>(BARDIN, 2011).</p> <p>O número de amostra no Brasil é de 45 sendo 20 profissionais da saúde e 25 usuários .</p> <p>Os critérios de inclusão para a amostra de profissionais de saúde, serão levados em consideração os seguintes : a) profissionais de saúde que atuem na Atenção Primária à Saúde (nutricionistas, médicos, enfermeiros, educadores físicos e/ou outros); b) Sejam mediadores de grupos educativos de alimentação e nutrição realizados nas Unidade Básica de Saúde de São Paulo; c) aceitem participar voluntariamente do estudo mediante consentimento informado.</p> <p>Para o caso dos usuários os critérios de inclusão serão: a) participar em grupos educativos fechados sobre Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde e mediados por nutricionista; b) o grupo educativo seja mediado por nutricionista fazer parte do grupo pelo menos faz três meses; c) ser residente no território da pesquisa, d) idade superior a 18 anos e e) participação mediante Consentimento informado livre e esclarecido.</p> <p>Objetivo da Pesquisa:</p> <p>Objetivo Primário: Compreender as implicações do processo comunicativo na Educação Alimentar e Nutricional, a partir da perspectiva do profissional e do usuário dentro do cenário da Atenção Primária à Saúde.</p> <p>Objetivo Secundário:</p> <ul style="list-style-type: none">• Descrever as concepções teóricas sobre os usuários que participam dos processos de Educação Alimentar e Nutricional em pesquisas qualitativas, no contexto latino-americano;• Caracterizar os grupos educativos sobre alimentação e nutrição realizados na Atenção Primária à Saúde conforme a sua distribuição territorial;• Identificar os profissionais de saúde e usuários que participam de grupos educativos de alimentação e nutrição;• Verificar a percepção dos profissionais de saúde, que atuam como mediadores de grupos de Educação Alimentar e Nutricional, em relação ao impacto da comunicação não verbal no processo de construção de autonomia e empoderamento dos usuários dos grupos;• Comparar a configuração das expectativas de participação dos usuários segundo propostas diferenciadas de processos de Educação Alimentar e Nutricional dentro da Atenção Primária à Saúde em dois locais urbanos da América Latina. <p>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</p> <p>O risco da pesquisa é declarado como mínimo, pois pode ocorrer constrangimentos pois a pesquisa utilizará a filmagem e autoavaliação dessa imagem.</p> <p>Benefícios: Espera-se que, com os achados, seja possível reconhecer os avanços, os desafios e as potencialidades para a realização da Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde, visando fortalecer a educação permanente em saúde dos profissionais em São Paulo e em</p>										
<table border="1"><tr><td>Endereço: Rua General Jardim, 38 - 1º andar</td><td>CEP: 01.223-010</td></tr><tr><td>Bairro: CENTRO</td><td></td></tr><tr><td>UF: SP</td><td>Município: SAO PAULO</td></tr><tr><td>Telefone: (11)3397-2464</td><td>E-mail: smscep@gmail.com</td></tr></table>			Endereço: Rua General Jardim, 38 - 1º andar	CEP: 01.223-010	Bairro: CENTRO		UF: SP	Município: SAO PAULO	Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com
Endereço: Rua General Jardim, 38 - 1º andar	CEP: 01.223-010									
Bairro: CENTRO										
UF: SP	Município: SAO PAULO									
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com									
Página 02 de 04										

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 1.057.539

Bogotá e assim, contribuir com a efetividade dos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia apresentada para o presente estudo parece alcançar o objetivos propostos.

O currículo da pesquisadora é adequado ao estudo proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados o termos obrigatórios como: folha de rosto informando a instituição proponente, autorização da instituição co-participante para realização do estudo, TCLE, Cronograma e Orçamento detalhado com informação da fonte pagadora. A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. Cronograma e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador. Há benefícios previstos na realização do estudo.

TCLE foi considerado adequado após retificações.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendência ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2484

E-mail: smscep@gmail.com

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP									
Continuação do Parecer: 1.057.539										
<p>semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.</p>										
SAO PAULO, 11 de Maio de 2015										
<hr/> Assinado por: SIMONE MONGELLI DE FANTINI (Coordenador)										
<hr/>										
<table border="1"><tr><td>Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar</td><td>CEP: 01.223-010</td></tr><tr><td>Bairro: CENTRO</td><td></td></tr><tr><td>UF: SP</td><td>Município: SAO PAULO</td></tr><tr><td>Telefone: (11)3397-2464</td><td>E-mail: smscep@gmail.com</td></tr></table>			Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar	CEP: 01.223-010	Bairro: CENTRO		UF: SP	Município: SAO PAULO	Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com
Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar	CEP: 01.223-010									
Bairro: CENTRO										
UF: SP	Município: SAO PAULO									
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com									
Página 04 de 04										

Anexo 3. Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para Registros de Áudio e Vídeo



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REGISTROS DE ÁUDIO E VÍDEO DE NATUREZA CIENTÍFICA

Eu, Pedro Henrique Pereira de Oliveira Gomes e Silva, Coordenador Especial de Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, autorizo as pesquisadoras, vinculadas a Universidade de São Paulo, Débora Aparecida Santiago (CPF: 402022738-14) e Kellem Vincha (CPF: 047864079-09) a realizarem, no período de maio a setembro de 2015, registros de áudio e vídeo de profissionais de saúde durante a condução de grupos educativos que comumente acontecem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes à Coordenadoria Regional de Saúde Leste do município de São Paulo.

Esta autorização visa contemplar a análise da aplicabilidade do vídeo *feedback* como técnica de qualificação do processo comunicativo por meio de Educação Permanente em Saúde de profissionais de saúde que realizam grupos educativos na Atenção Primária à Saúde (APS), proposta da pesquisa “Educação Alimentar e Nutricional na APS em múltiplas perspectivas”. Enfatiza-se, pois, que as câmeras a serem utilizadas na filmagem estarão focalizadas exclusivamente no enquadramento de meio corpo superior do profissional (Figura 1) e que a gravação acontecerá apenas diante das autorizações do gestor da UBS, do profissional e dos usuários participantes do grupo, sendo todos os dados tratados como sigilosos.

Figura 1.
Esquematização do ambiente da coleta de dados



08/12/2014

Data


PEDRO HENRIQUE PEREIRA DE OLIVEIRA GOMES E SILVA
COORD. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE
SAÚDE

Coordenador Especial de Comunicação da
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Anexo 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes do grupo educativo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PARTICIPANTES DO GRUPO EDUCATIVO



Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde em múltiplas perspectivas”

JUSTIFICATIVA: A realização da pesquisa justifica-se considerando que, apesar do tema Educação Alimentar e Nutricional (EAN) estar presente no cotidiano das ações realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS), pouco tem se detalhado sobre esse processo a partir da perspectiva dos diferentes atores que constituem esse espaço (profissionais da saúde e usuários do serviço).

OBJETIVO: Compreender as implicações do processo comunicativo na educação alimentar e nutricional, a partir da perspectiva do profissional e do usuário dentro do cenário da Atenção Primária à Saúde

PROCEDIMENTOS: A coleta de dados incluirá a realização de filmagem – será utilizada uma câmera, a qual permanecerá ligada durante todo o encontro do grupo educativo que você está participando, para capturar imagens apenas do profissional da saúde. Além disso, os pesquisadores acompanharão a gravação da filmagem para fazerem anotações sobre a comunicação do profissional.

DESCONFORTOS E RISCOS: Ao participar desta pesquisa você terá o mínimo de desconforto e risco possíveis, mesmo estando em um ambiente onde acontecerá uma filmagem. Isso porque o estudo, além de manter todas as informações em sigilo, se propõe a avaliar apenas a comunicação do profissional da saúde responsável por conduzir o grupo. Assim, em momento algum sua imagem, identificação ou informações pessoais serão divulgadas pelos pesquisadores.

BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa você estará apoiando o profissional da saúde a fazer um autoavaliação sobre a forma com que ele tem se comunicado no grupo educativo, a partir da visualização da filmagem. Diante disso, se espera que o profissional aperfeiçoe a maneira de se comunicar, melhorando a forma de conduzir o grupo que você participa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar em penalidades. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão confidenciais e sua divulgação será realizada apenas no meio científico, assim, os pesquisadores comprometem-se em utilizar os dados e materiais

coletados somente para esta pesquisa, sem identificação dos participantes. Uma cópia deste consentimento será arquivada no Curso de Pós-graduação de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos ou recompensa financeira para você. Se vier a existir qualquer despesa adicional, ela será incluída no orçamento da pesquisa. As observações serão realizadas no local do trabalho do profissional que estará coordenando a ação, em horário e data agendados de acordo com a sua disponibilidade.

Eu, _____, declaro ter sido informado(a) sobre a pesquisa e aceito participar do estudo.

Caso eu tenha dúvidas em relação à pesquisa, poderei esclarecê-las com as pesquisadoras Alexandra Pava Cárdenas e Débora Aparecida Santiago e com a professora Ana Maria Cervato Mancuso, no telefone (11) 3061-7705.

Em caso de dúvidas e denúncias éticas, poderei esclarecê-las com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo por meio do telefone (11) 3061-7779 ou do endereço sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo (SP) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo pelo telefone (11) 3397-2464 ou pelo e-mail smscep@gmail.com ou, ainda, pelo endereço sito à Rua General Jardim, 36, 1º andar.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Anexo 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais da saúde do grupo educativo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DO GRUPO EDUCATIVO



Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Educação Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde em múltiplas perspectivas”

JUSTIFICATIVA: A realização da pesquisa justifica-se considerando que, apesar do tema Educação Alimentar e Nutricional (EAN) estar presente no cotidiano das ações realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS), pouco tem se detalhado sobre esse processo a partir da perspectiva dos diferentes atores que constituem esse espaço (profissionais da saúde e usuários do serviço).

OBJETIVO: Compreender as implicações do processo comunicativo na educação alimentar e nutricional, a partir da perspectiva do profissional e do usuário dentro do cenário da Atenção Primária à Saúde

PROCEDIMENTOS: A coleta de dados acontecerá em dois encontros, sendo que o primeiro incluirá as etapas I, II, III e IV, e o segundo (após 4 semanas, no máximo) as etapas I, II e III que se seguem:

I) Observação sistemática por filmagem – será utilizada uma câmera, a qual permanecerá ligada durante todo o encontro, visando capturar imagens da sua atuação como mediador de grupo. Além disso, os pesquisadores farão anotações sobre o processo comunicativo observado.

II) Vídeo *feedback* – após o término do encontro do grupo educativo, você assistirá trechos da filmagem da etapa I, selecionados previamente pelos pesquisadores a partir do uso das anotações feitas durante a observação;

IV) Entrevista semiestruturada – você participará de uma entrevista que será guiada por um roteiro de questões que levam a uma autoavaliação da comunicação verbal e não verbal verificada na condução do grupo filmado. Neste momento você também será filmado(a) a fim de que os dados sejam registrados;

V) Qualificação do processo comunicativo – a partir das potencialidades e fragilidades constatadas por você, na etapa anterior, será realizada uma qualificação na configuração de uma Educação Permanente em Saúde.

DESCONFORTOS E RISCOS: Ao participar desta pesquisa você terá o mínimo de desconforto e risco possíveis, mesmo sendo submetido à observação sistemática por meio da filmagem e entrevista. Isso porque o estudo, além de manter todas as informações em sigilo, se propõe a analisar, única e exclusivamente, seu processo comunicativo, portanto, em momento algum os pesquisadores farão inferência a presença ou ausência de competências que dizem respeito ao seu conhecimento científico e/ou a seu perfil profissional.

BENEFÍCIOS: Ao participar desta pesquisa você receberá uma qualificação do processo comunicativo, a fim de auxiliá-lo(a) a conduzir grupos educativos em saúde de acordo com os objetivos que eles se propõem a realizar.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar em qualquer tipo de penalidade. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão confidenciais e sua divulgação será realizada apenas no meio científico, assim, os pesquisadores comprometem-se em utilizar os dados e materiais coletados somente para esta pesquisa, sem identificação dos participantes. Uma cópia deste consentimento será arquivada no Curso de Pós-graduação de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos ou recompensa financeira para você. Se vier a existir qualquer despesa adicional, ela será incluída no orçamento da pesquisa. As observações serão realizadas no local do trabalho do profissional que estará coordenando a ação, em horário e data agendados de acordo com a sua disponibilidade.

Eu, _____, declaro ter sido informado(a) sobre a pesquisa e aceito participar do estudo.

Caso eu tenha dúvidas em relação à pesquisa, poderei esclarecê-las com as pesquisadoras Alexandra Pava Cárdenas e Débora Aparecida Santiago e com a professora Ana Maria Cervato Mancuso, no telefone (11) 3061-7705.

Em caso de dúvidas e denúncias éticas, poderei esclarecê-las com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo por meio do telefone (11) 3061-7779 ou do endereço sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo (SP) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo pelo telefone (11) 3397-2464 ou pelo e-mail smscep@gmail.com ou, ainda, pelo endereço sito à Rua General Jardim, 36, 1º andar.

Nome	Assinatura do Participante	Data

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

Anexo 6. Quadro de atividades de trabalho em campo

Quadro 7 - Calendário com registro de atividades de trabalho em campo

D	S	T	Q	Q	S	S
07/06	08/06	09/06	10/06	11/06	12/06 Apresentação do projeto à gerente da UBS	13/06
14/06	15/06	16/06	17/06	18/06 Apresentação do projeto às enfermeiras da equipe de ESF	19/06	20/06
21/06	22/06	23/06	24/06	25/06 Participação em reuniões de equipes da ESF; Observação do grupo educativo mediado por P5	26/06	27/06
28/06	29/06	30/06	01/07	02/07 Observação do grupo educativo mediado por P2; Participação em reunião de equipe da ESF	03/07 Aproximação à farmacêutica	04/07
05/07	06/07	07/07	08/07	09/07	10/07	11/07
12/07	13/07	14/07	15/07	16/07 Participação em reunião da equipe NASF; Observação do grupo educativo mediado por P5	17/07 Observação do grupo educativo mediado por P1 e P4	18/07
19/07	20/07	21/07	22/07	23/07 Observação do grupo educativo mediado por P6	24/07 Produção de dados P1M1	25/07
26/07	27/07 Observação do grupo educativo mediado por P8	28/07	29/07	30/07 Produção de dados P2M1	31/07 Produção de dados P1M2	01/08
02/08	03/08	04/08	05/08	06/08 Produção de dados P2M2	07/08	08/08
09/08	10/08	11/08	12/08 Produção de dados P3M1	13/08	14/08	15/08

(Continua)

Quadro 7 - Calendário com registro de atividades de trabalho em campo
(Continuação)

D	S	T	Q	Q	S	S
16/08	17/08	18/08	19/08	20/08 Produção de dados P4M1	21/08	22/08
23/08	24/08 Produção de dados cancelada	25/08	26/08	27/08	28/08	29/08
30/08	31/08	01/09	02/09	03/09 Produção de dados P5M1	04/09 Produção de dados P6M1	05/09
06/09	07/09	08/09	09/09	10/09 Produção de dados P7M1	11/09	12/09
13/09	14/09	15/09	16/09 Produção de dados cancelada	17/09 Produção de dados P5M2	18/09	19/09
20/09	21/09 Produção de dados P3M2	22/09	23/09	24/09	25/09	26/09
27/09	28/09 Produção de dados P8M1	29/09	30/09 Produção de dados P4M2	01/10	02/10	03/10
04/10	05/10	06/10	07/10 Produção de dados P9M1	08/10	09/10 Produção de dados P10M1	10/10
11/10	12/10	13/10	14/10	15/10	16/10 Produção de dados P9M2 e P10M2	17/10
18/10	19/10	20/10	21/10 Produção de dados P6M2 e P11M1	22/10	23/10	24/10
25/10	26/10 Produção de dados P8M2	27/10	28/10	29/10	30/10	31/10
01/11	02/11	03/11	04/11 Produção de dados P11M2	05/11	06/11	07/11
08/11	09/11	10/11	11/11 Produção de dados P7M2	12/11	13/11	

P: Profissional; M: Momento da investigação

Anexo 7. Material utilizado para registro das observações sobre o processo comunicativo do mediador de grupos educativos

OBSERVAÇÕES SOBRE O PROCESSO COMUNICATIVO DO MEDIADOR DE GRUPOS EDUCATIVOS

Identificação: _____

Data: _____

Tempo (min.)	Linguagem verbal/não verbal observada	Pt	Fr	OA

Pt: Potencialidade

Fr: Fragilidade

OA: Ordem de abordagem na qualificação

Anexo 8. Roteiro da entrevista semiestruturada sobre autoavaliação do processo comunicativo

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA SOBRE AUTOAVALIAÇÃO DO PROCESSO COMUNICATIVO

P___ – Entrevista do Momento ___

Data da filmagem do grupo: ___/___/___

Data da entrevista: ___/___/___

Bloco a: Identificação do profissional da saúde e do grupo educativo filmado

- Iniciais;
- Data de nascimento;
- Profissão;
- Tempo de atuação como mediador do grupo educativo;
- Nome do grupo educativo observado;
- Qual(is) o(s) objetivo(s) do grupo educativo observado;
- Você já participou de algum curso de qualificação/capacitação referente à comunicação em saúde?
() N () S; Carga horária;

- Que significados você atribui à comunicação em um grupo educativo?
- Como você imagina que tenha sido sua forma de se comunicar com os participantes do grupo?

Bloco b: Reflexão, prévia ao vídeo *feedback*, sobre comunicação

Bloco c: Descrição da percepção do profissional sobre sua comunicação observada na filmagem

- Analisando os trechos da filmagem do grupo educativo mediado por você, como você descreveria sua forma de se comunicar com os participantes do grupo?
Identificação da percepção da comunicação verbal (palavras expressas em falas ou escritas) e não verbal (postura, contato visual, móveis, roupas, expressão facial, maneirismos, volume de voz, ritmo de voz, nível de energia, distância interpessoal, toque, cabeça, postura corporal, paraverbal) observada na filmagem.

Bloco d: Reflexão sobre o papel da comunicação na relação interpessoal no âmbito do cuidado em saúde

- Pensando que a comunicação é a transmissão de mensagens por meio da maneira de falar, das características do ambiente, das vestimentas, do toque, da distância entre as pessoas e dos gestos, postura e movimentos do corpo como um todo, como você acha que esses elementos podem ser utilizados de modo a favorecer o alcance dos objetivos do grupo? Comente a partir da filmagem. *Reflexão sobre o papel da comunicação na relação interpessoal – mais especificamente no cuidado em saúde – e autorreflexão – relação teoria e prática.*

Bloco e: Descrição da percepção do profissional sobre a aplicação do vídeo *feedback*

- Como você se sentiu durante o momento de auto-observação e autoavaliação por meio da filmagem? Por quê? *Identificação do impacto da autoavaliação.*
→ A que fatores você remete essa sensação?
- Você utilizaria a técnica de filmagem e autoavaliação na sua prática profissional? Por quê? *Identificação dos fatores positivos e negativos da aplicação do vídeo feedback.*

Anexo 9. Tabelas de alocação de dados para constatação de saturação teórica

Tabela 4 - Enunciados referentes à pré-categoria “Percepção dos mediadores de grupos educativos em relação à comunicação verbal e não verbal emitida durante a realização dos grupos” do Momento 1

Tipos de enunciados	Profissionais											Total de recorrências
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Afirmou ter se comunicado bem	X		x				x	x	x			5
Identificou que nada precisa ser melhorado	X											1
Identificou sua comunicação verbal	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11
Surpreendeu-se com algo que viu na sua comunicação	X		x		x			x	x	x		6
Não se surpreendeu com algo que viu na sua comunicação		X		x		x	x		x		x	6
Identificou falhas em sua comunicação		X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Identificou possíveis causas da presença de falhas		X		x	x	x	x	x	x	x		8
Apresentou sugestões para amenizar as falhas		X				x						2
Afirmou ser difícil fazer críticas sobre sua comunicação sem ter um conhecimento teórico prévio a respeito do assunto			X									1
Identificou sua comunicação não verbal						X	x	x		x	x	5
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevistado	4	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	..

X Novo tipo de enunciado; x Recorrência

*Para esta pré-categoria a saturação foi constatada como tendo ocorrido com o sexto profissional entrevistado.

Tabela 5 - Enunciados referentes à pré-categoria “Implicações da comunicação verbal e não verbal na mediação de grupos educativos segundo os mediadores – elementos que favorecem ou prejudicam o alcance dos objetivos do grupo” do Momento 1

Tipos de enunciados	Profissionais											Total de recorrências
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
O uso frequente de gestos favorece	X				x					x		3
O tamanho da sala adequado ao número de participantes favorece	X					x						2
A disposição das cadeiras em círculo/semicírculo favorece	X											1
A clarificação da mensagem favorece	X		x						x			3
O volume de voz alto favorece	X								x	x		3
Talvez o uso de gestos prejudique		X									x	2
A entonação de voz alta e forte favorece		X					x		x			3
A repetição (validação) da mensagem favorece		X										1
A postura de ficar em pé prejudica		X										1
A expressão da mensagem sem o uso de termos técnicos favorece			X				x		x			3
A oportunidade dada aos participantes se manifestarem durante uma discussão favorece			X									1
O conteúdo adequado aos interesses dos participantes favorece				X								1
A aproximação física entre mediador e participantes favorece				X			x			x		3
O uso frequente de gestos prejudica						X						1
A organização textual da mensagem favorece						X				x	x	3
O contato visual entre mediador e participantes favorece						X					x	2
O controle da expressividade facial favorece							X					1
O uso moderado de gestos favorece							X					1
A identificação do mediador no avental favorece							X					1
O ambiente acústico e reservado favorece								X		x		2
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevistado	5	4	2	2	0	3	3	1	0	0	0	..

X Novo tipo de enunciado; x Recorrência

*Para esta pré-categoria a saturação foi constatada como tendo ocorrido com o oitavo profissional entrevistado.

Tabela 6 - Enunciados referentes à pré-categoria “Percepção dos mediadores de grupos educativos sobre a aplicação do vídeo *feedback* como técnica de qualificação do processo comunicativo para Educação Permanente em Saúde” do Momento 1

Tipos de enunciados	Profissionais											Total de recorrências
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
A câmera não interferiu no comportamento usual do profissional	X				x				x			3
Talvez aplicasse a técnica para avaliar elementos referentes aos participantes do grupo	X											1
A técnica estimulou/estimula o aperfeiçoamento da comunicação na prática educativa em saúde	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11
Observar-se foi tranqüilo	X											1
A técnica é interessante	X			x	x		x		x	x		6
A câmera interferiu no comportamento usual do profissional apenas no início da mediação do grupo		X						x				2
Não soube responder sobre a aplicabilidade da técnica		X										1
A Educação Permanente sobre comunicação direcionou a autoavaliação		X			x							2
Observar-se permitiu uma reflexão sobre a maneira de se comunicar			X	x	x					x		4
A câmera interferiu no comportamento usual do profissional			X				x			x		3
A técnica é aplicável						X	x		x		x	4
O aperfeiçoamento profissional, a partir do vídeo <i>feedback</i> , auxilia no alcance do grau de satisfação dos participantes do grupo						X						1
Observar-se foi estranho							X			x		2
A técnica não é aplicável								X				1
Observar-se foi uma experiência agradável								X			x	2
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevistado	3	2	3	2	0	1	1	2	0	0	0	..

X Novo tipo de enunciado; x Recorrência

*Para esta pré-categoria a saturação foi constatada como tendo ocorrido com o oitavo profissional entrevistado.

Tabela 7 - Enunciados referentes à pré-categoria “Percepção dos mediadores de grupos educativos em relação à comunicação verbal e não verbal emitida durante a realização dos grupos” do Momento 2

Tipos de enunciados	Profissionais										Total de recorrências		
	1	2	5	3	4	9	10	6	8	11		7	
Afirmou ter se comunicado bem	X											x	2
Identificou sua comunicação verbal	X	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	10
Identificou sua comunicação não verbal	X	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	10
Percebeu melhoras em sua comunicação		X	x	x	x	x	x	x	x	x			9
Percebeu que sua forma de se comunicar influenciou na interação com os participantes do grupo			X				x						2
Identificou falhas em sua comunicação				X			x	x			x		4
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevistado	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	..

X Novo tipo de enunciado; x Recorrência

*Para esta pré-categoria a saturação foi constatada como tendo ocorrido com o quarto profissional entrevistado.

Tabela 8 - Enunciados referentes à pré-categoria “Implicações da comunicação verbal e não verbal na mediação de grupos educativos segundo os mediadores – elementos que favorecem ou prejudicam o alcance dos objetivos do grupo” do Momento 2

Tipos de enunciados	Profissionais											Total de recorrências
	1	2	5	3	4	9	10	6	8	11	7	
O uso frequente de gestos favorece	X		x	x							x	4
A clarificação da mensagem favorece	X			x		x						3
A oportunidade dada aos participantes se manifestarem durante uma discussão favorece	X	x										2
O uso do avental favorece	X										x	2
A valorização da mensagem transmitida pelos participantes favorece		X										1
A repetição (validação) da mensagem favorece		X										1
O controle de gestos adaptadores favorece					X							1
O toque terapêutico favorece					X							1
O uso de vestimentas e adereços relacionados ao tema abordado no encontro favorece						X						1
A organização textual da mensagem favorece							X	x				2
O ambiente reservado e climatizado favorece							X					1
O uso de gestos ilustradores favorece								X				1
A disposição das cadeiras em círculo/semicírculo favorece									X			1
O posicionamento do mediador perante o grupo - sentado no centro do semicírculo – favorece									X			1
Quando o número de participantes é pequeno, é mais fácil olhar firmemente para cada um deles e, assim, controlar o nível de atenção										X		1
A sincronia entre comunicação verbal e a linguagem do corpo favorece										X		1
A expressão da mensagem sem o uso de termos técnicos favorece											X	1
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevistado	4	2	0	0	2	1	2	1	2	2	1	..

X Novo tipo de enunciado; x Recorrência

*Para esta pré-categoria a saturação não foi constatada.

Tabela 9 - Enunciados referentes à pré-categoria “Percepção dos mediadores de grupos educativos sobre a aplicação do vídeo *feedback* como técnica de qualificação do processo comunicativo para Educação Permanente em Saúde” do Momento 2

Tipos de enunciados	Profissionais											Total de recorrências
	1	2	5	3	4	9	10	6	8	11	7	
A câmera não interferiu no comportamento usual do profissional	X	x	x		x	x	x		x			7
A técnica estimulou o aperfeiçoamento da comunicação na prática educativa em saúde	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11
Observar-se permitiu uma reflexão sobre a maneira de se comunicar	X		x					x				3
A técnica é interessante	X	x	x	x	x			x	x		x	8
A técnica não é aplicável	X								x	x		3
A técnica é aplicável	X	x	x	x	x	x	x				x	8
Observar-se foi tranqüilo	X	x										2
A técnica pode envolver a participação da equipe de saúde na etapa de qualificação do mediador	X											1
A Educação Permanente individual sobre comunicação estimulou a prática de uma comunicação consciente	X	x	x	x	x	x	x	x	x			8
A Educação Permanente sobre comunicação direcionou a autoavaliação			X	x				x	x			4
A câmera interferiu no comportamento usual do profissional apenas no início da mediação do grupo				X							x	2
Observar-se trouxe uma sensação de satisfação				X								1
A presença da câmera pode deixar de interferir no comportamento usual do profissional caso a filmagem se torne um hábito na prática educativa em saúde				X								1
Observar-se foi uma experiência agradável							X		x			2
O aperfeiçoamento profissional, a partir do vídeo <i>feedback</i> , auxilia no alcance do grau de satisfação dos participantes do grupo							X					1
Observar-se não foi uma experiência agradável										X		1
Observar-se foi estranho											X	1
Total de novos tipos de enunciados para cada entrevistado	5	4	1	3	0	0	2	0	0	1	1	..

X Novo tipo de enunciado; x Recorrência

*Para esta pré-categoria a saturação não foi constatada.

CURRÍCULOS LATTES

Currículo Lattes da autora

CURRÍCULO LATTES

English

Instituição

[Página pessoal](#) - [Formação](#) - [Atuação](#) - [Projetos](#) - [Produções](#) - [Eventos](#) -



Débora Aparecida Santiago

Endereço para acesso via DOI: <http://lattes.cnpq.br/019972540600013331>
Última atualização do currículo em 03/03/2024

Nutricionista graduada, em 2013, pelo Instituto de Biociências - UNESP. Atualmente é mestrandada pelo programa de Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública - USP, participando do grupo de pesquisa "Segurança alimentar e nutricional: formação e atuação profissional". Durante a graduação realizou estágio de iniciação científica no Departamento de Gestão e Tecnologia Agroindustrial, financiado pela FAPESP, no período de 2 anos. Em 2013, participou do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), financiado pelo Ministério da Saúde. Foi parte da Comissão Organizadora da Jornada de Nutrição da UNESP de Botucatu (JONUB) durante 3 anos, ocupando o cargo administrativo (2009/2010) e financeiro (2010/2012). Além disso, organizou o I e o II Simpósio de Nutrição no Envelhecimento na UNESP (2012 e 2013). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome
Débora Aparecida Santiago

Nome em citações bibliográficas
SANTIAGO, D. A.; SANTIAGO, DEBORA APARECIDA; SANTIAGO, DEBORA APARECIDA

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2014
Mestrado em andamento em Nutrição em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O vídeo feedback como técnica de qualificação do processo consensuativo para educação permanente de mediadores de grupos educativos. Orientador: Ana Maria Corvetti-Murakami.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.

2009 - 2013
Graduação em Nutrição.
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", UNESP, Brasil.

2006 - 2008
Curso Mestrado (2º grau).
Colégio EMBRADOR, Juazeiro Wanderley, CEARÁ, Brasil.

Formação Complementar


2013 - 2013
DAX: Matrícula supervisor para bolsistas. (Carga horária: 8h).
Instituto de Pesquisas Emílio e Gerardo em Saúde, IPSE, Brasil.

2014 - 2014
DAX: Atuação do nutricionista em academias. (Carga horária: 14h).
Instituto de Pesquisas, Emílio e Gerardo em Saúde, IPSE, Brasil.


2014 - 2014
DAX: Práticas em Serviços de Alimentação. (Carga horária: 12h).
Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, Brasil.

2009 - 2009

Currículo Lattes da orientadora

 Currículo Lattes

Dois de posse Ferretes Aluatião Projeto Produção Educação e Reprodutação de O & T Eventos Orientações Resumo >



Ana Maria Cervato-Mancuso

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/00004637840204>

Última atualização do currículo em 16/08/2016

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1983), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1995) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1999) realizando estágio de doutorado na Universidade de Barcelona (Espanha). Atualmente é professor doutor da Universidade de São Paulo. Tem experiência como nutricionista em Nutrição em Saúde Pública e no ensino superior na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: educação nutricional, formação profissional, segurança alimentar e nutricional, idosos, diabetes mellitus e comportamento. *(Texto informado pelo autor)*

Identificação

Nome

Ana Maria Cervato-Mancuso

Nome em citações bibliográficas

CERVATO, A. M.; CERVATO-MANCUSO, A.M.; CERVATO-MANCUSO, ANA MARIA; MANCUSO, ANA MARIA CERVATO; CERVATO-MANCUSO, ANA M.

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição,
Av. Arnsburgo, 715
Cepimaria Cosari
01246-908 - São Paulo, SP - Brasil
Telefones: (11) 3063.7795
Fax: (11) 3063.7736
URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/titulação

1995 - 1999

Doutorado em Saúde Pública (Concurso CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Intervenção nutricional educativa promovendo a saúde de adultos e idosos em Universidades Abertas à Terceira Idade. Ano de obtenção: 1999.
Orientador: Maria de Fátima Nunes Marzucchi.
Palavras-chaves: educação nutricional; promoção da saúde; terceira idade.
Grande Área: Ciências da Saúde

1991 - 1995

Mestrado em Saúde Pública (Concurso CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ano de Obtenção: 1995.
Orientador: Rosa Hilda Nazzari.
Bolsista do(a) Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
Palavras-chaves: epidemiologia; dieta habitual; fatores de risco.
Grande Área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição / Subárea: Dietética.

1987 - 1988

Especialização em Saúde Pública.
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.

1980 - 1983

Graduação em Nutrição.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Livre-docência