

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

CARLA ANDRÉA COSTA ALVES

**COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: percepções antes e após vídeo participativo baseado na Antropologia
visual e no protocolo SPIKES**

Recife

2023

CARLA ANDRÉA COSTA ALVES

**COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NOTÍCIAS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL: percepções antes e após vídeo participativo baseado na
Antropologia visual e no protocolo SPIKES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de concentração: Educação em Saúde.

LINHA DE PESQUISA: Educação e Saúde

ORIENTADORA: Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

COORIENTADORA: Profa. Dra. Silvia Wanick Sarinho

Recife

2023

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

A474c Alves, Carla Andréa Costa.
Comunicação de más notícias em unidade de terapia intensiva neonatal: percepções antes e após vídeo participativo baseado na antropologia visual e no protocolo spikes / Carla Andréa Costa Alves – 2023.
186 p.

Orientadora: Rosalie Barreto Belian
Coorientadora: Sílvia Wanick Sarinho
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2023.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Comunicação em saúde. 2. Educação médica. 3. Unidade de terapia intensiva neonatal. 4. Vídeo educativo. Belian, Rosalie Barreto (orientadora). II. Título.

613.0432 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2023 - 207)

CARLA ANDRÉA COSTA ALVES

**COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS NOTÍCIAS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL: percepções antes e após vídeo participativo baseado na
Antropologia visual e no protocolo SPIKES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de concentração: Educação em Saúde

APROVADA EM: 24 de Fevereiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo (Membro interno)

Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Profa. Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus (Membro interno)

Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes (Membro externo)

Universidade Federal de Alagoas- UFAL

Profa. Dra. Sonia Maria Soares Ferreira (Membro externo)

Centro Universitário Cesmac Alagoas

Prof. Dr. Alexandre Cesar Vieira de Sales (Membro externo)

Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Recife

2023

Aos meus amores Ana Maria, minha mãe e Ana Carina, minha irmã.

Gratidão pelo apoio e o amor de sempre.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus, pela fé e perseverança para sempre seguir em frente e entender a Sua vontade.

À minha filha Carol, por me agraciar com amor e esperança durante as 21 semanas que passamos juntas.

Às minhas Anas, mãe e irmã, por serem demonstrações do amor de Deus em minha vida.

À professora Dra Rosalie Barreto Belian, minha orientadora, pelo acolhimento e incentivo de sempre.

À professora Dra Silvia Wanick Sarinho, minha coorientadora, pela colaboração constante e pelo compartilhamento de seus vastos conhecimentos.

A todos os docentes e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPE, por terem contribuído direta ou indiretamente com minha formação.

Às professoras Dra Daniela Tavares Gontijo, Dra Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus, Dra Sonia Maria Soares Ferreira e aos professores Dr Jefferson de Souza Bernardes e Dr Alexandre Cesar Vieira de Sales, avaliadores do trabalho, pelas valiosas sugestões e contribuições para o enriquecimento do estudo.

À professora Dra Magaly Bushatsky por sua contribuição no projeto inicial desta pesquisa, assim como, na fase final e à professora Dra Estela Maria Leite Meirelles Monteiro por sua contribuição na banca de defesa desta tese.

Ao professor Luciano Bairros da Silva, pela força e valorosa contribuição prática na realização dos procedimentos metodológicos deste estudo.

À professora Ana Maria Cavalcante Melo, pela confiança e suporte para concretização desta pesquisa.

Aos colegas da 12ª turma de doutorado do Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, pela união e pelo apoio mútuo contínuo.

A todos os colegas da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em estudo, por fazerem parte da minha trajetória profissional de conquistas e lutas.

Aos participantes do estudo que aceitaram contribuir com suas percepções, opiniões, críticas, pensamentos e sentimentos relacionados ao tema pesquisado.

Aos neonatos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, que merecem todo o nosso esforço e dedicação em prol do acolhimento, da empatia, da sensibilização e da humanização no cuidado em saúde.

“Não há vida sem correção, sem retificação. Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre. Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda.”

Paulo Freire.

RESUMO

Introdução: A comunicação de más notícias faz parte da prática diária dos profissionais de saúde e precisa ser realizada com respeito, responsabilidade e sensibilidade. As dificuldades na formação, na ambiência e no processo de trabalho, as diferenças na individualidade, na capacidade em demonstrar emoções, na disponibilidade para a relação interpessoal e a carência de suporte emocional são fatores que interferem na comunicação. Por isso, é importante avaliar as percepções dos envolvidos nesse processo e utilizar metodologia de ensino-aprendizado com vídeo participativo para estimular a reflexão e a sensibilização dos profissionais de saúde para melhorar a comunicação de más notícias. **Objetivo:** Avaliar a percepção dos participantes da pesquisa sobre a comunicação de más notícias em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), antes e após a visualização de um vídeo participativo baseado na Antropologia visual e no Protocolo SPIKES. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, descritiva exploratória composta por três etapas. A primeira etapa do estudo foi realizada com um grupo focal de doze residentes de Pediatria e outro de seis mães de neonatos internos na UTIN. Na segunda etapa, as falas e imagens gravadas durante os grupos focais foram usadas para a produção do vídeo, baseado nas diretrizes do protocolo SPIKES, aplicadas sob a visão teórico-metodológica da Antropologia Visual. Na terceira etapa, houve a visualização e avaliação da percepção dos residentes de Pediatria sobre o vídeo, em que foi empregada a abordagem analítica de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os resultados encontrados na primeira etapa foram: ambiente inadequado para comunicação de más notícias, mães pouco percebidas por parte dos médicos, convite inadequado para as conversas, compartilhamento inadequado de informações, pouca empatia nas relações médico-familiares e poucas conversas com as mães para esclarecer dúvidas e traçar estratégias. Como resultado da terceira etapa, na percepção dos residentes, o vídeo contribuiu para a melhora no conhecimento teórico, o aumento do grau de responsabilidade, o estímulo à autocrítica e à empatia, o incentivo à sensibilização e reflexão sobre a realidade e a valorização da comunicação da verdade sem excluir a esperança das famílias. **Discussão:** Há deficiências no processo de comunicar más notícias na UTIN, devendo haver mais incentivo às capacitações profissionais em humanização e acolhimento dos familiares por meio de vídeo participativo que permita sensibilização e reflexão para comunicar más notícias em UTIN. **Conclusões:** O processo de comunicação interpessoal na UTIN é complexo; os profissionais de saúde e familiares dos neonatos precisam de mais atenção e cuidado; e o aprendizado em saúde perpassa o aspecto educacional e inclui o aspecto emocional e o vídeo participativo estimula a

reflexão nos participantes e pode ser usado como metodologia inovadora de sensibilização no ensino-aprendizado na comunicação de más notícias em saúde.

Palavras-chave: comunicação em saúde; educação médica; unidade de terapia intensiva neonatal; vídeo educativo.

ABSTRACT

Introduction: Breaking bad news is part of the daily practice of health professionals and needs to be done with respect, responsibility and sensitivity. Difficulties in training, in the environment and in the work process, differences in individuality, in the ability to show emotions, in availability for interpersonal relationships and the lack of emotional support are factors that interfere with communication. Therefore, it is important to assess the perceptions of those involved in this process and use a teaching-learning methodology with participatory video to encourage reflection and awareness among health professionals to improve the communication of bad news. **Objective:** To evaluate the perception of research participants about communicating bad news in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU), before and after viewing a participatory video based on Visual Anthropology and the SPIKES Protocol. **Methodology:** Qualitative, descriptive exploratory research consisting of three stages. The first stage of the study was carried out with a focus group of twelve Pediatrics residents and another of six mothers of newborns admitted to the NICU. In the second stage, the speeches and images recorded during the focus groups were used for the production of the video, based on the guidelines of the SPIKES protocol, applied under the theoretical-methodological vision of Visual Anthropology. In the third stage, there was the visualization and evaluation of the perception of Pediatrics residents about the video, in which Bardin's content analytical approach was used. **Results:** The results found in the first stage were: inadequate environment for communicating bad news, mothers were poorly perceived by physicians, inadequate invitations to conversations, inadequate information sharing, little empathy in doctor-family relationships and few conversations with mothers to clarify doubts and draw up strategies. As a result of the third stage, in the residents' perception, the video contributed to improving theoretical knowledge, increasing the degree of responsibility, stimulating self-criticism and empathy, encouraging awareness and reflection on reality and valuing communication of the truth without excluding the hope of families. **Discussion:** There are deficiencies in the process of communicating bad news in the NICU, and there should be more incentive for professional training in humanization and welcoming of family members through participatory video that allows awareness and reflection to communicate bad news in the NICU. **Conclusions:** The interpersonal communication process in the NICU is complex, health professionals and newborns' families need more attention and care, health learning permeates the educational aspect and includes the emotional aspect, and the participatory video stimulates reflection in

the participants and can be used as an innovative methodology for raising awareness in teaching-learning in communicating bad news in health.

Keywords: Health communication; Medical education; Neonatal intensive care unit; educational video.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama Procedimentos Metodológicos	43
Figura 2 - Diagrama primeira etapa da pesquisa- Momentos do GF1	46
Figura 3 - Diagrama primeira etapa da pesquisa- Momentos do GF2	48
Figura 4 - Diagrama segunda etapa da pesquisa - Momentos da produção do vídeo	49
Figura 5 - Diagrama terceira etapa da pesquisa - Avaliação do vídeo - Momentos do GF3	50
Figura 6 - Imagens da Dinâmica Almanaque	58
Figura 7 - Diagrama resultados da produção do vídeo	81
Figura 8 - Tela inicial do vídeo	82
Figura 9 - Telas introdutórias do vídeo	83
Figura 10 - Telas com deveres médicos e direitos dos pacientes e familiares	83
Figura 11 - Tela contendo as diretrizes do protocolo SPIKES	84
Figura 12 - Telas AMBIÊNCIA do protocolo SPIKES	85
Figura 13 - Telas PERCEPÇÃO do protocolo SPIKES	85
Figura 14 - Telas CONVITE do protocolo SPIKES	86
Figura 15 - Telas CONHECIMENTO do protocolo SPIKES	86
Figura 16 - Telas EMPATIA do protocolo SPIKES	86
Figura 17 - Telas ESTRATÉGIAS E RESUMO do protocolo SPIKES	87
Figura 18 - Telas Imagens dos Residentes e Mães	87
Figura 19 - Tela final do vídeo	88
Quadro 1 - Protocolos para o ensino aprendizado da comunicação de más notícias.	34
Quadro 2 - Base teórica em cada etapa da pesquisa	44
Quadro 3 - Etapas da análise de Bardin com exemplo do presente estudo	51
Quadro 4 - Caracterização dos doze Residentes Participantes GF1	53
Quadro 5 - Características gerais dos doze Residentes Participantes GF1	54
Quadro 6 - Caracterização das seis Mães Participantes GF2	55
Quadro 7 - Características gerais das seis Mães Participantes GF2	56
Quadro 8 - Resultados GF2 Dinâmica Almanaque: Figuras, Categorias e Unidades de registro	59
Quadro 9 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa por categoria (diretriz do protocolo SPIKES)	60

Quadro 10 - Resultados primeira etapa da pesquisa: Categorias e Unidades de registro GF1 e GF2	61
Quadro 11 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Ambiência	62
Quadro 12 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Percepção	65
Quadro 13 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Convite	67
Quadro 14 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Conhecimento	69
Quadro 15 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Empatia	72
Quadro 16 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Estratégia e Resumo	78
Quadro 17 - Resumo do diagnóstico para produção do vídeo	81
Quadro 18 - Percepção dos residentes sobre o vídeo.....	89

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	25
2.1	COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	25
2.2	COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	26
2.3	DIRETRIZES PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	29
2.4	FORMAÇÃO MÉDICA E ATUALIZAÇÃO PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	34
2.5	SENSIBILIZAÇÃO E REFLEXÃO PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	37
2.6	VÍDEOS PARA O ENSINO-APRENDIZADO EM COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	38
3	METODOLOGIA	43
3.1	COLETA DE INFORMAÇÕES NAS TRÊS ETAPAS DO ESTUDO	46
3.2	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES PRODUZIDAS	51
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	52
4	RESULTADOS	52
4.1	PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO	52
4.1.1	Percepções das mães sobre a comunicação de más notícias durante a Dinâmica Almanaque (estratégia para estimular as falas das mães durante o GF2)	57
4.1.2	Resultados Ambiência- por uma ambiência humanizada	62
4.1.3	Resultados Percepção- percepção do médico sobre o que a família sabe da doença de seu filho	65
4.1.4	Resultados Convite- aprender a convidar a família para conversar	67
4.1.5	Resultados Conhecimento- compartilhamento adequado das informações	68
4.1.6	Resultados Empatia- colocar-se no lugar da família	71
4.1.7	Resultados Estratégia e Resumo- resumo das informações e estratégias terapêuticas	77
4.2	SEGUNDA ETAPA: PRODUÇÃO DO VÍDEO	80
4.3	TERCEIRA ETAPA: AVALIAÇÃO DO VÍDEO	89
5	DISCUSSÃO	91
5.1	DINÂMICA ALMANAQUE	93
5.2	POR UMA AMBIÊNCIA HUMANIZADA	94

5.3	PERCEPÇÃO DO MÉDICO SOBRE O QUE A FAMÍLIA SABE DA DOENÇA DE SEU FILHO	95
5.4	APRENDER A CONVIDAR A FAMÍLIA PARA CONVERSAR	97
5.5	COMPARTILHAMENTO ADEQUADO DAS INFORMAÇÕES	98
5.6	COLOCAR-SE NO LUGAR DA FAMÍLIA	103
5.7	RESUMO DAS INFORMAÇÕES E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS	108
5.8	PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES SOBRE O VÍDEO APÓS SUA VISUALIZAÇÃO	111
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
	REFERÊNCIAS	123
	APÊNDICE A- Ficha de caracterização da mãe participante	135
	APÊNDICE B - Ficha de caracterização do residente de pediatria participante	136
	APÊNDICE C - Perguntas norteadoras para os residentes de pediatria antes da visualização do vídeo	137
	APÊNDICE D - Perguntas norteadoras para as mães participantes	138
	APÊNDICE E - Perguntas norteadoras para os residentes de pediatria após a visualização do vídeo	139
	APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para pacientes	140
	APÊNDICE G - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para médicos/as	143
	APÊNDICE H	146
	Artigo 1	146
	APÊNDICE I	156
	Artigo 2	156
	ANEXO A - Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) – versão final para pacientes instruções para entrevista com o paciente questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM)	167
	ANEXO B - Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) – versão para médicos/as instruções para o “questionário do médico” questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM)	169
	ANEXO C - Parecer do comitê de ética e pesquisa	171
	Parecer consubstanciado do CEP	171
	Dados do projeto de pesquisa	171

ANEXO D – Normas da revista do artigo 1	176
ANEXO E – Normas para revista artigo 2	181

1 INTRODUÇÃO

Comunicação é relação e não se reduz simplesmente ao ato de falar, é um conjunto de ações, incluindo comportamentos verbais e não verbais usados nas relações entre as pessoas (SILVA *et al.*, 2000; SILVA, 2012). Esses autores evidenciam tanto a comunicação verbal quanto a não verbal, sendo essa última caracterizada pelas manifestações de comportamento não expressas por palavras, como gestos, expressões faciais e corporais, a exemplo da postura, relação de distância entre os indivíduos e, ainda, organização dos objetos no espaço. As dimensões verbais e não verbais se complementam e, algumas vezes, permanecer ao lado de uma pessoa em silêncio pode substituir muitas palavras.

A partir da relação entre os sujeitos, há a produção de um vínculo, essencial para se efetivar a humanização, isto é, um processo de ligação afetiva e ética entre profissionais, usuários e gestores, que promove uma convivência de apoio e respeito mútuos, preconizados pela Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2013) e o HumanizaSUS (BRASIL, 2004).

O aprendizado social da comunicação é um processo contínuo, que deve ter sua importância reconhecida no ambiente de trabalho para permitir que os profissionais da saúde, pacientes e familiares compartilhem conhecimentos, medos, dúvidas, sofrimentos e expectativas em relação à doença e ao doente, fortalecendo, assim, a relação entre as pessoas e diminuindo a dor em momentos difíceis (SILVA, 2012).

O cuidado em saúde deve trabalhar a humanização nas relações, com práticas centradas no sujeito como um todo e não fragmentado (PINHO; SANTOS, 2007). Para Peduzzi (2001), a comunicação é a palavra-chave do trabalho em equipe na saúde para a construção de um projeto em prol dos usuários.

De acordo com o Código de Ética Médica, que diz respeito à relação dos médicos com pacientes e familiares, é direito do paciente receber informações claras e verdadeiras sobre sua doença e é dever do médico comunicar de maneira compreensível o diagnóstico, prognóstico e tratamento ao paciente ou familiar (CFM, 2010).

Há várias competências definidas para egressos na Medicina e exigidas principalmente dos profissionais graduados, como ser acessível, confiável, relacionar-se bem com as pessoas, com respeito às diferenças sociais, e tentar atenuar conflitos interpessoais (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

Competência em comunicação interpessoal pode ser definida como a habilidade de relacionar-se eficazmente com outras pessoas. Não existe regra e nem modelo únicos para

uma comunicação adequada na área da saúde. A eficácia do processo de comunicação depende da flexibilidade para adequar a técnica profissional a cada circunstância, dependendo dos contextos cultural, social, educacional e familiar (SILVA, 2012; PEREIRA, 2010).

A vida é composta por notícias boas e difíceis. O ato de comunicar más notícias em saúde inclui desde um diagnóstico de uma doença terminal, doenças que interfiram em sua qualidade de vida, até a notícia da morte (VOGEL *et al.*, 2019).

Má notícia, ou notícia difícil, representa “qualquer informação que produza alteração nas perspectivas sobre o presente e o futuro de uma pessoa” (BUCKMAN, 1984, p. 1597). Para uma adequada comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), é essencial que o profissional de saúde reconheça a importância desse ato e tenha preparo técnico e sensibilidade.

A prematuridade, uma das principais causas de morte e sequelas nos neonatos no Brasil, tem preocupado os diferentes profissionais da área de saúde. A internação do neonato em uma UTIN e a separação da díade mãe-filho impacta negativamente nos sentimentos vivenciados pelas mães, as quais reagem com medo, culpa, raiva, tristeza e frustração. Os profissionais da UTIN precisam priorizar a vida, o cuidado e o atendimento às necessidades básicas de forma empática e acolhedora, sendo importante a capacitação para a equipe profissional aprender a interpretar e atender também às necessidades afetivas dessa díade e dos familiares (CAMARGO *et al.*, 2004).

A comunicação de más notícias tem sua importância já consolidada na formação médica, reconhecida nacional e internacionalmente, e representa um desafio a ser enfrentado por todos os profissionais de saúde (ARAÚJO; LEITÃO, 2012; NONINO; MAGALHÃES; FALCÃO, 2012; HORNBLow; KIDSON; IRONSIDE, 1988; ADEBAYO *et al.*, 2013; BHADRA *et al.*, 2015; BUSHATSKY, 2010; WOUDA; VAN DE WIEL, 2012; REED *et al.*, 2015; PEREIRA, 2010; CAMPOS, 2015).

Em geral, durante o processo de aprendizagem nas áreas de saúde, foca-se na cura como um desfecho a ser alcançado, e a impossibilidade de cura ou a morte são encarados como insucessos no tratamento ou falhas a serem evitadas, o que dificulta a comunicação de más notícias e gera distanciamentos por parte dos profissionais de saúde (PEREIRA, 2010).

No cenário mundial, a preparação nos cursos de Medicina para a competência de comunicação de más notícias em saúde reporta complexidade e solicita uma maior atenção ao tema no contexto educacional. Diversos estudos detectaram impasses na preparação para comunicação de más notícias em vários países, incluindo Paquistão, Irã, Austrália, Índia e

Malásia (ABBAS *et al.*, 2004; TAVAKOL *et al.*, 2005; BROWN *et al.*, 2009, SUPE, 2011; CHAN, 2012).

No Brasil, pesquisas revelam que estudantes e profissionais de saúde também apresentam dificuldades na comunicação de más notícias, considerando a finitude da vida (BUSHATSKY, 2010). No Nordeste do Brasil, alguns autores encontraram abordagem superficial da comunicação de más notícias no curso médico (CAVALCANTE; VASCONCELOS; GROSSEMAN, 2017). Assim também, no Nordeste brasileiro, foram relatadas deficiências no preparo adequado para comunicar notícias difíceis pela equipe multiprofissional de saúde, pelos residentes de Medicina e pelos familiares dos pacientes (CAMPOS, 2015; SANTOS, 2016; CAMPOS; SILVA; FERREIRA, 2017).

A residência médica tem o papel de formar o médico após a conclusão da graduação, porém é necessário repensar os métodos aplicados a essa modalidade de pós-graduação para maior eficiência no aprendizado do conhecimento técnico e de habilidades, sem esquecer a humanização. Esses profissionais da residência médica, apesar de graduados, continuam em formação e necessitam de maior atenção para um aprendizado mais humanizado (RENA, 2012).

De acordo com a Comissão Nacional de Residência Médica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2003), a área afetiva também está inserida na capacitação obrigatória da residência de Pediatria em UTIN com os seguintes critérios: reconhecer a importância de assistir globalmente o neonato e sua família; sensibilizar a família da importância e manutenção do aleitamento materno; sensibilizar-se ante à separação mãe-filho nas internações; reconhecer os aspectos bioéticos que envolvem o paciente de extremo baixo peso, a presença de doença grave e/ou de anomalia congênita e a morte no período perinatal; reconhecer a importância do trabalho em equipe e multiprofissional; e adquirir e/ou desenvolver o espírito científico e buscar atualização.

Devido à complexidade das necessidades afetivas, além das técnicas, e devido a todas as dificuldades práticas diárias dos estudantes, residentes e profissionais de saúde, se faz necessário estimular a habilidade da comunicação de más notícias por meio de treinamentos e inclusive de oficinas a fim de aumentar o interesse pelo aprendizado na área (DIAS *et al.*, 2018). Oliveira *et al.* (2018), por sua vez, reforçam a importância do uso de metodologias ativas para o ensino de habilidades comunicacionais.

O treinamento para comunicar más notícias é essencial para que os profissionais de saúde desenvolvam um trabalho adequado nessa área, uma vez que o ato de comunicar uma má notícia pode resultar em um elo de empatia entre médico e paciente ou familiar de

paciente; ao mesmo tempo, uma inadequada comunicação pode trazer prejuízos irreparáveis na relação médico-paciente ou médico-familiar (PEREIRA, 2010).

Com o objetivo de ajudar no processo de aprendizagem dos profissionais de saúde para comunicar as más notícias, têm sido sugeridos alguns protocolos (BAILE *et al.*, 2000; VANDEKIEFT; 2001; NARAYANAN; BISTA; KOSHY, 2010; PEREIRA, 2010). Um dos protocolos mais didáticos e conhecidos em todo o mundo no auxílio aos profissionais de saúde é o SPIKES (BAILE *et al.*, 2000; BUCKMAN, 2005), e suas diretrizes permitem a realização de capacitações profissionais nessa área.

No entanto, pode ser necessário mais do que o aprendizado teórico de um protocolo para modificar a realidade na prática. O principal aspecto negativo é que as diretrizes e os protocolos não consideram os impactos das notícias nos indivíduos, que dependem de variados aspectos e particularidades. Além disso, embora as diversas diretrizes ofereçam sugestões práticas, elas abordam superficialmente os aspectos emocionais do problema (FIESCHI; BURLON; MARINIS, 2015).

A comunicação adequada é dialógica, e sem o diálogo não há uma verdadeira educação (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008). A educação dialógica se fundamenta na comunicação entre os homens, mediatizados pelo mundo, voltada para a transformação e humanização da realidade (FREIRE, 2005). Por isso, não se justifica compreender a comunicação em saúde somente por meio da transmissão de conhecimento do emissor para o receptor.

Faz-se essencial a sensibilização e a reflexão junto a um processo de ensino-aprendizado participativo, dialógico e empático para melhorar a comunicação de más notícias. Todo conhecimento que se transmite ao outro não representa somente informação, mas principalmente mobiliza sentimento nos participantes envolvidos no processo comunicacional, especialmente quando se fala de saúde e doença ou de vida e morte (JÚNIOR; CURY, 2007).

Durante a formação médica, o tema da comunicação de más notícias necessita de aprofundamento teórico para facilitar o aprendizado prático. Muitas vezes, ocorre a transmissão de informações na área da comunicação de más notícias sob a forma da metodologia tradicional de ensino, que não é valorizada e nem assimilada adequadamente, o que prejudica o desenvolvimento prático nesse campo e influi negativamente nas relações entre médico e paciente ou médico e familiar de paciente (CAVALCANTE; VASCONCELOS; GROSSEMAN, 2017).

Além disso, poucos cursos de Medicina apresentam efetivamente, no currículo vigente, a preparação para comunicação de más notícias, indicando que os estudantes de Medicina, muitas vezes, desenvolvem habilidades a partir das suas próprias experiências pessoais (CAVALCANTE; VASCONCELOS; GROSSEMAN, 2017).

A utilização de vídeos possibilita menor custo e rápida aprendizagem teórica, permite autocrítica e reflexão, e por meio da emoção e da empatia, alcança a sensibilização dos profissionais de saúde, o que favorece a formação e o processo de educação continuada dos profissionais de saúde (SATLER; MARTINS, 2014).

A metodologia de ensino e aprendizado para comunicação de más notícias utilizando vídeos acresce à metodologia tradicional por abrir espaço à escuta de vozes que desejam ser ouvidas e por permitir divulgação de faces e expressões que pretendem ser vistas (FIESCHI; BURLON; MARINIS, 2015).

Há metodologias que utilizam vídeo paricipativo, que é um recurso audiovisual em que os personagens são os participantes da pesquisa com seus problemas, sentimentos, dúvidas, medos e valores reais. Ações educativas com vídeos participativos, ou seja, que contam com a atuação das pessoas que vivenciam os problemas diários, merecem destaque por estimular, de maneira mais contundente, a sensibilização, a reflexão e o envolvimento de um determinado grupo a resolver os seus problemas coletivamente (SILVA, SALVADOR, 2020).

O vídeo participativo tem sido utilizado em pesquisa científica como metodologia antropológica-visual para estimular a reflexão sobre o processo de formação da identidade de grupos indígenas minoritários no contexto local-global (ZOETTL, 2011). Além disso, tem propiciado aos participantes da pesquisa a visualização das suas próprias imagens, facilitando a identificação dos problemas e a reflexão sobre as causas e possíveis soluções, contribuindo para o fortalecimento cultural de uma população (BAEZ, 2020).

Esses aspectos são congruentes com a proposta da perspectiva teórico-metodológica da Antropologia visual (VAILATI; GODIO; RIAL, 2016; LANDA, 2017), a qual estimula o diálogo, e a partir de experiências prévias, tem potencial de promover a reflexão nos participantes sobre suas vivências. Dessa maneira, os princípios da Antropologia visual fundamentam a etapa metodológica da produção do vídeo em nossa pesquisa.

A nossa pesquisa articula os fundamentos teóricos do framework do protocolo SPIKES com as propostas da Antropologia visual e dialoga na prática com o aprendizado do profissional a partir da apresentação de um conteúdo envolvido no contexto cultural e

educacional do seu cotidiano e vinculado à sua atuação no espaço profissional (KAPLAN, 2010).

Assim, este estudo tem, como objetivo geral, avaliar a percepção de residentes de Pediatria acerca das contribuições de um vídeo participativo na sua sensibilização e reflexão sobre a comunicação de más notícias. Este vídeo, em que os atores são os próprios participantes da pesquisa, foi desenvolvido para aproximar os sujeitos da sua realidade, envolver teoria e prática, facilitar a aprendizagem do conhecimento teórico e estimular a sensibilização dos participantes e sua reflexão.

Diante da importância e da necessidade na prática diária da comunicação de más notícias em saúde, justifica-se realizar este estudo para avaliar a percepção dos participantes sobre a comunicação de más notícias em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), além da produção de um vídeo contendo depoimentos reais de residentes de Pediatria e mães de neonatos internos na UTIN para sensibilizar e possibilitar a reflexão de práticas profissionais, com facilidade de aprendizado e baixo custo.

É importante também avaliar a percepção dos residentes de Pediatria acerca das contribuições desse vídeo para a sua sensibilização e reflexão sobre a comunicação de más notícias, elemento importante na humanização da UTIN, com o objetivo de redução do sofrimento de todos os envolvidos.

Assim como responder à pergunta de pesquisa: Como os participantes da pesquisa percebem a comunicação de más notícias em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Universitário (HU) de uma Universidade Federal do Nordeste brasileiro, antes e após a visualização de um vídeo participativo baseado na Antropologia visual e no Protocolo SPIKES?

Com isso, busca-se alcançar o objetivo geral de avaliar as percepções dos participantes da pesquisa sobre a comunicação de más notícias em UTIN, antes e após a visualização de um vídeo participativo baseado na Antropologia visual e no protocolo SPIKES. Além disso, busca-se também alcançar os objetivos específicos, o de compreender a percepção dos participantes sobre comunicação de más notícias na UTIN, elaborar um vídeo direcionado aos residentes de Pediatria e aplicar e avaliar o vídeo participativo no que se refere ao seu potencial de sensibilização e reflexão, na perspectiva dos residentes de Pediatria.

O nosso estudo, por meio do estímulo ao conhecimento reflexivo, compartilhado e transformador, reflete a relevância da comunicação de más notícias na formação e na qualificação dos profissionais de saúde e se relaciona com a linha de pesquisa em estudo “Educação em Saúde”, e com a área de concentração da pesquisa “Educação e Saúde”.

Assim, o nosso estudo também mantém conexão com a estratégia dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS): Educação de qualidade para assegurar educação inclusiva, equitativa e de qualidade e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos. Dessa forma, o nosso estudo estimula o desenvolvimento de uma ferramenta participativa, reflexiva, inovadora e inclusiva, voltada para o bem-estar da equipe profissional e dos usuários da saúde e para a efetivação da humanização nas Unidades de Terapias Intensivas Neonatais, oportunizando ensino de qualidade e aprendizagem continuada em saúde.

A sensibilização e a reflexão foram elementos propulsores importantes na escolha desse tema para minha tese. A humanização na saúde e o acolhimento aos pacientes e familiares sempre foram uma preocupação constante em meu cotidiano de médica pediatra lotada na UTIN de um Hospital Universitário de uma Universidade Federal do Nordeste brasileiro. Escolhi a Medicina pediátrica com o objetivo maior de cuidar das crianças, sem esquecer o cuidado com as mães, os pais e os familiares.

Durante minha graduação e residência médica, recebi formação deficiente na área de comunicação de más notícias, restando para mim aprender observando na prática da rotina diária em UTIN. Entretanto, a observação constante de ações inadequadas na área dessa comunicação e a dor pela qual as famílias passam ao receberem as más notícias me estimularam a pesquisar sobre protocolos nessa área.

Também tive um passado obstétrico triste, com três perdas gestacionais espontâneas. Durante essas perdas sofri na pele a escassez de sensibilidade, de empatia e a frieza em algumas falas e atitudes de colegas médicos ao me comunicarem as notícias difíceis, como exemplos: “Esse aí não vinga” e “Desista. Ser mãe não é pra você”. Então, tanto as motivações profissionais, quanto as pessoais, me sensibilizaram e me levaram a refletir sobre a comunicação de más notícias em UTIN.

No início, a minha intenção era achar um protocolo que fosse fixado nas paredes da UTIN e fosse capaz de melhorar, na prática, a comunicação. No entanto, ao aprofundar o meu estudo, percebi a complexidade do tema. Entendi que precisava escutar as pessoas envolvidas no processo comunicacional e realizar o diagnóstico da comunicação de más notícias na UTIN, e a partir daí, conseguir a melhor estratégia para obter maiores chances de transformação das atitudes médicas.

Assim, foi montado o meu projeto de mestrado profissionalizante, minha dissertação, intitulada de “ENTRE PÁSSAROS E FLORES: desafios de equipes multiprofissionais de saúde e familiares de recém-nascidos na produção da comunicação de notícias em Unidade de

Terapia Intensiva Neonatal” abriu espaço para a escuta das famílias (mães e avós de recém-nascidos internos na UTIN) e dos profissionais da equipe multiprofissional da UTIN. Esse estudo demonstrou vários problemas relacionados à ambiência, referentes também ao processo de trabalho e às relações interpessoais.

Minha dissertação foi nomeada dessa forma para manter o sigilo e o anonimato dos participantes e possibilitar certa leveza a um tema difícil e pesado como este. Por isso, foi realizada a troca dos nomes das mães por pássaros e dos nomes dos profissionais por flores.

Em continuação a esse estudo, surgiu a ideia de montar uma estratégia tecnológica e participativa para auxiliar a equipe médica no aprendizado da comunicação de más notícias e, assim, foi montado o projeto para o doutorado, sempre com o objetivo de melhorar a comunicação e, conseqüentemente, oferecer momentos menos sofridos e mais humanizados aos envolvidos nesse processo.

Esta tese tem, em sua estrutura, a introdução dentro do primeiro capítulo, em que está apresentado o problema da pesquisa, a pergunta condutora, os objetivos gerais e específicos e a justificativa para sua realização. No segundo capítulo, está apresentada a revisão de literatura, contendo os seguintes subtítulos: (1) Comunicação em saúde; (2) Comunicação de más notícias em UTIN; (3) Diretrizes para a comunicação de más notícias; (4) Formação e atualização para a comunicação de más notícias; (5) Sensibilização e Reflexão para a comunicação de más notícias; e (6) Vídeos para o ensino-aprendizagem em comunicação de más notícias.

Na seção de Metodologia, estão descritos a coleta de informação nas três etapas do projeto, a análise das informações produzidas, os aspectos éticos e os problemas metodológicos. A seguir, estão abordados os resultados nas três etapas conforme a realização do projeto.

Em sequência, está posta a discussão do estudo. Em primeiro lugar, a discussão sobre a Dinâmica Almanaque; em seguida, a discussão sobre a percepção da comunicação de más notícias para os participantes a partir das seis categorias do SPIKES: (1) Por uma ambiência humanizada; (2) Percepção do médico sobre o que a família sabe da doença do seu filho; (3) Aprender a convidar a família para conversar; (4) Compartilhamento adequado das informações; (5) Colocar-se no lugar da família; e (6) Resumo das informações e estratégias terapêuticas. A seguir, inicia-se a discussão acerca da Percepção dos residentes sobre o vídeo após sua visualização. Por fim, serão abordadas as Considerações finais, as Referências, os Apêndices, os Anexos e os do estudo. Espero que apreciem a leitura.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Comunicar notícias faz parte da prática diária dos profissionais de saúde e precisa ser realizada com respeito, cuidado, responsabilidade e sensibilidade. Há diferentes formas e conteúdos para se comunicar e sempre existirão os participantes e sua relação interpessoal. A maneira de comunicar notícias varia de acordo com a idade, o gênero e o contexto social, cultural, educacional, familiar, e a eficácia desse processo depende da melhor adequação para cada situação (SILVA, 2012).

A comunicação está embasada nas pessoas que se comunicam. Desse modo, Duarte, de Sena e Xavier (2009) valorizam a integralidade da equipe multidisciplinar de saúde, que deve estar consciente, sensibilizada e preparada e se sentir responsável para desempenhar, da melhor maneira possível, a comunicação entre todos os envolvidos.

Para Peduzzi (2001), por meio da comunicação, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação mútua na busca de consensos, sem prejuízo para os projetos técnicos. A valorização profissional na UTIN se dá por meio da competência técnica, sendo importante qualificar-se e se manter atualizado em uma área tão especializada, mas também é de suma importância a preparação dos profissionais para a humanização da Medicina Intensiva. O profissional, portanto, deve estar disponível para essa capacitação, pois ele pode viver experiências eventualmente dolorosas e sofridas (KOVÁCS, 2005).

Fraga *et al.* (2009) enfatizam que o bem-estar das pessoas depende da comunicação durante o desenvolvimento da relação interpessoal na hospitalização. Smith *et al.* (1994) referem que os pais e familiares reconhecem o valor informativo e emocional dos grupos de apoio ao experimentarem significativa redução do estresse e do isolamento social, aumento da interação com o filho, com melhora da habilidade no cuidado e melhora da interação afetiva e do crescimento interpessoal entre familiares e equipe, com resultados positivos no desenvolvimento infantil.

Os pilares básicos para a otimização do trabalho dentro de uma UTIN são: o desejo de construir a comunicação interpessoal adequada, a organização baseada na integralidade da assistência, o respeito à interdisciplinaridade, o acolhimento, o aporte de material e o engajamento de pessoal, além do suporte dos grupos de apoio. Além disso, há qualidades essenciais para geração e manutenção de um conforto emocional e para um bom

relacionamento interpessoal na UTIN: empatia, bom humor, interesse, compreensão e vontade de ajudar o outro (VICTORINO *et al.*, 2007).

No entanto, Leite e Vila (2005) relatam frequentes processos vivenciados pelas equipes de saúde em UTI, como: o estresse de lidar com a morte e com as famílias e a escassez de recursos materiais, humanos, de união e de comprometimento de alguns membros da equipe, ocasionando sensações de fracasso, cansaço e desânimo.

Por causa das várias adversidades enfrentadas pelos profissionais da saúde, faz-se necessário promover momentos para reflexão e discussão acerca dos aspectos técnicos, científicos e éticos em relação ao cuidado, tanto dos pacientes críticos quanto de seus familiares, tendo em vista a melhoria da qualidade do atendimento e do relacionamento interpessoal (LEITE; VILA, 2005).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) e do HumanizaSUS (BRASIL, 2004), reforça a importância do acolhimento dentro das UTINs. O acolhimento é a ferramenta-chave da PNH para efetivar a humanização porque valoriza o vínculo, aceita as diferenças entre os envolvidos e favorece a inclusão social, a educação continuada, o apoio dos gestores e o cuidado com o tripé da PNH da saúde: usuários, profissionais e gestores.

A comunicação é uma competência médica, definida pelas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina, que envolve expressões verbais e não verbais e que deve ser exercida por meio de linguagem simples e descomplicada que facilite o processo terapêutico e comunicacional (BRASIL, 2001; 2014). Segundo Afonso e Minayo (2013), a comunicação entre médico, paciente e seus familiares influi no planejamento terapêutico, assim como no bem-estar das pessoas, e essa troca de informações é essencial para uma boa relação médico-paciente ou médico-familiar.

Além do aspecto humanístico, a comunicação médico-paciente possui um caráter ético. De acordo com o artigo n. 34 do capítulo V do Código de Ética Médica (CFM, 2010), “É vedado ao profissional: deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, o que exige do profissional médico a competência em comunicar as notícias aos pacientes ou seus familiares”. Segundo Pereira, Fortes e Mendes (2013), a comunicação de más notícias é uma das tarefas mais difíceis da Medicina.

2.2 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Buckman (1984, p. 1597) definiu má notícia como “qualquer informação que produza alteração nas perspectivas sobre o presente e o futuro” de uma pessoa e sugeriu que a comunicação de notícias difíceis aos pacientes é uma habilidade que pode ser ensinada e compreendida por todos como parte vital do trabalho de cuidar dos doentes, e “não um dom divino”. Atualmente, Araujo e Leitão (2012) também reconhecem essa comunicação como uma habilidade específica que pode ser estudada e melhorada.

Durante muito tempo, houve uma convicção generalizada entre os médicos de que a revelação de más notícias destruiria a esperança dos pacientes e dos seus familiares. Esse pensamento incentivou uma prática de ocultação da verdade (REISER, 1980). Araujo e Leitão (2012) comparam a verdade a um remédio: há dose, via e hora para ser administrada e apontam as “más notícias” em saúde como situações que ameaçam a vida e o bem-estar pessoal, familiar e social devido às repercussões físicas, sociais e emocionais que podem provocar.

A morte é o desfecho mais difícil a ser comunicado pelos médicos e o despreparo para fazê-lo leva à angústia ligada à sensação de fraqueza médica, reforçando, dessa forma, a necessidade de uma boa relação médico-familiar para a comunicação de morte (MONTEIRO *et al.*, 2015).

Há comportamentos individuais e psicossociais que não podem ser alterados e nem previstos pelo médico. No entanto, ele deve entender que membros da mesma família podem ter reações diferentes em relação à mesma notícia, assim como pode haver divergências na opinião do profissional e do familiar com relação à notícia abordada. Dessa forma, o profissional deve buscar entender o contexto de cada família para uma comunicação mais eficaz e uma melhor formação de vínculo na relação (MONTEIRO; QUINTANA, 2016).

A relação médico-paciente ou relação médico-familiar constituem-se de grande complexidade, uma vez que envolvem relações humanas, não somente relações entre emissão e recepção de informações, mas implica satisfação no encontro e no desenvolvimento de confiança entre os envolvidos e na adesão ao tratamento (KIYOHARA *et al.*, 2001). Foca-se no cuidado da pessoa doente e não da doença e na empatia entre as pessoas (COSTA; AZEVEDO, 2010).

Os resultados do levantamento bibliográfico de Caleffi *et al.* (2016) incentivaram os treinamentos para melhorar a qualidade na comunicação de más notícias, o que pode acarretar uma repercussão positiva para pacientes com câncer. Segundo Araujo e Leitão (2012), os profissionais de saúde atribuem um alto grau de relevância para a comunicação em cuidados paliativos, entretanto, possuem escasso conhecimento de estratégias de comunicação, sendo

necessária a capacitação dos profissionais no que tange à comunicação em cuidados paliativos. O acolhimento, o treinamento e a disposição afetiva dos profissionais envolvidos na comunicação de más notícias são essenciais para reduzir a alta carga emocional e o alto grau de ansiedade gerados nos pacientes ao receberem uma notícia ruim (OLIVEIRA-CARDOSO *et al.*, 2018).

A comunicação dessas notícias em UTIN, realizada de forma adequada, com empatia, é essencial para desenvolver uma boa relação médico-familiar e promover o vínculo necessário para a humanização do serviço de saúde. O objetivo maior do preparo para uma comunicação adequada é melhorar a relação entre profissionais, pacientes e familiares, tornando, assim, as relações interpessoais e de trabalho mais satisfatórias e as internações menos traumáticas, tanto para a equipe multiprofissional, quanto para as famílias dos neonatos, especialmente quando se trata de comunicação de más notícias em UTIN (CAMPOS; SILVA; FERREIRA, 2017).

Há estudos que analisam a percepção das famílias de recém-nascidos sobre a comunicação de más notícias em UTIN e, de acordo com Pinheiro *et al.* (2009), a equipe profissional precisa adotar estratégias práticas para atender as necessidades de informação e suporte social dos familiares. Marçola *et al.* (2020) avaliaram a percepção dos pais relacionada às formas de comunicar más notícias na UTIN. Nessa pesquisa, os pais verificaram diferenças entre as diversas formas dos profissionais de saúde de comunicá-las, reforçando a importância de melhorar o treinamento e uniformizar estratégias.

O treinamento pode ser adquirido como ensino formal ou por meio de observação de outros profissionais de saúde atuando no cotidiano de uma UTIN. Entretanto, aprender observando a rotina de uma UTIN pode não contribuir positivamente no treinamento, uma vez que vários fatores podem interferir na forma de se comunicar as más notícias, como o processo de trabalho, suas carências e a individualidade na personalidade de cada profissional (PEREIRA, 2010; CAMPOS, 2015).

A dissertação “ENTRE PÁSSAROS E FLORES: desafios de equipes multiprofissionais de saúde e familiares de recém-nascidos na produção da comunicação de notícias em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” identificou conformidade na percepção da equipe multiprofissional de saúde e dos familiares dos recém-nascidos internos na UTIN do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas sobre o déficit no preparo dos profissionais para comunicar notícias aos familiares dos pacientes, especialmente as más, prejudicando as relações e facilitando conflitos e sofrimentos entre os envolvidos (CAMPOS, 2015).

Há contínua superlotação dos leitos hospitalares de UTIN, que, por sua vez, sobrecarrega a equipe multiprofissional e os serviços terciários de saúde (CAMPOS, 2015). Nessa pesquisa, observou-se também sobrecarga de trabalho das equipes na UTIN, uma vez que alguns profissionais, como os médicos, não eram exclusivos desse setor.

O trabalho diário da UTIN estudada geralmente contava com três médicos/pediatras por plantão de 12 horas, algumas vezes somente dois, para todos os atendimentos e as intercorrências emergenciais dos recém-nascidos, não exclusivamente na UTIN, mas também na sala de parto normal, cesáreas, UCIN, enfermaria, setor Unidade Canguru e alojamento conjunto do hospital. Isso certamente sobrecarrega os profissionais desse serviço de saúde e dificulta a comunicação com os familiares dos recém-nascidos (CAMPOS; SILVA; FERREIRA, 2017).

De acordo com o nosso estudo (CAMPOS, 2015) e a pesquisa de Santos (2016), é de suma importância o treinamento para comunicação de más notícias em saúde, assim como também em UTIN e para reforçar o aprendizado do conhecimento teórico acerca dos protocolos, para melhorar a segurança dos profissionais no momento de praticar a comunicação, intensificar o vínculo entre equipe de saúde e familiares de pacientes e reduzir a dor dos envolvidos no processo comunicacional.

2.3 DIRETRIZES PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

No processo de ensino-aprendizagem de comunicação de notícias difíceis, alguns protocolos têm sido utilizados. Entre os protocolos já publicados, está o de Vandekieft (2001), que utilizou o modelo ABCDE: **A**dvançe preparation (elaborar preparação), **B**uild a therapeutic environment/relationship (construir uma relação terapêutica), **C**ommunicate well (comunicar bem), **D**eal with patient and family reactions (negociar com pacientes), **E**ncourage and validate emotions (encorajar emoções) para auxílio na preparação de comunicação de más notícias.

Narayanan, Bista e Koshy (2010) identificaram o protocolo BREAKS, composto de seis passos: **B**ackground (ambiente), **R**apport (empatia), **E**xplore (investigação), **A**nnounce (anúncio), **K**indle (estímulo), **S**ummarize (resumo), que funcionou satisfatoriamente como estratégia de ensino de habilidades aos estudantes na comunicação de más notícias. Pereira (2010) descreveu outro protocolo bem avaliado por profissionais de saúde, o protocolo PACIENTE (**P**reparar-se, **A**valiar o quanto o paciente sabe, **C**onvite à verdade, **I**nformar,

Emoções, Não abandonar o paciente, Traçar, Estratégia), como auxiliar no processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias.

O Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein organizou o protocolo CLASS, uma metodologia para comunicar notícias difíceis, constituída por cinco passos: (1) o primeiro considera o contexto físico, ou seja, prioriza o ambiente adequado para a conversa; (2) o segundo passo visa à habilidade de escuta, isto é, a disponibilidade para escuta do paciente; (3) o terceiro reconhece as emoções e a empatia; (4) o quarto planeja estratégias claras para a proposta terapêutica e, por fim, realiza um resumo da conversa para esclarecer as dúvidas (CALSAVARA *et al.*, 2019).

Baile, Buckman e colaboradores (2000) propuseram um protocolo com seis passos estratégicos com o objetivo de orientar o profissional da saúde no momento da comunicação, denominando-o protocolo SPIKES, no qual cada letra do nome do protocolo representa um passo a ser seguido no aprendizado de comunicar más notícias (BAILE *et al.*, 2000; BUCKMAN, 2005):

- a) **Setting** - preparação do ambiente, como, o que e quem deve estar presente, ou seja, o início propriamente dito, incluindo atitudes cordiais;
- b) **Perception** - percepção do quanto o paciente ou familiar sabe sobre a doença;
- c) **Invitation** - convite para descobrir o quanto o paciente ou familiar quer saber;
- d) **Knowledge** - compartilhamento de conhecimento sobre a situação, dividir, compartilhar as informações;
- e) **Empathy** - empatia para responder aos sentimentos do paciente ou familiar;
- f) **Strategy and summary** – resumo e estratégia para combinar o planejamento para o paciente.

O protocolo SPIKES foi escolhido para ser utilizado em nossa pesquisa por ser um dos mais didáticos e mais utilizados no mundo para auxiliar os profissionais de saúde no processo de comunicar más notícias. Suas diretrizes são de grande relevância na elaboração das intervenções educativas para preparação e qualificação da equipe de saúde (LINO *et al.*, 2011; EMADI-KOOCHAK *et al.*, 2016). Silva (2016) descreve o protocolo SPIKES como estratégia de ensino na sua revisão de literatura.

Baile *et al.* (2000), por sua vez, detalham os seis passos do protocolo SPIKES. O primeiro passo é preparar a ambiência (S), que significa preparar adequadamente o ambiente para receber o paciente ou seus familiares para comunicar as más notícias.

Algumas diretrizes úteis do protocolo SPIKES para a preparação do ambiente:

1. Providenciar privacidade: uma sala apropriada, silenciosa, com temperatura agradável e sem possibilidade de perturbações externas é o ideal.
2. Envolver mais de um membro da família: a maioria das pessoas prefere ter outra pessoa acompanhando. Quando houver muitos membros da família envolvidos, pedir à mãe do bebê para escolher um ou dois representantes da família.
3. Sentar-se: essa atitude relaxa e demonstra a disponibilidade de tempo para a conversa. Não há pressa para conversar. Deve-se evitar barreiras entre o profissional e a mãe.
4. Fazer conexão com o paciente: manter o contato visual é uma maneira importante de estabelecer relacionamento. Outros comportamentos não verbais como tocar no braço ou segurar a mão (a depender de cada pessoa ou momento) também podem ser utilizados.
5. Evitar restrições de tempo e interrupções: desligar o celular ou colocá-lo no modo silencioso.

O segundo passo (P) do protocolo diz respeito à percepção do outro. O que o paciente ou familiar sabe sobre a doença e sobre o caso do doente. Baile *et al.* (2000) descreveram a importância de escutar antes de falar, ou seja, iniciar a conversa procurando saber qual o entendimento do familiar sobre o que seu filho está passando, perceber o quanto ele deseja saber e, baseado nessas informações, o médico pode corrigi-las e adequar as más notícias para a melhor forma de entendimento do familiar.

O terceiro passo (I) no protocolo SPIKES está relacionado ao convite do médico para o familiar conhecer o diagnóstico, o tratamento, o prognóstico e a evolução do paciente (BAILE *et al.*, 2000). A maioria dos pacientes expressa o desejo de informações completas e detalhadas de sua doença, outros não. Evitar informações é um mecanismo psicológico de fuga que pode se manifestar mais fortemente à medida que a doença se torna mais grave, e da mesma forma pode acontecer com alguns familiares de pacientes. De acordo com Baile *et al.* (2000), caso os familiares dos pacientes não queiram saber detalhes, o médico deve se disponibilizar para esclarecer as dúvidas que possam ter no futuro ou para conversar com um parente.

A comunicação adequada, o compartilhamento de conhecimentos, os medos, as dúvidas e os sentimentos fortalecem a relação entre as pessoas em momentos difíceis (SILVA, 2012). Da mesma forma, no ambiente de trabalho, os profissionais de saúde devem reconhecer a importância de aprender continuamente a se comunicar. O quarto passo (K) do

SPIKES fala do compartilhamento de conhecimento entre médico e paciente ou familiar. O diálogo médico-paciente pode ser melhorado por algumas diretrizes simples:

1. Alertar o paciente de que notícias ruins estão chegando pode diminuir o choque da divulgação e pode facilitar o processamento de informações. Exemplos de frases que podem ser usadas: "Infelizmente tenho más notícias para te contar" ou "Sinto muito em dizer isso...";
2. Perceber o nível de compreensão e vocabulário do paciente para facilitar a conversa;
3. Usar palavras não técnicas;
4. Evitar a franqueza excessiva, pois isso pode levar o paciente ou familiar ao isolamento e irritação, com a tendência a culpar o mensageiro das más notícias;
5. Fornecer informações aos poucos e sem pressa a depender da compreensão do paciente ou familiar;
6. Quando o prognóstico for ruim, é preciso evitar usar frases como: "Não há mais nada que possamos fazer por você", pois sempre há algo de bom para ser feito por alguém. Nesse sentido, pode-se usar adequado controle da dor e alívio dos sintomas.

Compartilhar conhecimentos significa se relacionar com as pessoas e isso não se reduz simplesmente ao ato de falar, é um conjunto de ações, incluindo comportamentos e falas usados nas relações entre as pessoas. Essas relações em saúde influenciam no tratamento e na evolução do paciente e na satisfação das famílias (AFONSO; MINAYO, 2013).

O quinto passo (E) do protocolo SPIKES é referente à abordagem das emoções do paciente com respostas empáticas. Kübler-Ross (1992) identificou que pacientes e familiares, ao receberem uma má notícia, passam pelos cinco estágios que antecedem a morte: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. O conhecimento e a compreensão desses estágios pelos profissionais de saúde podem auxiliá-los no acompanhamento dos pacientes e seus acompanhantes durante uma fase crítica, como também podem ajudar na sua preparação para a comunicação de más notícias e na educação humanizada em saúde.

Responder às emoções do paciente é um desafio na comunicação de notícias difíceis. As reações emocionais dos pacientes podem variar de silêncio à descrença, choro, negação ou raiva. Quando os pacientes recebem más notícias, sua reação emocional é muitas vezes uma expressão de choque, isolamento e tristeza. Nessa situação, o médico pode oferecer apoio e solidariedade ao paciente fazendo uma resposta empática que consiste em alguns passos:

1. Observar as emoções do paciente que podem ser representadas por lágrimas, por um olhar triste, pelo silêncio ou pelo choque;
2. Confirmar a emoção vivenciada pelo paciente;
3. Explorar as emoções não expressas (silêncio) ou indiretamente expressas (discreta raiva ou decepção);
4. Identificar o motivo da emoção (geralmente está ligado às más notícias recebidas);
5. Aproximação, toque, olhar no olho, dar tempo para o paciente ou familiar se recompor;
6. Informar que houve conexão da emoção com o seu motivo. Demonstrar compreensão acerca da emoção;
7. Continuar demonstrando empatia até que o paciente ou familiar fique calmo;
8. Demonstrar apoio por meio do reconhecimento da sua própria tristeza com a má notícia.

É difícil discutir outras questões enquanto a emoção não se estabilizar. Pode-se pedir ajuda da área de psicologia e marcar outro momento para continuar a conversa. O sexto e último passo (S) do protocolo SPIKES é caracterizado pelo resumo da comunicação da má notícia e compartilhamento de estratégias para o futuro do paciente com os objetivos de:

1. Esclarecer as dúvidas quando sumariza todas as informações compartilhadas;
2. Reduzir ansiedade e incerteza nos pacientes ou familiares;
3. Considerar a importância dos desejos do paciente ou familiar;
4. Compartilhar a responsabilidade pela tomada de decisão com o paciente;
5. Amenizar a sensação de falha do médico quando o tratamento não é bem-sucedido.

Antes de discutir um plano de tratamento, é importante perguntar aos pacientes ou familiares se eles estão preparados para tal discussão, pois é tarefa difícil para ambos os lados. Os/as médicos/as também ficam desconfortáveis quando precisam discutir prognósticos desfavoráveis e opções de tratamento com o paciente ou familiar devido às preocupações que experimentam: incerteza sobre as expectativas do paciente, medo de destruir a esperança do paciente, medo da sua própria inadequação diante de doença incontrolável, não se sentir preparado para gerenciar as reações emocionais antecipadas do paciente e, por vezes, constrangimento por ter mostrado anteriormente um quadro otimista demais para o paciente (TESSER; ROSEN; TESSER, 1971).

Para essas situações, o protocolo SPIKES auxilia com as opções de estratégias como:

1. Explorar os conhecimentos, expectativas e esperanças do paciente (passo 2 do SPIKES) permite que o médico entenda onde o paciente está e inicie a discussão a partir desse ponto;
2. Permitir aos pacientes e familiares que expressem seus medos e preocupações, possibilitando o reconhecimento da gravidade de sua condição (passo 5 do SPIKES);
3. Compreender os objetivos dos pacientes ou familiares, como o controle de sintomas, garantia de receber o melhor tratamento e continuidade do cuidado, permitirá ao médico enquadrar a esperança na realidade.

Devido às deficiências na formação médica relacionada à comunicação de más notícias, se faz essencial a atualização contínua dos profissionais de saúde nesse tema (VOGEL *et al.*, 2019). Segue, no Quadro 1, a síntese dos protocolos para ensino-aprendizado da comunicação de más notícias discutidos nesta pesquisa.

Quadro 1 - Protocolos para o ensino aprendizado da comunicação de más notícias

NOME	SPIKES	ABCDE	BREAKS	PACIENTE	CLASS
AUTORES	BAILE, BUCKMAN et al.	VANDEKIEFT	NARAYANAN	PEREIRA	HOSPITAL ALBERT EISTEIN
ANO	2000	2001	2010	2010	2019

Fonte: Alves (2023).

2.4 FORMAÇÃO MÉDICA E ATUALIZAÇÃO PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

Na história da formação médica, a cura é considerada objetivo principal a ser alcançado e, portanto, a incapacidade de curar ainda é entendida como um fracasso profissional. Essa concepção de ensino médico promove deficiências na tarefa de comunicar más notícias aos pacientes em situações nas quais a cura é improvável, tais como os casos de doenças crônicas ou terminais (PEREIRA, 2010).

Em outubro de 2009, foi lançado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MEC) o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência). Esse programa promove a formação de médicos especialistas na modalidade residência médica, estimulando as discussões entre as

necessidades do sistema de saúde e as capacidades das instituições formadoras (PETTA, 2013).

As propostas estabelecidas pelas Diretrizes Nacionais Curriculares do Ensino Médico (BRASIL, 2014) orientam um projeto de ensino ético-humanista que reestruture o modelo técnico científico, objetivando a integração da formação médica com as necessidades de saúde do usuário do sistema público de saúde (LACERDA; BRACCIALLI; LAZARINI, 2018).

Nessa concepção, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, representa um marco e uma conquista para a sociedade brasileira na formação e atuação em saúde no País, como forma de promover a transformação das práticas do trabalho em saúde (BRASIL, 2018).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) acontece no dia a dia do trabalho e se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Nessa concepção político-ideológica, há a regionalização da saúde e a valorização da reflexão sobre o quadrilátero da formação ensino, serviço, gestão e controle social, com a constante busca de soluções criativas para a superação dos problemas de saúde reais e, por consequência, alcançar a qualificação do trabalho, a resolução e a eficiência do sistema de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2014).

Nesse contexto, a EPS, para viabilizar a análise crítica sobre a realidade local, precisa ser pensada e adaptada, portanto, às situações de saúde em cada região do sistema de saúde. Por isso, a PNEPS requer esforços de articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho, em uma perspectiva dialógica e compartilhada (BRASIL, 2018).

Também nesse sentido, Ceccim (2005, p. 166) refere-se à Educação Permanente em Saúde como capaz de “... desenvolver as potencialidades em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão”, importante para o desenvolvimento de capacitações de toda a equipe multiprofissional no âmbito da saúde.

Cavalcante, Vasconcelos e Grosseman (2017) detectaram, em uma Universidade pública do Nordeste do Brasil, pouca experiência prática relacionada à comunicação de más notícias durante a formação médica, o que sugere a necessidade urgente de se discutir como intensificar a preparação.

Diniz *et al.* (2018), também no Nordeste brasileiro, encontraram diferenças entre as percepções sobre a comunicação de más notícias dos médicos e dos pacientes. Enquanto os médicos julgaram comunicar de forma adequada as informações aos pacientes, mesmo

reconhecendo terem tido pouco treinamento na área, os pacientes perceberam vários obstáculos e destacaram as consequências sofridas por eles no processo comunicacional.

De acordo com o trabalho de Batista e Lessa (2019), a graduação médica não tem preparado adequadamente para a prática da empatia nas relações com os pacientes e familiares. A metodologia utilizada para o ensino da empatia na Medicina, um construto fundamental para uma boa comunicação de más notícias, é pouco estimulante, e os estudantes observaram docentes carentes de capacitação.

Nas últimas décadas, se fez necessária a formação de profissionais mais humanizados a partir do ensino da comunicação baseado em empatia para aprender a lidar com seus próprios sentimentos e com as emoções dos familiares dos seus pacientes. Por isso, ressalta-se a importância do treinamento, do uso de protocolos e da reflexão sobre estratégias empáticas de ensino da comunicação de más notícias (SOMBRA NETO *et al.*, 2017).

Segundo Vandenberghe (2002), a empatia é fundamento da vida social e da espiritualidade. Por meio da empatia, o outro é compreendido como pessoa e não como coisa. Segundo Paro (2013), a empatia representa um dos domínios centrais das habilidades sociais e de comunicação e é frequentemente associada, na prática médica, a melhores resultados terapêuticos.

Apesar de a empatia vir ganhando expressão nas últimas décadas na educação médica, nem sempre foi reconhecida no contexto da saúde, uma vez que foram colocados em evidência o tecnicismo e os avanços tecnológicos em detrimento das relações humanas. A partir da década de 80, vêm sendo resgatados os valores éticos e humanísticos da Medicina (PARO, 2013).

Davis (1996) afirma que a empatia é um processo psicológico que envolve um sentimento de sensibilização conduzido por mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais desenvolvidos a partir da análise da vivência do outro. É virtude, mas também é considerada uma habilidade multidimensional, que envolve inteligência emocional, competências sociais e de comunicação, a ser aprendida durante toda a vida.

Stepien e Baernstein (2006) incluem na empatia em saúde as dimensões moral, que representam a motivação interna de entender o paciente; cognitiva, que é a capacidade intelectual de entender a perspectiva do paciente; emotiva, que é a habilidade de imaginar o sentimento do paciente; e comportamental, que reflete a capacidade de transmitir ao paciente a compreensão dos seus sentimentos.

Empatia deriva do grego *empathia* (*em* = dentro e *pathos* = sofrimento ou sentimento), com papel fundamental na relação médico-paciente, pois desenvolve a

habilidade de entender as experiências e necessidades do paciente, o que facilita o sucesso das interações em saúde (SUARTZ *et al.*, 2013; HOJAT, 2002). Para Larson e Yao (2005), a empatia deve caracterizar as profissões que cuidam da saúde, e de acordo com Costa e Azevedo (2010) um dos maiores obstáculos às pesquisas e intervenções que abordem a empatia em saúde é a escassez de instrumentos operacionais para mensurá-la devido à sua complexidade.

Coutinho e Ramessur (2016). Baile *et al.* (2000) e Rider, Volkan, Hafler (2008) identificaram que a empatia foi o aspecto percebido pelos estudantes de Medicina como mais difícil de aprender para desenvolver adequadamente a prática médica diária. Empatia e confiança nas relações em saúde reduzem o estresse nos envolvidos por permitir a discussão de ansiedades geradas pelo conhecimento da verdadeira situação e aumenta a responsabilidade do profissional de saúde, que deve dominar a competência para discutir as más notícias e suas consequências com os pacientes e suas famílias (REISER, 1980).

Klitzman (2006) enfatiza a importância da valorização da empatia nas relações humanas, especialmente na área da saúde. Em seu estudo, os médicos que se tornaram pacientes perceberam melhora na empatia em suas relações médico-paciente ou médico-familiar e na sua sensibilização para comunicação de más notícias. Segundo Hornblow, Kidson e Ironside (1988) e Araujo e Leitão (2012), as escolas médicas têm obrigação de capacitar constantemente seus estudantes para as qualidades humanísticas e de comunicação, já que o trabalho em saúde é complexo e exige escuta e interação entre profissional de saúde e usuário para determinar a qualidade da resposta assistencial.

Assim, a formação e a atualização médicas exigem muito mais do que a passagem de informações teóricas sobre comunicação de más notícias para estimular mudanças de comportamento na prática dos participantes. Faz-se relevante discutir o papel da sensibilização e da reflexão no processo de aprendizagem em comunicar na UTIN.

2.5 SENSIBILIZAÇÃO E REFLEXÃO PARA A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A sensibilização é um processo que estimula o interesse das pessoas por meio do incentivo. Por meio dela, procura-se estimular o espírito crítico e o desenvolvimento da autorreflexão sobre suas práticas diárias em saúde (GLAUMAGA, 2014).

De acordo com Glaumaga (2014), o processo de sensibilização proporciona maneiras para cada indivíduo refletir e, usando da sua autonomia, decidir sobre as transformações

necessárias, adotar novas posturas, mas principalmente estimular a percepção pessoal das suas atitudes como uma opção de automelhoramento.

A sensibilização é, portanto, um processo permanente, uma tarefa contínua que propõe manter o interesse e o foco das pessoas, fazendo-se necessário incorporá-la a todas as etapas do processo de ensino-aprendizagem, considerando assim a sensibilização como um procedimento inicial e continuado (GLAUMAGA, 2014).

A sensibilização pode ser incorporada aos cursos por meio de atividades lúdicas e de variadas técnicas e métodos que envolvam participação e colaboração. As escolhas dessas ferramentas de trabalho devem referenciar-se no histórico do grupo, na localidade e na proposta de trabalho (GLAUMAGA, 2014).

Segundo Glaumaga (2014), a sensibilização pode utilizar a emoção como incentivo ao processo de mudança comportamental e deve auxiliar na motivação dos sujeitos, funcionando como uma forte estratégia para atingir os objetivos desejados.

Há pesquisas que incentivam a sensibilização e a reflexão para incremento da educação e humanização em saúde. Wanderley, Vilela e Batista (2017) sugerem inovações nas reformulações dos cursos médicos no Brasil, reforçando a premissa de Flores e colaboradores (2015) sobre a importância da integração multiprofissional, da boa convivência com os colegas e a satisfação em trabalhar com pessoas.

Júnior e Cury (2007) discutem a formação médica baseada na reflexão para repensar a educação médica atual, resgatando a visão holística do ser humano e o incremento da relação médico-paciente. Dessa forma, torna-se essencial o uso de estratégias para estimular a reflexão dos profissionais de saúde para a aprendizagem da comunicação de más notícias, que deve ser encarada como um tópico essencial na graduação médica, porém, no Brasil, há pouca inclusão desse tema no currículo médico (VOGEL *et al.*, 2019).

2.6 VÍDEOS PARA O ENSINO-APRENDIZADO EM COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Caleffi *et al.* (2016) afirmam que todas as técnicas são válidas no ensino da comunicação de más notícias na formação médica e que as graduações de Medicina devem reforçar esses treinamentos no currículo regular. No campo da educação em saúde, a evolução da informação está se desenvolvendo para incluir ferramentas de multimídia em áudio, vídeo e ainda de alta resolução de imagens (BALCH; TICHENOR, 1997).

O vídeo é um recurso audiovisual de comunicação, que capta e permite a comparação de linguagens verbais, não verbais, emoções e comportamentos, fornece abertura para diálogos com saberes apagados e oferece visibilidade para participantes negligenciados, assim como possibilita a escuta aprofundada de reivindicações (FIESCHI; BURLON; MARINIS, 2015). Essa tecnologia de informação pode ser aplicada em Medicina para apoiar a comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde (OYAMA, 1997).

Um estudo multicêntrico internacional objetivou observar o impacto do uso de ferramentas multimídias sobre a duração e a qualidade da conversa entre os prestadores de cuidados de saúde e pacientes (PELTIER *et al.*, 2015). Os resultados mostraram que a utilização de vídeos melhorou a compreensão dos pacientes sem aumentar o tempo das consultas, sendo viáveis na prática diária e de fácil entendimento também para pessoas com mais idade (PELTIER *et al.*, 2015; SANCHEZ *et al.*, 2016).

A utilização de vídeos para educação na saúde aumenta a acessibilidade às informações e torna-se bastante útil para a aprendizagem, tanto de pacientes quanto de estudantes das áreas da saúde (GUTTMANN, 2000). Os vídeos foram utilizados eficientemente com os participantes com uma variedade de idade e nível educacional e uma variedade de local dentro de ambientes clínicos (BROCK; SMITH, 2007).

Fieschi, Burlon e Marinis (2015) utilizaram vídeos no processo de ensino-aprendizagem de estudantes da área de saúde com os objetivos de dialogar com saberes esquecidos, escutar o outro, expressar vozes silenciadas, trabalhar com os participantes e não para eles, produzir conhecimento compartilhado, mediador e capaz de transformar a realidade e dar espaço às áreas negligenciadas da saúde.

Ramos e Serafim (2014) refletem que o vídeo promove maior conhecimento dos processos de saúde e maior compreensão das necessidades dos participantes por meio do estímulo ao diálogo entre profissionais e familiares. Além disso, representa um método de importância na formação e na pesquisa relacionadas com as práticas comunicacionais em saúde, favorecendo maior qualidade nas práticas de serviços e cuidados e, conseqüentemente, maior humanização em saúde.

De acordo com Ramos (2011), a contribuição do vídeo se dá mediante a abertura para contar, enxergar e escutar grupos e suas necessidades, o que permite a inclusão e facilita a comunicação e intervenção junto aos participantes. A interpretação das informações visuais faz parte do cotidiano e permite que o indivíduo interprete a sua realidade. Freire (1987) já sustentava que a leitura do mundo precede a leitura da palavra e, nesse caso, toda leitura é influenciada pela experiência de vida do leitor.

Nesse sentido, nenhuma imagem é definitiva, pois o que vemos é sempre a imagem traduzida por nossa própria experiência, por isso a leitura das imagens deve partir das emoções do leitor, ou seja, de como as emoções do leitor afetam e são afetadas pela interpretação das imagens (SARDELICH, 2006).

O vídeo, por meio do estímulo à reflexão, é capaz de desconstruir visões hegemônicas, interessadas, geralmente, em manter uma ordem social baseada na separação das diferenças, o que o torna, então, uma ferramenta de inclusão e transformação social e faz da prática da Antropologia visual um campo revolucionário por meio do audiovisual (VAILATI; GODIO; RIAL, 2016). As imagens têm mais expressividade do que as palavras, já que são mais simbólicas, tornando mais sensível a percepção dos fenômenos sociais, o que pode contribuir de forma significativa para a análise das relações sociais (FERRAZ; MENDONÇA, 2014).

A Antropologia visual apresenta-se como amplo campo interdisciplinar entre as ciências sociais e as artes, as ciências e as tecnologias da comunicação, criando assim uma relação mais próxima da vida social. Ademais, tem sua importância no trabalho de campo, para a comunicabilidade, para as dinâmicas de interação em grupo, no âmbito da formação, como também da produção e investigação científica que emerge da sociedade e é voltada para ela (RIBEIRO, 2005).

A Antropologia visual apresenta alguns princípios na produção de um vídeo. O primeiro desses princípios é a pesquisa, ou seja, o aprofundamento do conhecimento sobre um grupo social para descoberta do objeto observado. O segundo princípio é a disponibilidade de tempo nas filmagens, respeitando as pessoas filmadas e a inserção no seu contexto. O terceiro princípio é a reprodução fiel, resultado da atenção às palavras, aos gestos e aos conteúdos da expressão verbal e não verbal das pessoas filmadas. A forma como esses elementos são dispostos no filme são fundamentais para a compreensão da mensagem transmitida (LISBOA, 2014).

No contexto desta pesquisa, concordamos com Ramos e Serafim (2014), que compreendem a metodologia proveniente da Antropologia visual como auxiliar no processo de comunicação em saúde por meio do combate aos preconceitos, do diálogo entre profissionais e familiares, da melhora do conhecimento dos processos de saúde, do entendimento das necessidades dos sujeitos, da ajuda na formação de profissionais de saúde e em pesquisas sobre as práticas comunicacionais em saúde, da melhora na qualidade das práticas de serviços e cuidados e da promoção da humanização na saúde.

Barbosa e Cunha (2006) trazem as bases conceituais práticas da metodologia fílmica com base na provocação e reflexividade, destacando o papel pessoal emotivo e sensível,

representando os participantes em suas demandas, valorizando a improvisação e aproveitando as oportunidades que se apresentam no momento do convívio entre os sujeitos da pesquisa fílmica.

A Antropologia visual respeita o ponto de vista do outro, sendo o produto audiovisual mais próximo do aspecto cultural dos participantes, valorizando a comunicação verbal e a não verbal por meio de gestos. Com isso, dedica-se à comunicação baseada na troca de saberes e se preocupa com a sensibilização e reflexão na tecnologia audiovisual (LANDA, 2017). O respeito à ética e transparência nos objetivos e interesses dos pesquisadores e dos participantes de pesquisa deve ser base de todo processo de produção do vídeo (EUSÉBIO; MAGALHÃES, 2017).

São importantes na arte de filmar, ter a preocupação com os participantes e o compromisso de representar o outro de maneira honesta em todas as suas complexidades, reconhecer os interesses presentes nas vozes contidas no vídeo e proceder com o máximo de honestidade. Filmar pelo olhar do “outro” expõe empatia no filme. É a empatia na arte de filmar (MAC DOUGALL, 2007).

Para Chanda (2002), observar um vídeo com os olhos do outro oferece a oportunidade única de experimentarmos os diferentes comportamentos e as diferentes formas de pensar. A autora sugere olhar para nós mesmos a partir do contexto do outro. Segundo Ramos (2011), utilizar vídeos para promover sensibilização por meio da empatia pode representar uma inovação importante na educação e formação dos profissionais de saúde.

Os vídeos têm as diretrizes de promover abertura para contar, enxergar e escutar grupos a partir de suas referências, facilitar condição dinâmica que evita intolerância e exclusão e possibilitar comunicação e intervenção junto aos grupos (RAMOS, 2011).

Almeida e Batista (2011) enfatizam que é necessária a implantação de uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem em saúde, buscando estratégias integradoras, reflexivas e participativas. Nesse sentido, o vídeo participativo destaca-se como um instrumento que utiliza técnicas cinematográficas para sensibilizar a partir das emoções, e, assim, estimular a autoanálise e a reflexão crítica dos problemas presentes no cotidiano e suas possíveis soluções (SILVA; SALVADOR, 2020).

“O audiovisual não é somente uma técnica, método, material, linguagem, ele pode se constituir como um produto de pesquisa” (HAICAULT, 1987, p. 233). Dessa maneira, dentre as opções de recursos audiovisuais, o vídeo foi eleito para nosso estudo, mais especificamente, o vídeo participativo foi escolhido como ferramenta da nossa pesquisa por possibilitar a visualização de cenários reais, por apresentar questões específicas e por sua

maior possibilidade de estimular a sensibilização e a reflexão nos profissionais de saúde. Apresenta-se assim como inovação mais criativa e menos onerosa no processo ensino-aprendizado para comunicação de más notícias em UTIN (RAMOS, 2011).

A Antropologia visual e o framework do protocolo SPIKES se complementam na nossa pesquisa. Essa articulação permite a produção, discussão e avaliação das informações geradas pela pesquisa por meio das suas diretrizes de esperança na mudança, da conscientização crítica da realidade mostrada pelo vídeo, da sensibilização e reflexão dos espectadores para uma possível transformação da prática.

Segundo MacDougall (2005), o conhecimento humano ultrapassa a comunicação verbal, se fortalece nos sentidos, nos gestos, nas posturas e nas emoções e pode ser construído alicerçado na Antropologia visual. A metodologia da Antropologia visual é fortalecida pela máxima da expressão chinesa: uma imagem vale mais do que mil palavras. Palavras são facilmente esquecidas, mas as imagens ficam em nossas mentes. Além disso, as imagens e falas permitem a compreensão do olhar do antropólogo ou do pesquisador, que se preocupa com os detalhes do cotidiano das pessoas (LESTER, 2006).

A Antropologia visual estuda os conhecimentos produzidos por relações pessoais em sociedade. Os preceitos da Antropologia visual são o diálogo, a subjetividade, a empatia, a observação da opinião e da cultura do participante por meio do compartilhamento da sua vida cotidiana, estimula a reflexividade, a complexidade dos participantes, a análise do contexto social e do pensamento coletivo e a participação dos sujeitos na produção e avaliação crítica do vídeo, mantendo ética, honestidade e compromisso com o outro em todo o processo fílmico (LANDA, 2017).

Assim a Antropologia visual e o framework do protocolo SPIKES, com seus princípios de estímulo ao diálogo e à empatia, representam o embasamento teórico desta pesquisa.

3 METODOLOGIA

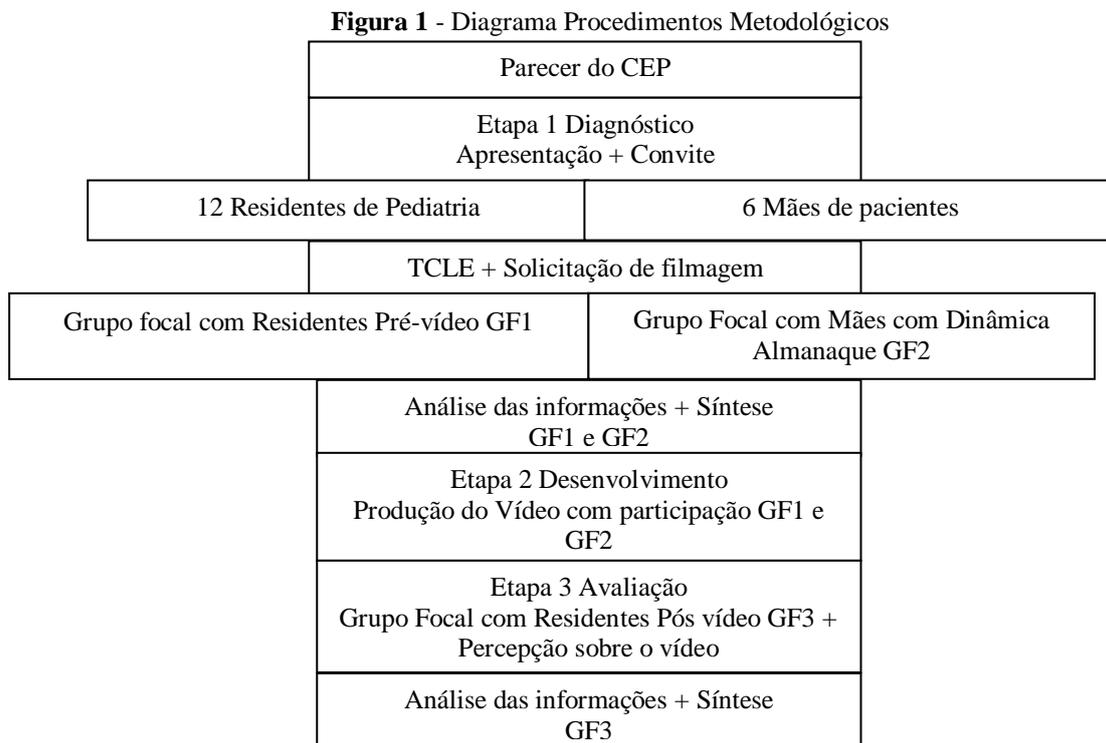
A abordagem utilizada na pesquisa foi qualitativa descritiva exploratória, com valorização da compreensão interpretativa das falas e dos comportamentos das pessoas (MINAYO, 2010). Este estudo foi organizado nas seguintes etapas, a saber:

1) Primeira etapa: **diagnóstico** - organização e realização de GFs para produção de informações acerca da comunicação de más notícias na UTIN com a finalidade de entender o processo de comunicação;

2) Segunda etapa: **desenvolvimento** - produção do vídeo respondendo às necessidades da primeira etapa;

3) Terceira etapa: **avaliação** - aplicação e avaliação do vídeo para os residentes de Pediatria e análise das suas percepções sobre o vídeo.

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



Fonte: Alves (2023).

A base teórica em cada etapa da pesquisa está apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 - Base teórica em cada etapa da pesquisa

ETAPA 1: DIAGNÓSTICO	FRAMEWORK SPIKES
ETAPA 2: DESENVOLVIMENTO	FRAMEWORK SPIKES ANTROPOLOGIA VISUAL
ETAPA 3: AVALIAÇÃO	FRAMEWORK SPIKES

Fonte: Alves (2023).

A primeira etapa do processo de realização desta pesquisa (diagnóstico) foi iniciada a partir da realização de dois grupos focais (KIND, 2008), com o embasamento teórico nas diretrizes do protocolo SPIKES como framework: estímulo ao diálogo e à problematização, valorização dos saberes anteriores dos participantes da pesquisa, além de incentivo à escuta da opinião do participante (KAPLAN, 2010).

A trajetória seguinte, de produção do vídeo (segunda etapa: desenvolvimento), encontrou alicerce no framework do protocolo SPIKES (KAPLAN, 2010) e na Antropologia visual (MAC DOUGALL, 2005; VAILATI; GODIO; RIAL, 2016; LANDA, 2017), procurando registrar no vídeo, de forma fiel e sob a ótica das diretrizes do SPIKES, os depoimentos de mães e profissionais de saúde envolvidos no cuidado dos neonatos na UTIN, e buscando envolver os participantes e produzir um material capaz de sensibilizar e levar os residentes de Pediatria à reflexão de suas práticas diárias na comunicação de más notícias.

A terceira etapa da pesquisa, a avaliação, corresponde à aplicação do vídeo aos residentes de Pediatria e à avaliação posterior da percepção desses residentes sobre as contribuições do vídeo na sua sensibilização e reflexão para a comunicação de más notícias, e se fundamenta no framework do protocolo SPIKES (KAPLAN, 2010). O local do estudo foi uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Universitário de uma Universidade Federal do Nordeste brasileiro. O período de coleta de informações nos dois grupos focais se deu em agosto de 2019.

A UTIN do hospital estudado é pública, atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde e é relevante para o Estado por ser de referência para receber os neonatos de partos de alto risco. Disponha, no início da pesquisa, de 10 leitos de internação com 1 leito extra, estando frequentemente todos ocupados.

A sua equipe de profissionais de saúde era composta, no momento da pesquisa, por: 18 médicos/as pediatras, 12 médicos/as residentes de Pediatria (9 R1 e 3 R2), 9 enfermeiras, 2 enfermeiras residentes, 25 técnicos de enfermagem e 10 fisioterapeutas, sendo 1 psicóloga, 2 estudantes de psicologia, 1 terapeuta ocupacional, 1 fonoaudióloga e 1 assistente social, não

exclusivos da UTIN. Esse cenário tem mudado ao longo dos anos com as mudanças administrativas e políticas nas Universidades Federais em todo o Brasil.

Os participantes do estudo foram doze Residentes de Pediatria que aceitaram o convite da pesquisadora e participaram ou estiveram participando da rotina da UTIN, e seis mães de neonatos internos na UTIN que aceitaram o convite da pesquisadora e estavam acompanhando ou haviam acompanhado seus filhos na UTIN no período da coleta de informações. Os participantes com impossibilidade de se comunicar, dificuldade de compreensão para entendimento do projeto e com idade inferior a 18 anos foram excluídos do estudo. A amostragem para participação na pesquisa foi determinada de modo não probabilístico por conveniência.

Os residentes de Pediatria foram escolhidos por serem os profissionais da UTIN em processo de formação, mais propensos a absorver a experiência desse aprendizado e, dessa forma, possuindo maior possibilidade de mudança das suas práticas no cotidiano da UTIN. As mães acompanhantes permaneciam no setor por aproximadamente sete dias. Com maior frequência, as acompanhantes dos neonatos são as mães biológicas, mas ocorre, ocasionalmente, de outros familiares também estarem presentes. Por entender que a família tem importância no contexto da comunicação de más notícias na UTIN, foram convidados os familiares, porém somente as mães aceitaram ao convite para participar do estudo.

A comunicação de más notícias é um tema complexo e de difícil avaliação, e há poucos estudos a respeito do assunto, como também há escassos instrumentos de avaliação validados e adaptados para a cultura brasileira (CASARIN *et al.*, 2011). Entretanto, dispor de uma ferramenta com a possibilidade de ser utilizada qualitativamente para avaliação da comunicação interpessoal na área da saúde pode indicar melhor os nós críticos nas relações e reduzir os sofrimentos dos usuários e da equipe multiprofissional de saúde.

O Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM) foi validado como um primeiro estudo da percepção da atividade comunicacional do médico (CROITOR, 2010), elaborado a partir do Teacher Communication Behavior Questionnaire (TCBQ), traduzido, adaptado à língua portuguesa e validado por Matos (2006).

Além disso, foi apresentado para aplicação em duas versões: para os pacientes (**Anexo A**) e para os profissionais. Na versão para médicos/as (**Anexo B**), esse instrumento serviu como base para formular o roteiro de perguntas aos residentes de Pediatria, assim como ao grupo de mães de neonatos internados na UTIN. As perguntas norteadoras formuladas a partir do QCCM estimularam os participantes a pensar nos comportamentos durante a comunicação de más notícias entre a equipe médica e as mães dos pacientes na UTIN. Não existem

respostas “certas” ou “erradas” e nem pontuação no QCCM. Somente a percepção dos participantes é essencial.

O modelo do QCCM sugere um agrupamento dos itens de avaliação da atividade comunicacional do médico em cinco categorias: desafio, encorajamento e elogio; apoio não verbal; compreensão e relação amigável; e controle. O QCCM apresenta-se como ferramenta de importância para o processo comunicacional na área da saúde (VALLE *et al.*, 2014) e pode representar uma contribuição, tanto na formação educativa dos profissionais da saúde, quanto na prática clínica, especialmente na avaliação das competências profissionais e na coleta de informações qualitativas (CROITOR, 2010).

3.1 COLETA DE INFORMAÇÕES NAS TRÊS ETAPAS DO ESTUDO

Primeira etapa: diagnóstico - organização e realização do GF1 e GF2 para coleta de informações acerca da comunicação de más notícias em UTIN.

Os momentos da realização do GF1 estão apresentados na Figura 2.

Figura 2 - Diagrama primeira etapa da pesquisa- Momentos do GF1

Marcação antecipada do horário	Organização e preparação do ambiente
Acolhimento do grupo + Apresentação dos facilitadores e dos objetivos	
Roteiro de perguntas (Apêndice C) baseadas no QCCM na versão para médicos/as (Anexo B)	
Percepção individual espontânea com discussão coletiva	
Análise e validação coletiva das informações produzidas	
Agradecimento e encerramento GF1	

Fonte: Alves (2023).

O GF1 foi realizado às 14 horas do dia 16 de agosto de 2019, em uma sala de aula do hospital, e teve duração total de duas horas e vinte e dois minutos. Antes do início da coleta de informações, a pesquisadora esteve em contato com as médicas responsáveis pela Residência de Pediatria e com a representante dos residentes para fazer o convite e mostrar a elas a importância e os objetivos da pesquisa, sendo combinado o melhor dia e horário para não atrapalhar as atividades diárias na Residência Médica. Cada participante preencheu a sua

ficha de caracterização (**Apêndice A** referente às mães e **Apêndice B** referente aos residentes).

Os dois GFs contaram com três facilitadores que conduziram os grupos focais, observaram e interagiram com os participantes: a pesquisadora e médica pediatra do hospital pesquisado, a odontóloga do referido hospital e orientadora do mestrado da pesquisadora e o psicólogo e coorientador do mestrado da pesquisadora. Todos com experiência na condução de GFs em pesquisa qualitativa. As salas de aula do HU escolhidas para a realização dos GFs não permitiram interferência e nem interrupção externa. Todos/as os/as participantes dos dois grupos focais iniciaram e terminaram juntos os GFs. Não houve desistência ou recusa na participação.

Os dois GFs foram gravados por áudio e vídeo, como combinado antecipadamente com os participantes, que concordaram com o uso das suas imagens e falas durante a realização dos GFs, o que permitiu a produção do vídeo. Ao fim dos GFs, quando as falas começaram a se repetir, sem mais novidades e com a saturação relacionada ao tema, foi feito o agradecimento aos participantes e nos deixamos à disposição para esclarecer dúvidas ou conversar mais sobre o assunto.

Além de considerar a complexidade do tema abordado, o critério de saturação das falas nos grupos focais é comumente utilizado em estudos qualitativos, ou seja, os grupos se esgotam quando não apresentam novidades em termos de conteúdo e argumentos (TRAD, 2009). Devido à coleta de informações de qualidade e em quantidade suficiente durante os dois GFs, não houve necessidade de realizar novos grupos em outros momentos da pesquisa.

A responsável pela pesquisa faz parte da equipe de Pediatras do HU estudado, porém estava afastada das suas atividades acadêmicas e somente conheceu os participantes no momento da realização da pesquisa. Nos GF1 e GF2, além dos participantes e dos facilitadores, estava presente o técnico responsável pela gravação das imagens e áudios, que se manteve em silêncio e sem interação alguma com os participantes e facilitadores dos GFs. Os momentos da realização do GF2 estão apresentados na Figura 3.

Figura 3 - Diagrama primeira etapa da pesquisa- Momentos do GF2

Marcação antecipada do horário	Organização e preparação do ambiente
	Acolhimento do grupo + Apresentação dos facilitadores e dos objetivos
	Dinâmica Almanaque para estimular falas
	Roteiro de perguntas (Apêndice D) baseadas no QCCM na versão para médicos/as (Anexo A)
	Percepção individual espontânea com discussão coletiva
	Análise e validação coletiva das informações produzidas
	Agradecimento e encerramento GF2

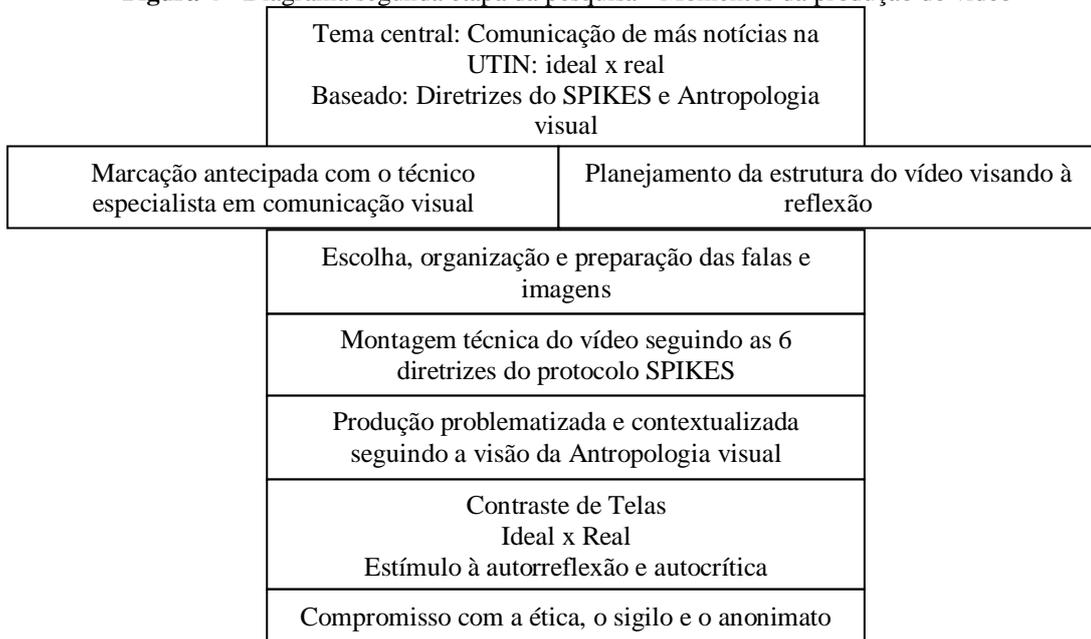
Fonte: Alves (2023).

O GF2 foi realizado às 13 horas do dia 19 de agosto de 2019, em uma sala de aula do hospital, e teve duração total de cinquenta e dois minutos. Antes do início, a pesquisadora entrou em contato com as mães de neonatos internos, as psicólogas e as médicas responsáveis pelos setores da Pediatria do hospital e passou as informações necessárias relacionadas à importância e objetivos da pesquisa. O convite foi feito pessoalmente às mães para participarem do GF2, sendo ampliado aos pais e avós dos neonatos internados na UTIN. Foi combinado com as mães o melhor dia e horário para a realização do GF2 para não prejudicar os cuidados e a rotina de obrigações diárias das mães com seus neonatos.

Para estimular a participação ativa das mães no GF2, o compartilhamento de seus conhecimentos, a valorização de saberes e a inserção dos sujeitos de pesquisa no contexto da realidade a ser investigada, foi utilizado o Método Criativo Sensível (MCS) com a dinâmica de criatividade e sensibilidade (DCS), denominada ALMANAQUE (CABRAL, 1998). Essa dinâmica ocorre por meio do estímulo aos recortes e às colagens de figuras, desenhos, frases e palavras relacionadas ao tema ou questão central retiradas de revistas diversificadas.

As mães foram orientadas a fazer recortes e colagens de figuras, desenhos, frases e palavras relacionadas à “Comunicação de más notícias na UTIN”. Cada mãe fez a sua arte com recortes e colagens em cartolina e, posteriormente, comentou a arte produzida.

Segunda etapa: desenvolvimento - a produção do vídeo com objetivo de sensibilizar e estimular reflexão nos residentes de Pediatria sobre a comunicação de más notícias em UTIN. Os momentos da produção do vídeo estão apresentados na Figura 4.

Figura 4 - Diagrama segunda etapa da pesquisa - Momentos da produção do vídeo

Fonte: Alves (2023).

O vídeo foi desenvolvido com áudios e imagens dos participantes da pesquisa durante a realização dos GF1 e GF2, além de recursos audiovisuais extraídos da internet (músicas e imagens), e foi direcionado aos residentes de Pediatria. A pesquisa contou com ajuda técnica de especialista na área de Comunicação na produção do vídeo.

O vídeo foi produzido a partir das diretrizes do protocolo SPIKES (KAPLAN, 2010) sob a visão teórico-metodológica da Antropologia visual (VAILATI; GODIO; RIAL, 2016; LANDA, 2017).

A estrutura do vídeo foi definida seguindo as categorias do protocolo SPIKES e foram escolhidas as imagens e falas mais representativas de cada etapa do protocolo. Por exemplo, na primeira etapa do SPIKES, referente à primeira letra S, à qual diz respeito à preparação do ambiente para comunicar as más notícias, foi escolhida uma imagem do grupo focal com os residentes e outra do grupo focal das mães com esses participantes falando que não existe local adequado para noticiar na UTIN e que esta era realizada à beira do leito dos neonatos, seguida sempre pela forma adequada para comunicá-las segundo a orientação do protocolo SPIKES, ou seja, em ambiente adequado.

A sequência foi executada para todas as etapas do protocolo SPIKES com o objetivo de estabelecer uma comparação entre a forma praticada na UTIN, o objeto de estudo e a maneira preconizada pelo SPIKES. Essa forma de produção do vídeo visou estimular a

autoavaliação dos profissionais por meio da comparação entre a maneira real e a ideal na prática da comunicação de más notícias na UTIN e, com isso, estimular a sensibilização e reflexão para uma possível modificação das atitudes no cotidiano do profissional.

Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, foram substituídos seus nomes por letras (**RES** para residentes, **MAE** para mães e **FAC** para facilitadores) posicionadas no início da fala dos participantes, facilitando a leitura e o acompanhamento. Ademais, mesmo contando com a autorização dos participantes para uso de suas imagens e falas no vídeo, optou-se por mostrá-las com a ajuda de filtros para desfocar o rosto dos participantes, mantendo o sigilo e o anonimato da pesquisa.

Terceira etapa: avaliação - aplicação e avaliação do vídeo aos residentes de Pediatria e avaliação das suas percepções sobre o vídeo. Os momentos da realização do GF3 estão apresentados na Figura 5.

Figura 5 - Diagrama terceira etapa da pesquisa - Avaliação do vídeo - Momentos do GF3

Marcação antecipada do horário	Organização e preparação do ambiente
	Acolhimento do grupo + Apresentação do vídeo
	Roteiro de perguntas (Apêndice E) baseadas no QCCM na versão para médicos/as (Anexo B)
	Percepção individual espontânea com discussão coletiva
	Análise e validação coletiva das informações produzidas
	Agradecimento e encerramento GF3

Fonte: Alves (2023).

Quatro meses após a realização dos GF1 e GF2, foi feito convite antecipado e, às 14 horas do dia 19 de dezembro de 2019, em uma sala do centro de estudos do hospital, foi realizada a etapa metodológica de divulgação e subsequente avaliação do vídeo pelos residentes (GF3). O GF3 foi centrado no estímulo à sensibilização e à reflexão a partir das diretrizes do protocolo SPIKES, com roteiro de perguntas no **Apêndice E** e teve duração de vinte e três minutos e contou com sete residentes de Pediatria. Destes, somente um não estava na primeira etapa da pesquisa.

Logo após a visualização do vídeo, foi iniciada conversa para avaliação da percepção dos residentes relacionada à contribuição do vídeo na sua sensibilização e reflexão sobre a comunicação de más notícias na UTIN. Somente três residentes opinaram nesse encontro,

com a maioria concordando com o que foi dito. Após a realização do GF3, foi feita transcrição na íntegra das informações produzidas, com posterior análise.

3.2 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES PRODUZIDAS

Análise é a interpretação das informações produzidas na pesquisa, ou seja, é ter o olhar atento para compreender essas informações, responder às questões formuladas e melhorar o conhecimento sobre o tema da pesquisa (GOMES, 2010). As informações produzidas qualitativamente foram analisadas pela abordagem analítica de conteúdo por categorias de Bardin (BARDIN, 2011), a qual teve suas etapas demonstradas no Quadro 3.

Quadro 3 - Etapas da análise de Bardin com exemplo do presente estudo

Pré análise	Escuta das gravações e Preparação do material com transcrição na íntegra das falas (o corpus)	Como é o local da comunicação das más notícias aqui? Aqui é na beira do leito!
Exploração do material	Categorização (agrupamento das unidades de registro e contexto nas categorias previamente definidas: as seis diretrizes do protocolo SPIKES)	Unidade de registro: “Aqui é na beira do leito!” Contexto: Ausência de espaço adequado para conversas
Tratamento dos resultados	Interpretação pela significação das falas	Há deficiências na comunicação entre equipe profissional e familiares

Fonte: Alves (2023).

As unidades de contexto, com suas respectivas unidades de registro dão origem às categorias que emergem do tema estudado ou são definidas anteriormente (MINAYO, 2010). Nesse contexto, as categorias determinam classificação e agrupamento de ideias na pesquisa qualitativa (GOMES, 2010). Na nossa pesquisa, as categorias foram designadas antecipadamente: as seis diretrizes do protocolo SPIKES; dessa maneira, as unidades de registro e contexto foram sendo distribuídas nas referidas categorias (diretrizes do protocolo SPIKES).

Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). A pré-análise refere-se à organização com a leitura flutuante do documento a ser analisado; na exploração, escolhem-se as unidades de codificação, incluindo as categorias para classificação e agrupamentos dos sentidos das palavras; e, por último, no tratamento, o pesquisador torna os resultados válidos e significativos. Com isso, apresenta-se um exemplo de como foi realizada a análise do nosso estudo no Quadro 3.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo as orientações da Resolução 466/12, por envolver seres humanos, o projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e somente após a sua liberação foram iniciados os procedimentos. A pesquisa teve parecer do CEP aprovado com número: 3.060.832.

Os participantes que concordaram com a pesquisa fizeram a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), produzido em duas versões: para os familiares de pacientes (**Apêndice F**) e para os profissionais (**Apêndice G**) antes do início da pesquisa. Nas duas versões do TCLE, consta o apoio da Psicologia do HU aos participantes da pesquisa, caso necessário. Os participantes não necessitaram desse apoio, porém contaram, na prática, com o acolhimento da equipe de facilitadores durante os grupos focais.

Foram mantidos sigilo e anonimato de todos/as os/as participantes da pesquisa por meio da substituição dos seus nomes por letras (**RES** para residentes, **MAE** para mães e **FAC** para facilitadores), além do uso de ferramentas (filtros para desfoque dos rostos) no manejo das imagens dos participantes durante o processo de produção do vídeo.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados segue as etapas metodológicas da pesquisa.

4.1 PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO

Seguem as caracterizações dos participantes da pesquisa nos Quadros 4, 5, 6 e 7.

Quadro 4 - Caracterização dos doze Residentes Participantes GF1

Caracterização residentes						
Gênero	Ano	Local formado	Tempo residência	Experiência CMN	Gestações	Religião
Feminino	2015	Paraíba	R2	Não	1	Católica
Feminino	2018	Alagoas	R1	Sim	0	Católica
Masculino	2017	Alagoas	R2	Sim	0	Cristianismo
Feminino	2018	Alagoas	R1	Sim	0	Evangélica
Feminino	2017	Rio Grande do Norte	R1	Sim	0	Espiritismo
Feminino	2017	Rio Grande do Norte	R1	Sim	0	Católica
Feminino	2017	Alagoas	R2	Sim	0	Católica
Feminino	2016	Pernambuco	R1	Sim	0	Cristianismo
Feminino	2016	Alagoas	R2	Não	0	Católica
Feminino	2017	Santa Catarina	R2	Não	0	Evangélica
Feminino	2017	Alagoas	R2	Nao	0	Protestante
Feminino	2018	Alagoas	R1	Sim	0	Protestante

Fonte: Alves (2023).

Quadro 5 - Características gerais dos doze Residentes Participantes GF1

Caracterização geral dos residentes	
Local de formação	
Universidades privadas	66,60%
Universidades públicas	33,30%
Ano da graduação	
2015	8,30%
2016	16,60%
2017	41,60%
2018	33,30%
Ano da residência	
R1	50%
R2	50%
Experiência em comunicação de má notícia (CMN)	
Sim	66,60%
Não	33,30%
Gestações	
Sim	8,30%
Não	91,60%
Religião	
Católica	41,60%
Cristã	16,60%
Evangélica	16,60%
Protestante	16,60%
Espírita	8,10%

Fonte: Alves (2023).

Em sua maioria, os locais de formação foram em universidades públicas (oito) e quatro em universidades privadas, e o ano de graduação dos residentes de Pediatria variou de 2015 a 2018. Somente um em 2015, dois em 2016, cinco em 2017 e quatro em 2018.

Dos doze participantes, seis eram R1 e seis R2, ou seja, estavam no primeiro ano da residência e no segundo ano da residência de Pediatria, respectivamente. Todos já tinham tido contato com as mães e seus neonatos internados. A maior parte dos residentes de Pediatria (oito) teve experiência teórica superficial em comunicação de más notícias somente na graduação, não durante a residência médica e a minoria (quatro) refere nenhuma experiência teórica, a maior parte tinha pouca experiência. Somente uma das residentes já havia passado por uma gestação com parto cesariana.

Dentre as religiões dos participantes do GF1, a católica foi predominante, sendo declarada por cinco participantes. Os demais: dois se denominaram cristãos, dois evangélicos, dois protestantes e um espírita. A maioria dos participantes se dispôs a falar, comentar as falas dos colegas e se manifestar acerca do tema e seus desenvolvimentos. As características das seis mães participantes do GF2 estão representadas no Quadro 6 e 7.

Quadro 6 - Caracterização das seis Mães Participantes GF2

Caracterizações Mães						
Mãe	Natural	Instrução	Gestações	Diagnóstico	Tempo UTIN	Religião
1	Pilar	Fundamental	1	Prematuridade	3 dias	Católica
2	Maceió	Médio	1	Prematuridade	10 dias	Nenhuma
3	Pilar	Fundamental	2	Prematuridade	11 dias	Evangélica
4	São Brás	Médio	1	Prematuridade	27 dias	Católica
5	São José da Lage	Médio	1	Prematuridade	20 dias	Evangélica
6	Maceió	Médio	1	Prematuridade	29 dias	Evangélica

Fonte: Alves (2023).

Quadro 7 - Características gerais das seis Mães Participantes GF2

Caracterização geral das Mães	
Procedência	
Maceió	66,60%
Interior de Alagoas	33,30%
Instrução	
Ensino Médio	66,60%
Ensino Fundamental	33,30%
Gestações	
1	83,30%
2	16,60%
Prematuridade	
Sim	100,00%
Não	0,00%
Religião	
Evangélica	50,00%
Católica	33,30%
Sem Religião	16,60%

Fonte: Alves (2023).

Dentre as mães do GF2, quatro eram provenientes do interior do estado e duas da capital. Com relação ao grau de instrução, quatro cursaram o ensino médio e duas somente o fundamental. Entre as religiões das mães, houve predomínio da Evangélica (três), sendo duas católicas e uma sem religião.

A maior parte das mães (cinco) teve sua primeira gestação e somente uma tinha passado pela segunda gestação. Todos os neonatos das mães pesquisadas foram prematuros e o tempo de internação variou entre 9 a 37 dias. O grupo de mães incluía, em sua maioria, mães primíparas, com primeiro filho em UTIN e baixa escolaridade.

A maioria das participantes se dispôs a falar, comentar as falas das colegas e se manifestar acerca do tema e seus desenvolvimentos. Algumas vezes as mães ficaram emocionadas, algumas prenderam o choro, outras choraram, foram acolhidas pelos

facilitadores do GF e pelas outras mães participantes, mas sem impedimentos ou incômodos para o andamento do GF.

4.1.1 Percepções das mães sobre a comunicação de más notícias durante a Dinâmica Almanaque (estratégia para estimular as falas das mães durante o GF2)

As imagens escolhidas pelas mães participantes da pesquisa durante os recortes e colagens de revistas estão representadas na Figura 6.

Figura 6 - Imagens da Dinâmica Almanaque



Fonte: Alves (2023).

As figuras escolhidas pelas mães durante a dinâmica Almanaque foram categorizadas e interpretadas a partir da análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2011) e estão resumidas no Quadro 8.

Quadro 8 - Resultados GF2 Dinâmica Almanaque: Figuras, Categorias e Unidades de registro

FIGURAS	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
Criança triste	Tristeza	MAE 1 Criança triste
Fogo	Dor	MAE 2 “...eu escolhi uma pessoa pegando fogo... CHORO. Pra representar a dor da gente... CHORO”
Cansaço	Fadiga	MAE 3 “Minha imagem foi a fadiga ou o cansaço mental e físico. O mental mexe no psicológico da gente nesse lugar. A gente sofre muito também e o cansaço físico”
Grávida/parto	Preocupação	MAE 4 “Escolhi a imagem de uma gravidez e de um parto normal. Foi uma coisa que aconteceu comigo aqui... Não me preocupava comigo, com a minha recuperação, mas me preocupava com ele”
Pedido de silêncio	Silêncio/Atenção	MAE 5 “Eu escolhi o silêncio. E também a educação. E a atenção”
Precipício/Montanha	Medo/Força	MAE 6 “Eu escolhi essa imagem porque significa muito pra mim. Um cara subindo uma montanha e atrás tem um precipício”

Fonte: Alves (2023).

Os resultados da primeira etapa dos GF 1 e GF2, em cada categoria do protocolo SPIKES, estão resumidos e demonstrados no Quadro 9.

Quadro 9 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa por categoria (diretriz do protocolo SPIKES)

CATEGORIAS SPIKES	RESIDENTES	MÃES
AMBIÊNCIA	<p>Ambiência inadequada Estrutura deficiente Comunicação à beira do leito Dificuldades no processo de trabalho Sem horário definido para conversar com as mães</p>	<p>Ambiência inadequada Estrutura deficiente Sensação de presídio e barulho Pouco acolhimento Insatisfação com regras da UTIN Pouca privacidade</p>
PERCEPÇÃO	<p>Pouca percepção das mães Pouco suporte emocional aos residentes Sobrecarga de trabalho e estresse</p>	<p>Pouca preocupação com o que as mães sabem sobre a doença dos seus filhos Insatisfação com a equipe multiprofissional Pouco apoio emocional Isolamento Pouco acolhimento</p>
CONVITE PARA CONVERSA	<p>Pouco convite para diálogo Médicos/as aguardam solicitação das mães Sobrecarga de trabalho Pouco acesso e pouca disponibilidade</p>	<p>Pouco convite para conversar Forma inadequada de convidar Medo de procurar informações</p>
COMPARTILHAMENTO DAS INFORMAÇÕES	<p>Linguagem inadequada Aprende observando Sobrecarga de trabalho e pouco tempo Pouca sensibilidade e escuta Poucas estratégias para conversar Inadequada articulação entre a equipe</p>	<p>Linguagem e comunicação inadequadas Dificuldade para entender Pouca sensibilidade</p>
EMPATIA	<p>Empatia X Capacidade técnica Dificuldade para lidar com morte em crianças Emoção é problema e não ferramenta Personalidades diferentes Frustrações e fugas Necessidade de atualização, apoio emocional e da equipe Dificuldade para falar a verdade sem tirar a esperança</p>	<p>Variedade de sentimentos Pouco suporte emocional Pouca empatia da equipe Pouca sensação de ser mãe</p>
RESUMO E ESTRATÉGIAS	<p>Melhorar sensibilidade Usar religiosidade Pensar junto às mães Esclarecer dúvidas Mais espaço e tempo para escuta Se importar com a opinião das mães Melhorar ambiência e processo de trabalho Maior valorização da humanização</p>	<p>Maior sigilo Mais respeito às opiniões das mães Maior atenção Mais sensibilidade e suporte emocional</p>

Fonte: Alves (2023).

Os depoimentos dos GF1 e GF2 na primeira etapa do estudo estão sintetizados em cada categoria do protocolo SPIKES, foram utilizados como subsídio para a produção do vídeo (descrito na seção seguinte) e estão apresentados no Quadro 10.

Quadro 10 - Resultados primeira etapa da pesquisa: Categorias e Unidades de registro GF1 e GF2

Categorias SPIKES	Unidades de registro GF COM RESIDENTES	Unidades de registro GF COM MÃES
AMBIÊNCIA	RES 1 “Aqui é na beira do leito!” RES 1 “Mas o que falta na UTI é ter um horário certo para que os pais saibam que aquele horário vai ser específico pra passar como o seu bebê tá no dia”	MAE 3 “Sobre a UTI, fiquei traumatizada com aqueles apitos” MAE 3 “...Aqueles grades, a pessoa pensa até que tá num presídio”
PERCEPÇÃO	RES 3 “A mãe disse: Doutor eu não sei o que a minha criança tem. Minha criança tem um mês e tantos dias e eu não sei o que ela tem porque ninguém me diz”	MAE 2 “Tava assim tão triste. Acho que fui eu mesma que acabei me isolando. Acho que eu me escondia. Não demonstrava o que eu tava sentindo” FAC 2 “Mas ninguém percebeu seu isolamento?” MAE 2 “Não sei” FAC 1 “Ninguém chegou pra você pra oferecer ajuda?” MAE 2 “Não”
CONVITE PARA CONVERSAR	RES 1 “A mãe fica lá parada na beira do leito, só olhando pra ver se passa alguma alma pra ver se chama e pega pra Cristo pra perguntar alguma coisa, entendeu?”	MAE 6 “Às vezes eu tava com meu filho e ela gritava: mãe venha aqui que eu quero falar com você”
INFORMAR ADEQUADAMENTE	RES 3 “O SPIKES é um roteiro, na verdade, ele não é uma coisa engessada, mas ele é uma recomendação de como você pode abordar da melhor forma. Então ele é interessante, é válido” RES 1 “A linguagem usada não foi certa pra eles. No caso da UTIN daqui, eu acho que o mais difícil de passar é, em primeiro lugar, a linguagem”	MAE 6 “Eu quando não entendia eu pedia pra repetir. Eu digo: dá pra repetir?” “Eu digo: eu sou brasileira, sou pobre, fale com linguagem de pobre. Eu não entendi o que você falou, essas palavras bonitas. Seja mais específica. Explique melhor. Ela explicava novamente e eu entendia”
EMPATIA	RES 1 “Eu preciso parar na hora pra me colocar no lugar do paciente ou do acompanhante pra saber como gostaria de receber aquela notícia. Eu tento sempre me colocar no lugar do outro, de como eu gostaria de receber aquela notícia” RES 3 “...podia ser seu filho, podia ser seu familiar” RES 1 “Depois que eu passei por essa experiência de ser mãe na Neo, aí é que você acaba tentando ter um pouco mais de sensibilidade”	MAE 5 “Tem umas enfermeira que chega de manhã e, às vezes, não dá um bom dia, não sabe chamar, simplesmente ignora a gente. Varia do profissional. O que gosta de trabalhar vai lhe comunicar e, o que não gosta, não vai se importar” MAE 6 “Tem enfermeiras que são legais e tem outras que são um carrasco. São um monstro” MAE 6 “Ela (médica) me enganou. Eu voltei pro quarto chorando muito. Aí aquilo me doía. Eu fiquei muito abalada. Eu chorei tanto, tanto!”
	RES 9 “A gente tem sempre que enfatizar que ele era um menino	MAE 3 “Elas como se fosse impor pra colocar na Canguru. Elas não perguntam se a gente quer. Tinha

Categorias SPIKES	Unidades de registro GF COM RESIDENTES	Unidades de registro GF COM MÃES
RESUMO E ESTRATÉGIAS	muito grave pra não deixar dúvida. No final eu fiz: Vocês estão com alguma dúvida?"	que ordenhar por pressão, às vezes não tinha nem leite" MAE 6 "Ser mais sigilosa com os pais" MAE 6 "Porque eu acho que o médico tem que ser médico e psicólogo ao mesmo tempo pra saber conversar com a pessoa. MAE 6 "Teve poucos momentos bons, mas teve mais dolorosos porque a maioria das profissionais são muito ruins"

Fonte: Alves (2023).

Os depoimentos das mães fazem referência à comunicação delas com a equipe multiprofissional da UTIN, não somente com os residentes de Pediatria. Assim como os depoimentos dos residentes de Pediatria se referem aos familiares e aos outros profissionais da equipe multiprofissional, não somente à sua relação com as mães.

A seguir, estão apresentados os resultados dos GF1 e GF2 em cada categoria do protocolo SPIKE.

4.1.2 Resultados Ambiência- por uma ambiência humanizada

O resumo dos resultados da primeira etapa da pesquisa para a categoria Ambiência está apresentado no Quadro 11.

Quadro 11 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Ambiência

<p>AMBIÊNCIA RESIDENTES</p> <p>Ambiência inadequada Estrutura deficiente Comunicação à beira do leito Dificuldades no processo de trabalho Sem horário definido para conversar com as mães</p> <p>AMBIÊNCIA MÃES</p> <p>Ambiência inadequada Estrutura deficiente Sensação de presídio e barulho Pouco acolhimento Insatisfação com regras da UTIN Pouca privacidade</p>
--

Fonte: Alves (2023).

Foi verificada uma unanimidade na opinião das mães dos neonatos internados e dos residentes de Pediatria sobre a necessidade de melhorar o ambiente da UTIN para favorecer o acolhimento dos neonatos, das mães, dos profissionais e estimular melhorias nas relações médico-paciente e relações médico-familiar.

Foi observado por todos/as participantes que não há local adequado para comunicação de más notícias às mães e aos familiares dos neonatos internados na UTIN do estudo. Tanto os residentes de Pediatria quanto as mães dos neonatos entendem a falta que esse local adequado faz ao serviço e aos seus usuários.

Na rotina dos/as médicos/as na UTIN, a comunicação de todas as notícias ocorre à beira do leito do bebê, em meio a todas as mães, familiares e profissionais de saúde que estiverem no plantão. Dessa forma, muitas vezes, todas as mães que ouvem as más notícias comunicadas ficam assustadas e sofrem juntas.

RES 1 “Aqui é na beira do leito!”

MAE 4 “Onde eu tiver elas falam e falam alto que não precisava” Quando eu ia perguntar as coisas, elas não chamava num cantinho pra conversar com a gente, elas falava assim, no meio de todo mundo. Eu ia lá perguntar as coisa e ela começava a falar e as menina tudo ficava olhando porque chamava atenção”

Com relação à estrutura deficiente da UTIN, as mães reclamaram do frio que sentem dentro da unidade neonatal, em especial aquelas com seus neonatos em berços comuns e sem aquecimento. Também reclamaram do frio que enfrentaram e da distância do local onde elas dormem até a unidade neonatal onde estão seus filhos. No HU, as mães descansam no sexto andar, enquanto os setores de Pediatria se encontram no terceiro andar do hospital, o que dificulta para as mães descenderem no frio, de madrugada, para acompanhar seus filhos e ordenhar leite para seus neonatos de três em três horas.

As camas onde as mães dormem também foram alvo de reclamação por não favorecer o descanso físico e mental.

MAE 3 “A cama que não favorece em nada a gente. Tô toda doída”

MAE 3 “Quando a gente tava no sexta andar tinha que descer pra UTI 5 horas da manhã naquele frio”

MAE 3 “A gente sofre muito também e o cansaço físico também. A gente se cansa demais. O mental mexe no psicológico da gente nesse lugar”

A UTIN é um ambiente muito diferente da rotina das mães e sem acolhimento, o que o torna assustador e traumatizante. As mães têm consciência da importância do silêncio para

seus neonatos e, na maioria das vezes, os neonatos se assustam com o barulho constante dentro da UTIN, produzido pelos profissionais da enfermagem e também dos serviços gerais.

MAE 3 “Sobre a UTI fiquei traumatizada, principalmente com aqueles apitos todos”
MAE 2 “É muito estressante o ambiente lá na UTI, o pior é o barulho”
MAE 5 “Elas falam alto. Não respeita os bebês que tá lá” “Conversa muito alto, ri muito alto, assustam os bebês. Se ele dormir elas faz barulho”
MAE 5 “A gente desliga o ar e elas liga” “Às vezes elas liga o ar-condicionado e fica tudo gelado”

As mães denunciam algumas práticas inadequadas e até prejudiciais aos neonatos internados na UTIN e também se revelam contrárias a algumas regras impostas na UTIN. Uma das mães enfocou a sensação de estar em um presídio, refletindo a relevância da adequada ambiência em saúde.

MAE 3 “Na Canguru a gente não vê a luz do sol. Quando a gente sai fica ofuscada. É uma alegria de tá vendo a rua. Aquelas grades a pessoa acorda e pensa até que tá num presídio”
MAE 6 “Eu acho errado isso também porque se nós não podemos entrar, eles também não poderiam usar o celular dentro da UTI”
MAE 6 “Às vezes pega no celular e acontece alguma ocorrência, alguma coisa, nem dá tempo de lavar as mãos e já pega na criança.”

Os residentes também reprovaram algumas regras da UTIN que poderiam ser revistas em casos específicos. Um exemplo é que as avós somente têm acesso às informações sobre os neonatos com os/as médicos/as uma vez por semana. Tanto os residentes de Pediatria como as mães sentiram falta de horários pré-determinados para a comunicação de notícias aos familiares dos neonatos internados.

RES 1 “Mas o que falta na UTI é ter um horário certo para que os pais saibam que aquele horário vai ser específico pra passar como o seu bebê tá no dia”
RES 2 “A avó não conseguia saber notícia. Aí não deixavam ela entrar: Não. Não pode entrar. Só nas segundas”

A comunicação da má notícia se inicia pela preparação da ambiência e pela forma não verbal. Alguns residentes explicitaram a comunicação não verbal inadequada ao conversar com as mães, atitude que representa a falha na formação médica e a necessidade dos residentes de evitar, a todo custo, a emoção nas relações com os pacientes e familiares, o que dificulta a humanização e prejudica o diálogo (**RES 11** “Eu tinha que desviar o olhar, fazer outra coisa, eu tinha que sair dali.”).

4.1.3 Resultados Percepção- percepção do médico sobre o que a família sabe da doença de seu filho

O resumo dos resultados da primeira etapa da pesquisa para a categoria Percepção está apresentado no Quadro 12.

Quadro 12 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Percepção

<p>PERCEPÇÃO RESIDENTES</p> <p>Pouca percepção das mães Pouco suporte emocional aos residentes Sobrecarga de trabalho e estresse</p> <p>PERCEPÇÃO MÃES</p> <p>Pouca preocupação com o que as mães sabem sobre a doença dos seus filhos Insatisfação com a equipe multiprofissional Pouco apoio emocional Isolamento Pouco acolhimento</p>

Fonte: Alves (2023).

Antes de iniciar qualquer conversa com notícias difíceis, torna-se essencial perceber o que os pacientes e seus familiares sabem sobre a doença, se têm vontade de saber, quais são suas dúvidas para permitir uma conversa clara e esclarecedora. Os participantes observam, em ambos os grupos, que há pouca preocupação com a percepção das mães dos neonatos internados. Os residentes descrevem o que observam sobre o trabalho dos médicos durante os seus plantões na UTIN.

RES 6 “Não foi passado nenhuma informação de como esse bebê tava”

RES 3 “A mãe disse: Doutor eu não sei o que a minha criança tem. Minha criança tem um mês e tantos dias e eu não sei o que ela tem porque ninguém me diz”

MAE 2 “Tava assim tão triste. Acho que fui eu mesma que acabei me isolando. Acho que eu me escondia. Não demonstrava o que eu tava sentindo”

FAC 2 “Mas ninguém percebeu seu isolamento?”

MAE 2 “Não sei”

FAC 1 “Ninguém chegou pra você pra oferecer ajuda?”

MAE 2 “Não”

Os profissionais de saúde não percebem o que as mães sabem ou querem saber sobre seus filhos. Essa pouca percepção, aliada à escassa comunicação ou à comunicação inadequada entre equipe profissional e mães na UTIN, levam a dúvidas dos familiares sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamentos dos neonatos, causando desentendimentos e confusões que poderiam ser evitados.

RES 1 “Aí a gente pensa: Como é que ela pensou isso? Mas é o entendimento dela”

MAE 6 “Não entendi o que ela falou não”

RES 6 “Tinha uma mãe que não tava ordenhando, o bebê não tava no peito e ela pensava que o menino tava mamando no peito de outra que não era o dela. Foi uma confusão”

Os residentes de Pediatria justificam que essa ausência de percepção se deve à sobrecarga de trabalho, à escassez de pessoal especializado, materiais e à pouca oferta de leitos para uma alta e constante demanda em um ambiente estressante e que não dá suporte estrutural e nem psicológico aos seus profissionais.

RES 3 “Eu sei que é necessária sensibilização, mas acho que o profissional não valoriza isso porque a própria estrutura não ajuda, nem o processo de trabalho, com sobrecarga de trabalho”

Algumas residentes de Pediatria reclamam de pouco apoio emocional na UTIN. As mães também sentem falta do apoio psicológico na UTIN, além do acolhimento e da comunicação adequada por parte de alguns profissionais da equipe multidisciplinar, reconhecendo a necessidade de suporte para os profissionais em formação.

RES 11 “Eu acharia importante também a gente ter o apoio psicológico porque não é toda hora que tem alguém”

MAE 6 “Se ela não puder conversar, mande a equipe de psicólogas nos ajudar, né?”

MAE 5 “Tem umas enfermeira que não sabe falar com a gente”

FAC 1: “E você teve apoio de alguém aqui no hospital?”

MAE 4: “Ninguém”

FAC 1 “A psicóloga foi conversar?”

MAE 2 “Conversou comigo, mas já quando ele tava na UCI”

FAC 2 “Na UTI você não teve?”

MAE 2 “Não”

Alguns residentes do gênero feminino enfatizam a necessidade de perceber a sensibilidade e a vulnerabilidade das mães na UTIN. A maioria das mães é muito jovem e sai de uma gravidez e de um parto difícil, sozinha, sem apoio da família e nem do companheiro. Da mesma forma, alguns casais jovens têm que amadurecer rápido nesse contexto de vivência em UTIN.

RES 11 “Ontem mesmo tinha uma criança com 12 anos já sendo mãe e aí na maioria das vezes já acabou o relacionamento e a mãe fica com toda aquela sobrecarga, às vezes nem ela fica, entrega pra avó ou outros cuidadores”

RES 11 “E em meio a tudo isso, esses não planejamentos da adolescência, era um casal de adolescentes, a mãe com 17 e o menino já saindo da adolescência com seus 18 ou 19 anos e os dois juntos, fortes ali preocupados, sabe? Como eles amadureceram naquele período!”

4.1.4 Resultados Convite- aprender a convidar a família para conversar

O resumo dos resultados da primeira etapa da pesquisa para a categoria Convite está apresentado no Quadro 13.

Quadro 13 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Convite

<p>CONVITE</p> <p>RESIDENTES</p> <p>Pouco convite para diálogo</p> <p>Médicos/as aguardam solicitação das mães</p> <p>Sobrecarga de trabalho</p> <p>Pouco acesso e pouca disponibilidade</p> <p>MÃES</p> <p>Pouco convite para conversar</p> <p>Forma inadequada de convidar</p> <p>Medo de procurar informações</p>
--

Fonte: Alves (2023).

Convidar para conversar é um ato comum do nosso dia a dia. Somos seres sociais, vivendo e convivendo em sociedade. O nosso ambiente de trabalho também é lugar de convívio social, de conversas e de compartilhamento de informações. Quando não há convite e nem tempo para conversar, estamos abrindo espaço para desentendimentos e discussões evitáveis. Os resultados da pesquisa demonstraram que existem falhas no ato de convidar para compartilhar os conhecimentos e as notícias sobre diagnóstico, evolução, prognóstico e tratamento dos neonatos na UTIN.

Tanto os residentes quanto as mães percebem que são poucos os convites que disponibilizam espaço e tempo para conversar, tirar dúvidas e reduzir os impactos do medo e do desconhecido nas mães dos neonatos. Os residentes notam que poucos/as médicos/as convidam para a conversa e que a maioria fica esperando as mães solicitarem as informações. Quando o convite para conversar acontecia, era realizado de forma inadequada, por meio de gritos.

RES 1 “A mãe fica lá parada na beira do leito, só olhando pra ver se passa alguma alma pra ver se chama e pega pra Cristo pra perguntar alguma coisa, entendeu?”

RES 1 “Dependendo do profissional, mas a maioria espera a mãe do paciente ir atrás”

MAE 6 “Então eu acho que as médicas deveriam chamar a gente pra conversar”

FAC 2 “Quem dava as notícias pra você nesse processo todo?”

MAE 2 “A médica. Mas eu ia perguntar”

MAE 6 “Às vezes eu tava com meu filho e ela gritava: mãe venha aqui que eu quero falar com você”

Os residentes percebem que as mães procuram notícias por meio dos/as médicos/as que ficam mais tempo com seus neonatos, como os residentes de Pediatria. Por outro lado, as mães enfatizam que evitam procurar os residentes, as psicólogas e os plantonistas e buscam dos/as médicos/as diaristas as informações mais acertadas.

RES 1 “Na UTI Neo eu acho que as mães ficam muito perdidas. As bichinhas ficam correndo atrás das plantonistas. Elas gostam quando tem residente porque a gente tá todo dia os dois horários”

MAE 6 “Eu não preciso de psicóloga porque, às vezes, ela não sabe conversar. Disse de um jeito que eu fiquei pior do que eu tava, então em alguns momentos, psicóloga, eu acho que não presta também”

MAE 4 “Aí eu falei com a Dra que vai todo dia lá. Fiquei no pé dela até ela chegar pra olhar meu menino”

FAC 2 “A sua comunicação lá era estabelecida com quem? Com que profissional? Médico, enfermeiro, técnico?”

MAE 6 “Com a Dra diarista”

Algumas mães deixam de procurar informações por receio de serem mal atendidas ou de escutar as más notícias e, por outro lado, alguns residentes deixam de convidar as mães para conversar por causa da sobrecarga de trabalho. Nesse contexto, entende-se conversa com a mãe como ação secundária, menos importante, no trabalho diário da UTIN.

MAE 2 ”Tinha tanto medo de ter alguma notícia ruim que nem procurava”

MAE 2 “Eu tinha até medo de perguntar como ele estava. Eu tinha medo porque tinha umas médicas que são muito grossas, sabe? eu tinha até medo de perguntar como ele tava”

RES 1 “Então às vezes não dá tempo de você conversar com a mãe”

4.1.5 Resultados Conhecimento- compartilhamento adequado das informações

O resumo dos resultados da primeira etapa da pesquisa para a categoria Conhecimento está apresentado no Quadro 14.

Quadro 14 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Conhecimento

COMPARTILHAMENTO ADEQUADO DAS INFORMAÇÕES
RESIDENTES Linguagem inadequada Aprende observando Sobrecarga de trabalho e pouco tempo Pouca sensibilidade e escuta Poucas estratégias para conversar Inadequada articulação entre a equipe
MÃES Linguagem e comunicação inadequadas Dificuldade para entender Pouca sensibilidade

Fonte: Alves (2023).

Não é fácil, mas é necessário e relevante o aprendizado para compartilhar informações adequadamente na área da saúde. Os residentes concordam que os passos do protocolo SPIKES ajudam no aprendizado da comunicação das más notícias e alguns deles não compreendem o conceito de má notícia e de início, lembram somente da notícia sobre a morte, mas depois percebem seu significado mais amplo.

RES 3 “E a gente tem que ter a maturidade que cada vez que acontecer é uma experiência a mais, é um pouco de maturidade que a gente ganha”

RES 3 “É um processo realmente difícil. São situações atípicas, às vezes nem os profissionais mais competentes podem evitar essas dificuldades”

RES 3 “O SPIKES é um roteiro, na verdade, ele não é uma coisa engessada, mas ele é uma recomendação de como você pode abordar da melhor forma. Então ele é interessante, é válido”

RES 3: “É comunicar uma situação de morte ou doenças que tenham sequelas, enfim. Então muitas vezes o profissional não sabe como lidar com o conceito”

É direito do paciente e dos seus familiares ter conhecimento sobre a sua doença e é dever do médico compartilhar as informações de forma compreensível aos familiares, o que difere do resultado encontrado em nosso estudo, onde as mães reclamam que os profissionais não falam a mesma língua, têm opiniões contrárias e não se comunicam adequadamente com as mães na condução dos casos, como a fala seguinte: **MAE 4** “Uma disse que meu menino ia precisar tomar sangue, já a outra disse que não precisava tomar sangue” **MAE 6** “Então eu digo: É falta de comunicação dos profissionais!”

Na UTIN, a linguagem inadequada para comunicação das notícias foi uma falha observada pelos participantes nos dois GFs, e alguns residentes responsabilizam as mães pelo não entendimento da linguagem usada nas conversas.

MAE 6 “Porque tem uns que fala como se tivesse escrevendo aquelas garrancheiras. Não explica direito. Eu quando não entendia eu pedia pra repetir. Eu digo: dá pra repetir? Eu digo: eu sou brasileira, sou pobre, fale com linguagem de pobre. Eu não entendi o que você falou, essas palavras bonitas. Seja mais específica. Explique melhor. Ela explicava novamente e eu entendia”

RES 1 “Aí a gente tinha que contar pra mãe que o entendimento era menos um”

Outros residentes assumiram a sua dificuldade na utilização de linguagem compreensível pelas mães, como a fala seguinte: **RES 1** “A linguagem usada não foi certa pra eles. No caso da UTIN daqui, eu acho que o mais difícil de passar é, em primeiro lugar, a linguagem”. O processo de trabalho no cotidiano da UTIN exige muito dos/as médicos/as e interfere na comunicação e nas relações, e, por isso, a pressa e a rapidez para comunicar-se com as mães, associadas a uma linguagem pouco acessível, dificultam o entendimento.

RES 3 “Às vezes, até pela rotina, pelo fluxo que é intenso, principalmente em UTI, UTI Neo, que a rotatividade é grande, que a necessidade de leitos é constante e muitas vezes o profissional não respeita o time do paciente e do acompanhante. Deveria ser mais gradual, ter todo um processo de conversa, de convencimento então deveria ser um processo mais lento, mais gradual”

RES 2 “Aí a passagem dos casos também é rápida, mas eles não assimilam logo. Aí a gente acha: Já passei, já falei com os pais, vou passar pros outros e aqueles ficam lá ainda, processando a ideia e tudo tem que ser rápido”

RES 1 “Ela me perguntou: mas o que é o estável? Que eu não sei o que é o estável. Aí eu fui explicar pra ela”

FAC 1 “O profissional fala que é grave, gravíssimo e não explica exatamente o que significa isso, estável e instável também. As mães reclamam muito disso”

Os residentes reclamam que têm que repetir várias vezes as mesmas informações para serem compreendidos e que essa dificuldade de entendimento dos pais atrapalha a comunicação com os/as médicos/as. Afirmam que esse escasso entendimento se deve à baixa escolaridade, mas alguns verificam que o problema vai mais além do que o grau de instrução e atribuem ao trauma pelo qual os pais passam como um fator responsável pela dificuldade de entendimento. Não houve, nesse momento, compreensão dos sentimentos dos familiares, seus medos e suas angústias relacionados à internação de seu neonato.

RES 1 “O entendimento dos pais é o que mais atrapalha a comunicação da má notícia na UTI Neonatal. Alguns pais não têm entendimento nenhum pra você, mesmo você tentando falar com linguagem muito básica”

RES 1 “A gente explicou que o resultado que tinha dado era um tipo de câncer. Acho que a primeira reação foi que ela não entendeu muito bem, a gente explicou de novo, umas 20 vezes, na verdade. A gente explicou, explicou, explicou, repetiu várias vezes de formas diferentes que era pra ver se alguma delas, ela se adaptava e entrava pra entender”

RES 1 “Todo dia você tem que reforçar a mesma coisa porque a maioria ali não entende, mesmo você tendo muita boa vontade que ele entenda”

RES 1 “A gente usa muito estável e instável e a gente acha que o pessoal entende, mas não entende. Ela não entendeu. E ela não é uma pessoa de escolaridade muito baixa. Não é. E ela não entendeu”

RES 3 “Às vezes não é o entendimento. É o trauma! Porque é traumático!”

Com relação à sala de parto, houve opiniões diferentes entre as mães. Algumas referem pouca comunicação e outras tiveram boas experiências com os profissionais de saúde daquele setor, como a fala seguinte: **MAE 3** “Mas teve um momento que amarraram minhas mãos e eu não sei o porquê”. **MAE 5** “Eles me explicaram tudo direitinho. Realmente é normal amarrar quando a gente toma anestesia”

Os residentes percebem falhas no planejamento de estratégias para se comunicar adequadamente com as mães, como pouca sensibilidade e escassa preparação teórica para comunicação de notícias, sejam elas boas ou más. Da mesma forma, as mães sentem a pouca sensibilidade no ato médico de comunicar as notícias.

RES 3 “Eu acho que falta estratégias para se conectar ao paciente. Por exemplo, eu já perguntei: Por que você acha que ele tá na incubadora? Pra saber a opinião do paciente. A ideia é fazer ele raciocinar pra você pegar o que você tá raciocinando e chegar junto: É isso”

RES 1 “Eu acho que quando você vai falar com uma mãe, principalmente uma mãe que seu filho tá na UTI Neo, eu acho que deveria ter uma sensibilidade maior e ter, pelo menos alguma informação de como você chegar numa mãe pra dar qualquer informação do bebê, mesmo sendo um bebê com uma evolução boa ou não, mas eu acho que isso peca muito aqui na Neo”

MAE 2 “Tinha umas médicas que são muito frias”

4.1.6 Resultados Empatia- colocar-se no lugar da família

O resumo dos resultados da primeira etapa da pesquisa para a categoria Empatia está apresentado no Quadro 15.

Quadro 15 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Empatia

<p>EMPATIA RESIDENTES Empatia X Capacidade técnica Dificuldade para lidar com morte em crianças Emoção é problema e não ferramenta Personalidades diferentes Frustrações e fugas Necessidade de atualização, apoio emocional e da equipe Dificuldade para falar a verdade sem tirar a esperança</p> <p>EMPATIA MÃES Variedade de sentimentos Pouco suporte emocional Pouca empatia da equipe Pouca sensação de ser mãe</p>

Fonte: Alves (2023).

Ter empatia é colocar-se no lugar do outro. Essa qualidade é essencial nas conversas difíceis. Os residentes de Pediatria referem tentar colocar-se no lugar do outro em momentos difíceis e, mesmo sem ter o treinamento teórico e nem a experiência prática na comunicação de más notícias, utilizam o bom senso em momentos estressantes.

RES 1 “Eu não tive nenhuma experiência teórica em relação a isso, mas eu tento sempre usar o bom senso”

RES 1 “Eu não sei se eu faço certo. Eu tento sempre empregar o bom senso”

RES 1 “Eu preciso parar na hora pra me colocar no lugar do paciente ou do acompanhante pra saber como gostaria de receber aquela notícia se fosse o meu filho ou se fosse algum familiar meu”

RES 1 “Eu tento sempre me colocar no lugar do outro, de como eu gostaria de receber aquela notícia”

RES 9 “Então eu tento praticar a empatia com as famílias”

RES 11 “Consegui fazer um pouco do que eu tô em aprendizado e, naquele momento, eu senti que eles ficaram confortados, agradeceram”

Entretanto, as mães participantes da pesquisa reclamam que os profissionais de saúde as ignoram. Até os próprios residentes reconhecem que há médicos/as que não têm empatia ao conversar com os familiares dos neonatos.

FAC 1 “Mas a reclamação sempre maior é direcionada aos médicos”

RES 10 “Porque tem médico que Nossa! O colega que atendeu a paciente disse: Isso é um absurdo! Ela não tá assim de agora não! Isso é culpa de vocês. Imagina pra família ouvir isso? Sem saber o que realmente aconteceu”

MAE 5 “Tem umas enfermeira que chega de manhã e, às vezes, não dá um bom dia, não sabe chamar, simplesmente ignora a gente”

MAE 5 “Varia do profissional. O que gosta de trabalhar vai lhe comunicar e, o que não gosta, não vai se importar”

RES 3 “As mães conversam entre si na enfermaria, tanto de UTI, quanto de UCI, de enfermaria, sabe? Quem é o plantonista de hoje? É fulano de tal. Não vou poder perguntar nada hoje que eu sei que ele não vai me dar informação! Quem é o técnico que tá hoje? Meu Deus do céu! Ele vai fazer tudo de qualquer jeito! Então essas

coisas realmente acontecem. E aí quando é aquela plantonista mal humorada, carrancuda: Tá do mesmo jeito! Passa as informações bem superficialmente”

As mães referem sofrimento por não serem acolhidas adequadamente na UTIN, especialmente no momento da comunicação das notícias difíceis. A deficiência na empatia e a frieza nas relações foram referidas por todas as mães participantes da pesquisa, causando sentimentos de dor e desesperança.

MAE 4 “Devia falar pessoalmente pra pessoa. Não precisa falar pra todo mundo ouvir. Não precisa todo mundo saber não” Nós mães conversa entre a gente quais as enfermeiras que presta e as que não presta e as médicas que falavam, que davam notícia assim. Eu já vi que ele tava grave mesmo. Isso machuca. Dói”

MAE 6 “Ela me desenganou. Eu voltei pro quarto chorando muito”

MAE 6 “Aí aquilo me doía. Aquele processo todinho eu fiquei muito abalada”

MAE 6 “Eu chorei tanto, tanto!”

A empatia reduz o estresse nos familiares por permitir a discussão de suas ansiedades e seus medos, enquanto a dificuldade de empatia nas relações em UTIN leva a uma fragilidade emocional que dificulta ainda mais essa vivência.

MAE 2 “É difícil porque eu tinha medo de tocar. Na primeira vez que eu fui visitar ele eu não consegui nem tocar. Não toquei no meu filho. Tinha medo de machucar ele. Medo de fazer alguma coisa de errado porque ele era tão pequenininho e eu tinha medo”

MAE 4 “Eu mesma sinto que eu tô entrando em depressão aqui”

MAE 2 “Quem é mãe de prematuro, a gente sofre demais porque, eu pelo menos, quando meu filho nasceu, eu chorei muito, mas não era um choro de felicidade, era um choro de tristeza porque eu achei que ele não iria sobreviver”

Uma das mães participantes não entende o motivo da pouca empatia da equipe multiprofissional com os familiares dos neonatos e reclama das atitudes da enfermagem no cuidado com os neonatos.

MAE 6 “Até discutir com as enfermeiras eu já discuti. Porque não é só o meu filho, mas ela não gostaria que fosse o filho dela que fosse lá e tivesse outra pessoa maltratando o menino dela”

MAE 6 “Tem enfermeiras que são legais e tem outras que são um carrasco. São um monstro. Isso não é justo. Se eu escolhi uma profissão, qualquer que seja, tem que fazer com amor porque foi a profissão que eu escolhi, senão eu tinha procurado outro destino, né?”

As mães também assumiram sentir culpa pela prematuridade de seus filhos. Isso interfere negativamente na relação mãe-bebê e dificulta o cuidado e a evolução dos prematuros.

MAE 2 “Eu não aceitava sabe? Ele ter nascido prematuro. Eu me culpei”

MAE 2 “A gente sempre se culpa de ver ele ali naquela incubadora tão frágil. É difícil. Eu achei que ele não ia sobreviver. Foi difícil pra mim aceitar”

MAE 6 “Quando eu vi ele chorando ali e ele chorava muito, eu dizia: Meu Deus a culpa é minha porque ele nasceu perfeito, se não fosse meus problema ele nasceria bem. Eu me sentia culpada. Eu chorava demais”

Houve desabafos de alguns participantes sobre a sua sensação de não ser mãe enquanto os seus filhos estavam na UTIN, pois havia muito pouco contato físico com eles, diferentemente do setor Mãe-Canguru. Os residentes de Pediatria também percebem essa sensação da mãe não poder exercer seu papel na UTIN, onde o foco é sempre o neonato e as mães são, na prática, ignoradas. Além disso, os residentes referem uma relação entre a má evolução de alguns neonatos com as chamadas “mães difíceis”. atribuindo, a essas mães “difíceis” de lidar, a má evolução dos seus filhos.

RES 1 “Quando a mãe entende o que é, quando ela tá disposta a ajudar, você vê que parece que a evolução do menino é melhor. Parece que as coisas fluem mais leves, fluem melhor no serviço”

RES 1 “A mãe era meio complicada no começo, mas depois ela foi se adaptando mais ao serviço”

RES 3 “Às vezes só com a incubadora eles sentem medo de tocar no bebê, até a maternidade não é exercida. A criança tá lá numa redoma e a mãe não exerce o papel de mãe de fato. Ela não pega na sua criança, ela não tem acesso”

MAE 6 “Porque eu não sentia aquela coisa de mãe e filho porque não podia tocar, não podia botar no colo, não podia cheirar, amamentar”

MAE 2 “Na Canguru, graças a Deus, foi que eu, realmente, me senti mãe dele. Eu pude pegar no colo, eu pude cuidar do meu filho”

Foram produzidas falas pelos residentes sobre a importância dos comportamentos não verbais nas relações em saúde, muitas vezes esquecidos no dia a dia corrido da UTIN.

RES 3 “Ela disse que a plantonista balançou com a cabeça, como se dissesse que não tinha mais o que fazer e foi muito traumático pra ela”

RES 3 “Ele sabe que pode contar com você. Então é isso. Conte sempre comigo, mesmo que seja com um abraço, mesmo que seja ficar do seu lado”

RES 3 “E eu não sabia o que dizer. Não tem o que dizer nessas horas. Fiquei do lado dele. Dei um tempo pra ele se recompor”

Algumas vezes, os residentes não sabem o que fazer em um momento de estresse e pressão que demanda calma e sensibilidade e sentem dificuldade para equilibrar sensibilidade e competência técnica. Para eles, a emoção é um problema e deve ser evitada ao exercer a sua profissão, a qual se torna ainda mais difícil por lidar com morte em crianças. Além da tristeza de lidar com a morte em crianças, os residentes se cobram e sofrem quando não conseguem estabelecer o diagnóstico e quando não conseguem prever como será o prognóstico ou o tratamento futuro da criança.

RES 4 “Pra mim é uma das coisas mais difíceis da má notícia e uma das mais angustiantes pra gente que é profissional médico. É uma mãe perguntar o que seu filho tem e a gente responder: Eu não sei explicar o que o seu filho tem. Eu acho que a parte que a gente se sente fragilizada é quando os pais querem saber o prognóstico e a gente não sabe dizer”

RES 1 “Eu acho ainda mais difícil, no nosso caso da Pediatria, porque é com o filho de alguém, é uma criança. Então eu acho que é mais delicado”

RES 3 “A gente passa por situações difíceis todo tempo e às vezes a gente acha que a Pediatria não é assim. A gente acha que é tudo sempre feliz demais”

RES 11 “Foi muito triste. Foi meu primeiro contato, não com a morte, porque a gente lida com isso desde o primeiro ano, mas a primeira morte com criança. Essa foi a lembrança pior que eu tive”

RES 1 “Ele chorou, se desesperou e eu fiquei muito em choque”

RES 11 “Aí eu parei e totalmente despreparada, comecei a chorar”

RES 3 “A gente tem que manter a serenidade pra poder dar a notícia tão difícil e, ao mesmo tempo, dar a segurança que o paciente precisa num momento tão difícil”

RES 3 “Eu não tenho filhos, mas quem tem filhos, acaba vendo seu filho ali numa situação parecida, podia ser seu filho, podia ser seu familiar”

Os residentes sentem-se fracos durante algumas vivências que envolvem emoção na Pediatria, pois não foram treinados para lidar com as afetações, e sim para sempre demonstrarem força e transmitirem segurança para os pacientes e familiares. Tentam se policiar para reprimir as emoções na construção das relações médico-paciente e médico-familiar e não reconhecem que a emoção também faz parte do ato de se relacionar com os pacientes e seus familiares. Estabelecem, mesmo sem perceber, como fraqueza, a possibilidade de demonstrar as suas emoções.

RES 3 “Eu acho que a gente tem que ter, principalmente, a serenidade num momento tão difícil, porque querendo ou não, a gente acaba usando a empatia e transpondo a parte do profissional”

RES 11 “Eu não podia sair porque eu ia chorar e ia só atrapalhar”

RES 2 “A gente fica se policiando nesse sentido”

RES 3 “Porque ele vai encontrar em você o porto seguro”

RES 3 “E às vezes a gente tem que ter feeling de não se envolver ao ponto de se desfazer”

RES 3 “Sempre que eu falo, eu me arrepio porque foi muito marcante para mim.”

RES 11 “Na hora de dar a notícia eu comecei a chorar, sem condições, comecei a chorar e a lembrar da minha sobrinha”

RES 11 “Aí toda vez que os pais chegavam lá com o semblante muito triste, eu que sou muito chorona, não aguentava. Eu tinha que desviar o olhar, fazer outra coisa, eu tinha que sair dali porque eu ficava com os olhos marejados. As técnicas da UTIN percebiam”

De repente, em algum momento na prática, percebem que compartilhar emoção e ter empatia representam ferramentas para melhorar as relações médico-paciente e médico-familiar.

RES 11 “Eu conversei com os pais, eles choraram, os meus olhos ficaram marejados de lágrimas e eu dei conforto. Eu ia ali, chorar junto com eles, tentando confortar e também aprender”

FAC 3 “Então talvez, reconhecer que essa emoção tá na relação. Não ficar negligenciando essa emoção que ela pode, inclusive, ajudar na relação”

Depois que passou pela experiência pessoal de ter um filho prematuro, uma das residentes percebeu que deveria ter mais sensibilidade com as mães dos neonatos da UTIN. E suas vivências pessoais com problemas de saúde na família também a fizeram reavaliar suas atitudes no trabalho. A mesma residente evidenciou a sensibilidade das mulheres no puerpério, uma vez que já havia passado por essa fase de intensas alterações hormonais.

RES 1 “Eu tenho experiência. Meu filho também ficou em UTI Neo. Depois que eu passei por essa experiência de ser mãe na Neo, aí é que você acaba percebendo a sensibilidade, tentando ter um pouco mais de sensibilidade”

RES 1 “Eu tenho experiência na família. A minha irmã teve bebê que voltou pro hospital pela icterícia. A pediatra entrou na sala e começou a jogar um monte de informação na minha irmã. A minha irmã abriu o berreiro a chorar. Ela simplesmente se virou e foi embora e deixou a minha irmã chorando, não quis nem saber, não deu outras informações. Chega dá uma tristeza porque a gente também é da área”

RES 1 “Não é só isso. Tem todo o puerpério, a parte hormonal, que a mulher, geralmente, fica mais sensível”

Os residentes participantes observam que alguns médicos/as plantonistas se distanciam ou delegam essa competência difícil de comunicar más notícias para outros profissionais da saúde com o objetivo de evitar o sofrimento ou para esconder as suas fragilidades. Em alguns dias, por motivos pessoais, aquele médico/a pode não estar bem para essa tarefa. Há que se respeitar as condições emocionais pelas quais os médicos/as estão passando no momento da comunicação de notícias difíceis, sendo essencial, então, ter apoio da psicologia e de um colega médico no plantão.

RES 8 “Eu acabei dando uma notícia com a equipe da oncologia de uma criança de linfoma e eu tô com um problema com a minha mãe operada em casa e pra mim foi ruim e eu saí e deixei elas dando a notícia sozinhas porque, não que eu não esteja preparada, mas o momento pra mim não era o melhor”

RES 3 “Eu acho que tem que se respeitar porque às vezes a gente, profissional, não tá bem naquele dia pra dar aquela notícia, né? Não é que você vai passar a bola, mas tem que ser a melhor pessoa no melhor estado pra dar a notícia difícil, então se você realmente não tiver bem, não dê a notícia porque é pela questão emocional mesmo”

RES 3 “A pessoa também tem que ter essa autocrítica de perceber, de se entender e se respeitar também”

RES 3 “Melhor pedir apoio a outro colega do que dar uma notícia e não ser a pessoa mais adequada”

RES 11 “Eu acharia importante também a gente ter o apoio psicológico”

RES 3 “Só que a criança foi a óbito e na hora de dar a notícia o plantonista falou assim: Chama a psicologia”

Alguns residentes comentam sobre as diferenças pessoais de personalidade de cada médico como justificativa para as fugas e notam que alguns colegas médicos/as fazem de tudo para evitar a morte do paciente em seu plantão para não ter a obrigação de comunicar essa má notícia à família. Além disso, a sobrecarga de trabalho também foi considerada um obstáculo que deve ser transpassado quando se trata de relações interpessoais na saúde.

RES 1 “Você pode estar sobrecarregado, mas você precisa começar a entender a importância do que é aquilo e o que pode passar pro seu paciente”

RES 11 “Faz parte dar más notícias. A gente não pode negligenciar a gravidade do caso, mas deve procurar alguma coisa pra se agarrar, pra passar pra aquela família e também não deixar de dizer que tudo que está ao nosso alcance a gente tá fazendo”

RES 3 “Mas, enfim, é não é fácil dar más notícias”

RES 9: “Tem uns meninos super mal, mas o profissional diz: No meu plantão ele não vai morrer!”

RES 3 “Porque ele não se sente bem, ele não quer estar marcado com o episódio de morte”

RES 3 “Tem profissional que não quer, que não se sente bem em fazer comunicação de más notícias e de morte”

Muitas vezes, atitudes pouco valorizadas pelos profissionais podem ser lembradas por toda a vida dos pacientes e suas famílias, tanto positivamente quanto negativamente, e, dessa maneira, os residentes precisam entender a importância de comunicar a verdade sem reduzir a esperança das famílias.

RES 11 “Era uma criança que tava desacreditada pelos profissionais e aí a gente olha pra ela hoje e não diz que passou pelo que passou”

RES 1 “Ele foi desacreditado! E falaram pra mãe dele: seu bebê é muito grave. É muito difícil dele sobreviver com 500 gramas. Simplesmente a mãe fica ali, ela fica desesperançosa e, de repente é um bebezinho de 27 semanas que nasceu com 500 gramas e hoje tá com 1 quilo e trezentos, isso é maravilhoso!”

RES 9 “Olha eu fiquei com o coração na mão quando ela agradeceu, porque a coitada! Eu só olhei no computador, eu nem vi a criança e ela me agradecendo porque eu tinha contado mais sobre a criança dela do que ela já tinha ouvido antes”

RES 4 “A gente vê quanto essas más notícias repercutem na vida dos pacientes”

4.1.7 Resultados Estratégia e Resumo- resumo das informações e estratégias terapêuticas

O resumo dos resultados da primeira etapa da pesquisa para a categoria Estratégia e Resumo está apresentado no Quadro 16.

Quadro 16 - Resumo dos resultados primeira etapa da pesquisa para a categoria Estratégia e Resumo

<p>ESTRATÉGIAS RESIDENTES Melhorar sensibilidade Usar religiosidade Pensar junto às mães Esclarecer dúvidas Mais espaço e tempo para escuta Se importar com a opinião das mães Melhorar ambiência e processo de trabalho Maior valorização da humanização</p> <p>ESTRATÉGIAS MÃES Maior sigilo Mais respeito às opiniões das mães Maior atenção Mais sensibilidade e suporte emocional</p>
--

Fonte: Alves (2023).

Seguindo os passos do protocolo SPIKES, ao final da conversa com os pais e familiares dos neonatos, os/as médicos/as precisam fazer um resumo do que foi comunicado para reforçar a compreensão e esclarecer as dúvidas, além de traçar estratégias para o futuro do paciente junto com a família. Alguns residentes relatam suas práticas relacionadas ao esclarecimento das dúvidas dos pais.

RES 11 “Ela fala comigo pra tirar dúvidas”

RES 9 “Depois eu ainda perguntei se eles tinham alguma dúvida”

RES 9 “No final eu fiz: Vocês estão com alguma dúvida?”

RES 9 “A gente tem sempre que enfatizar que ele era um menino muito grave pra não deixar dúvida”

Para conversar sobre doenças graves e morte, alguns médicos/as utilizam a religiosidade e a fé como estratégias para comunicar as piores notícias às mães, o que pode intensificar seus medos e suas angústias.

RES 3 “Chegou ao ponto da plantonista falar: Pode morrer a qualquer momento. Se apegue com Deus!”

FAC 3 “Os plantonistas falam de se apegar com Deus”

FAC 1 “Falam que não tem mais jeito e se apegue com Deus que é a única solução”

Os residentes compreendem a importância das capacitações na área da comunicação de más notícias e, dessa forma, incentivam os treinamentos nessa área, mesmo percebendo a desvalorização dos/as médicos/as em humanização e acolhimento e lembram da necessidade de todos da equipe médica da UTIN serem capacitados.

RES 1 “O que falta muito é chegar na equipe que tá trabalhando. Tem muito residente de fora, que provavelmente não vai trabalhar aqui, e que tá fazendo a residência e depois pode ir embora do serviço e o serviço acaba continuando com os plantonistas e acaba não chegando neles, entendeu? E que eu acho que é muito importante chegar neles também, não só no residente. Porque, às vezes a gente não consegue passar os conhecimentos pra eles”

RES 1 “A gente teve curso do setor Mãe Canguru. Muitos plantonistas ficaram zombando porque a gente tava sendo obrigado a ir e foi um curso excelente”

Na maioria das vezes, a baixa sensibilidade dos profissionais aos cursos oferecidos é justificada pelo processo de trabalho com sobrecarga de serviço e deficiência estrutural.

RES 3 “A questão de sensibilizar os profissionais, no caso, é mais profunda porque isso passa, principalmente pelo processo de trabalho, de sobrecarga de trabalho. Eu sei que é necessário, mas acho que o profissional não valoriza isso porque a própria estrutura não ajuda”

Por causa da pouca valorização e adesão dos/as médicos/as às capacitações na área de comunicação de notícias, os residentes sugeriram a obrigatoriedade para os médicos/as a realização de cursos envolvendo esses temas. A facilitadora confirmou a sugestão dada pelos residentes direcionada à gestão do hospital.

RES 1 “Eu acho muito importante e acho que não deveria ser só trabalhado na graduação e com a gente, com os residentes. Acho que deveria ser uma coisa obrigatória, inclusive para os profissionais que trabalham aqui no HU”

RES 1 “Acho que deveria ser uma coisa obrigatória pro serviço, entrou, tem que ter alguns cursos. Tem que ter algum protocolo do serviço, porque eu acho que só da boa vontade eu acho que muita gente não se interessa, entendeu?”

RES 1 “Deveria ser um protocolo do serviço que todo mundo deveria fazer aquilo pra ficar uma coisa organizada e uniformizada”

FAC 2 “Mas que se tenha um protocolo de treinamento, que esse treinamento seja constante e pra toda equipe, né? E que isso seja uma coisa de gestão”

RES 1 “Sim”

As justificativas da sugestão de obrigatoriedade para todos os profissionais que iniciarem suas atividades no HU foram a pouca procura dos/as médicos/as pelas capacitações e a deficiência na padronização do serviço, como na seguinte fala: **RES 1** “Eu acho que é o que falta no HU, é protocolo de serviço pra poder ser um serviço organizado”

Outra sugestão dos residentes como estratégia para melhorar a relação médico-familiar foi a produção de recursos para facilitar o acesso das opiniões das mães aos médicos/as, como exemplo o vídeo dessa pesquisa.

RES 1 “Acho muito válido pros profissionais terem acesso aos depoimentos dos pais, porque às vezes não chega na gente, porque às vezes eles têm medo de falar algumas coisas pra alguém e serem mal interpretados e receberem agressão, então acho que, muitas vezes, o profissional faz e nem sabe o mal que está fazendo e que fica por isso mesmo porque ninguém dá um feedback”

RES 1 “Principalmente em serviço público, pois quando é em hospital particular, normalmente tem mecanismos pra reclamar, como tá pagando, né? Então nesses serviços, são mais orientados e terminam cobrando, que é o certo. Tem que ter o feedback mesmo na saúde do seu filho, que eu imagino que é o bem mais precioso”

RES 11 “Eu fiquei muito feliz de ter recebido feedback porque eu pude ir lá corrigir a situação. Então fui lá, conversei com a mãe, expliquei”

Uma das mães sentiu imposição por parte da equipe profissional para acompanhar seu filho na unidade Mãe-Canguru e para ordenhar o leite do peito para o seu neonato. Há falhas na conversa prévia com as mães para esclarecer dúvidas, entrar em acordo e traçar estratégias juntos para o tratamento mais adequado aos neonatos. Os facilitadores sugerem estratégias para melhorar as relações médico-paciente e médico-familiar na UTIN, como pensar na evolução dos neonatos junto com os pais ou com a equipe multiprofissional.

MAE 3 “Elas como se fosse impor pra colocar no Canguru. Elas não perguntam se a gente quer. A menina dormindo e ela diz que é a hora e tem que colocar”

MAE 3 “Tinha que ordenhar por pressão, às vezes não tinha nem leite, o corpo nem conseguia produzir o leite. Eu ficava triste porque ela precisava do leite e eu não conseguia pra dar a ela. Era difícil”

FAC 3 “Pensar junto com elas ou com os pais”

FAC 3 “Talvez pensar com os profissionais de outras áreas como fazer esse trabalho com a própria criança”

As mães sugerem mais cuidado com o sigilo das informações na UTIN, reclamam das falhas na comunicação com os médicos/as e solicitam mais atenção com o lado psicológico das mães na UTIN. Uma das mães participantes da pesquisa resumiu sua passagem pela UTIN, o que demonstra o impacto negativo da má relação entre família e equipe multiprofissional.

MAE 6 “Teve poucos momentos bons, mas teve mais dolorosos porque a maioria das profissionais são muito ruins”

MAE 6 “Porque eu acho que o médico tem que ser médico e psicólogo ao mesmo tempo pra saber conversar com a pessoa. Não é chegar assim, tome, receba e aguente se puder. Eu acho que é dessa forma que devia se trabalhar”

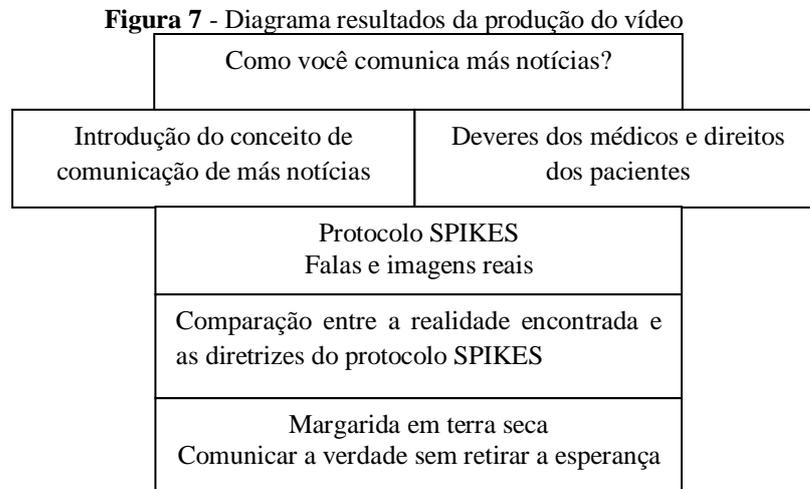
FAC 1 “Como é que você acha que as médicas deveriam falar?”

MAE 4 “Chamava num canto e falava: Olhe seu filho nasceu com isso e aquilo, mas com o tempo ele vai se recuperando. Mesmo que a pessoa bote expectativa que fique melhor, mas não precisa falar assim, a realidade na cara”

MAE 6 “Ser mais sigilosa com os pais”

4.2 SEGUNDA ETAPA: PRODUÇÃO DO VÍDEO

As etapas do roteiro do vídeo estão ilustradas na Figura 7.



Fonte: Alves (2023).

O vídeo foi construído a partir das necessidades e dificuldades identificadas por mães e residentes nos GFs realizados na etapa anterior. Os diagnósticos identificados pelos participantes dos GFs 1 e 2 (Quadro 12) serviram de base para a produção do vídeo e foram resumidos no Quadro 17.

Quadro 17 - Resumo do diagnóstico para produção do vídeo

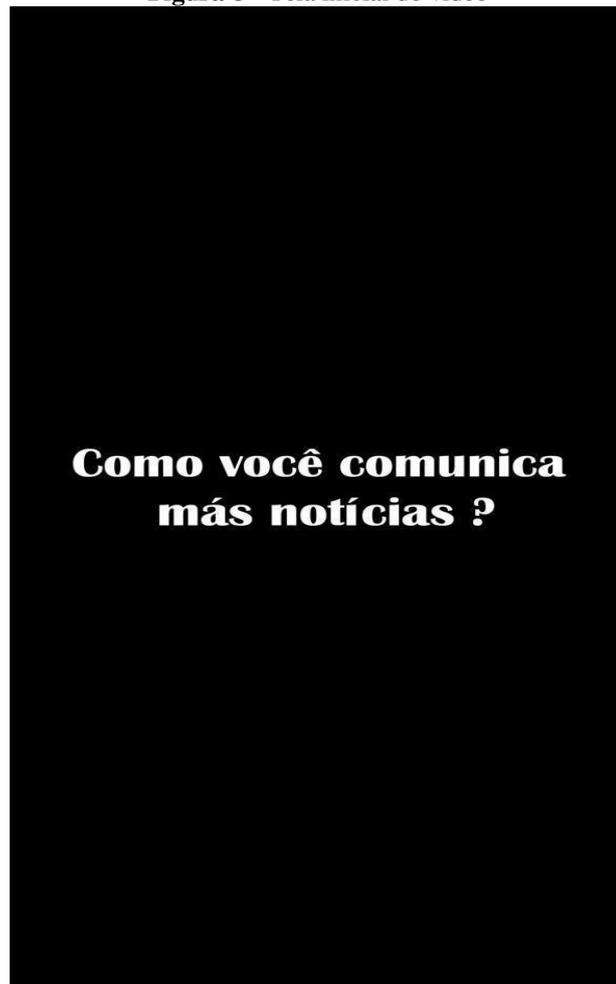
Ambiência inadequada Pouca percepção das mães Convite inadequado para o diálogo Compartilhamento inadequado das informações Pouca empatia com as mães Pouco planejamento de estratégias junto às mães
--

Fonte: Alves (2023).

O vídeo tem duração de 12 (doze) minutos. O título do vídeo foi apresentado em uma tela na cor preta: **Como você comunica más notícias?** A escolha pelo tom escuro se deveu à natureza da gravidade do tema abordado.

A figura 8 mostra a tela inicial do vídeo.

Figura 8 - Tela inicial do vídeo



Fonte: Alves (2023).

Em seguida, foram apresentados conceitos para introduzir e contextualizar o tema com imagens de recém-nascidos nas mãos das mães e com trilhas sonoras suaves obtidas de bibliotecas livres de custos e copyright da internet.

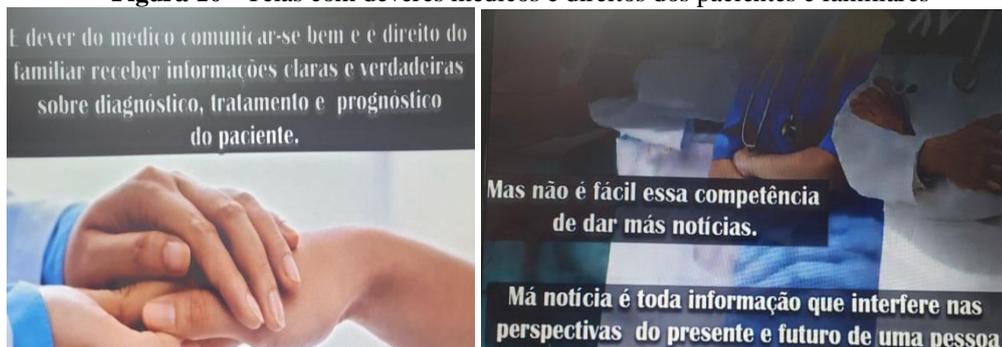
A figura 9 mostra as telas introdutórias sobre o tema do vídeo.

Figura 9 - Telas introdutórias do vídeo

Fonte: Alves (2023).

A seguir, são apresentadas informações direcionadas aos médicos/as expondo os seus deveres e os direitos das mães em relação às informações sobre a saúde dos seus filhos internados. Também é apresentada a definição de má notícia.

A figura 10 mostra os deveres médicos e direitos dos pacientes.

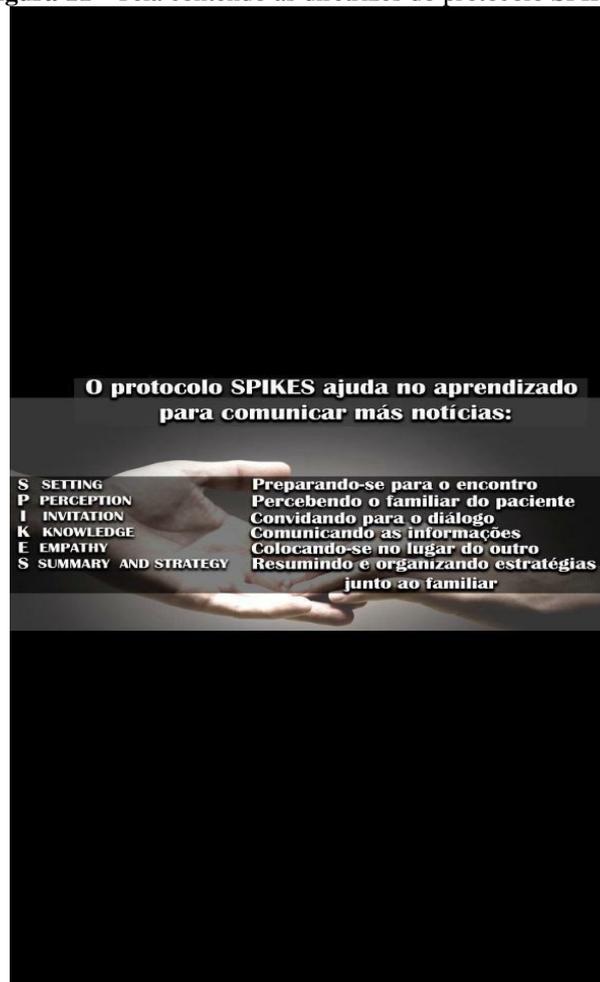
Figura 10 - Telas com deveres médicos e direitos dos pacientes e familiares

Fonte: Alves (2023).

As etapas do protocolo SPIKES são apresentadas orientando a forma adequada de comunicar más notícias.

A figura 11 mostra as diretrizes do protocolo SPIKES.

Figura 11 - Tela contendo as diretrizes do protocolo SPIKES

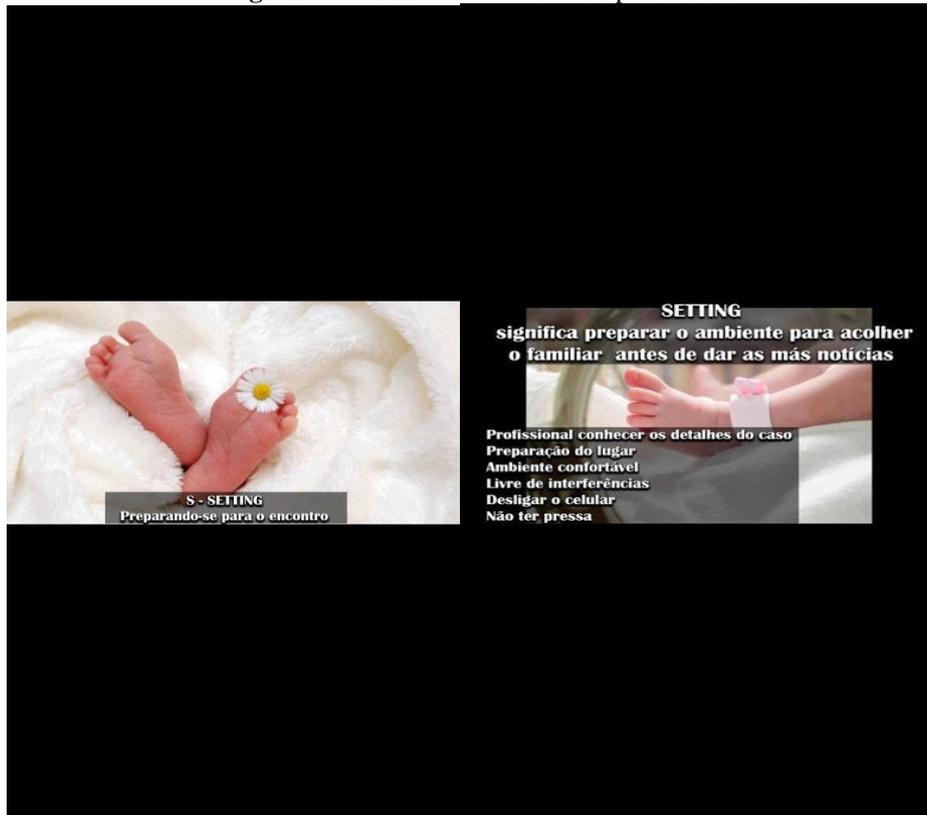


Fonte: Alves (2023).

A partir do conhecimento introdutório sobre o SPIKES, apresenta-se o significado de cada diretriz e, para cada diretriz desse protocolo, as imagens e os áudios produzidos pelos participantes da pesquisa.

A figura 12 mostra as telas referentes à categoria AMBIÊNCIA do protocolo SPIKES.

Figura 12 - Telas AMBIÊNCIA do protocolo SPIKES



Fonte: Alves (2023).

A figura 13 mostra as telas referentes à categoria PERCEPÇÃO do protocolo SPIKES.

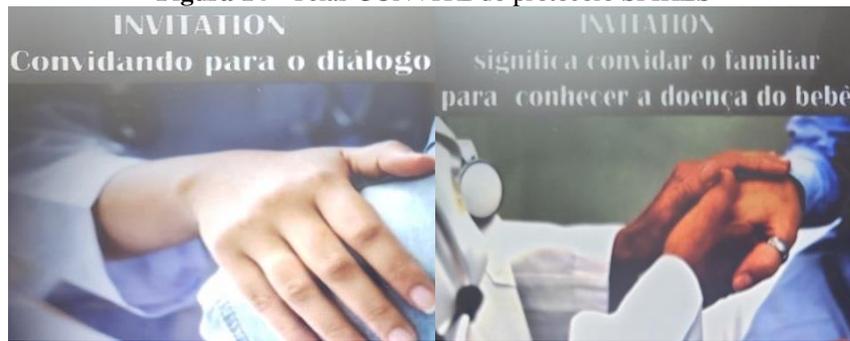
Figura 13 - Telas PERCEPÇÃO do protocolo SPIKES



Fonte: Alves (2023).

A figura 14 mostra as telas referentes à categoria CONVITE do protocolo SPIKES.

Figura 14 - Telas CONVITE do protocolo SPIKES



Fonte: Alves (2023).

A figura 15 mostra as telas referentes à categoria CONHECIMENTO do protocolo SPIKES.

Figura 15 - Telas CONHECIMENTO do protocolo SPIKES



Fonte: Alves (2023).

A figura 16 mostra as telas referentes à categoria EMPATIA do protocolo SPIKES.

Figura 16 - Telas EMPATIA do protocolo SPIKES



Fonte: Alves (2023).

A figura 17 mostra as telas referentes à categoria ESTRATÉGIAS E RESUMO do protocolo SPIKES.

Figura 17 - Telas ESTRATÉGIAS E RESUMO do protocolo SPIKES



Fonte: Alves (2023).

A figura 18 mostra as telas referentes às imagens de residentes e mães do GF1 E GF2.

Figura 18 - Telas Imagens dos Residentes e Mães



Fonte: Alves (2023).

Em todas as etapas do vídeo, se enfatiza a realidade observada e, posteriormente, a comunicação adequada e orientada pelo protocolo SPIKES, confrontando o ideal com o real.

Como exemplo, a etapa S foi desenvolvida com a imagem dos residentes de Pediatria comentando sobre o ambiente onde se dava a comunicação das notícias na UTIN, seguida da imagem das mães também enfatizando onde eram realizadas as comunicações, e logo após, as orientações do protocolo para realizar adequadamente a comunicação das más notícias. Essa forma de contrastar a realidade com a forma adequada preconizada no SPIKES foi sugerida pela pesquisadora e tem o objetivo de estimular a sensibilização, reflexão, a autoavaliação e a conscientização crítica dos profissionais. Todas as etapas do protocolo seguiram o esquema acima. Ressaltamos que as imagens apresentadas foram autorizadas e desfocadas no vídeo para evitar a identificação dos participantes.

A finalização do vídeo conduz o espectador a uma síntese das etapas do protocolo com o objetivo de permitir a sedimentação do assunto. Ainda, no final, é apresentado um depoimento emocionado de uma mãe chorando e falando sobre a dor de ser mãe de um prematuro, com o objetivo de mais uma vez despertar a sensibilização e sua importância na comunicação de más notícias.

O vídeo é finalizado com uma imagem obtida da internet (livre de direitos autorais) de uma margarida plantada em terra seca e a legenda: **Comunicar a verdade sem retirar a esperança**, com o objetivo de estimular a sensibilização e a reflexão nos médicos/as.

A figura 19 mostra a tela final do vídeo.

Figura 19 - Tela final do vídeo



Fonte: Alves (2023).

As margaridas amarelas têm seu simbolismo. Duarte (2022) refere que elas representam inocência e pureza e explica que esse simbolismo vem de uma antiga lenda celta. De acordo com a lenda, sempre que um bebê morria, Deus espalhava margaridas sobre a terra para alegrar os pais (DUARTE, 2022).

4.3 TERCEIRA ETAPA: AVALIAÇÃO DO VÍDEO

Aplicação e avaliação do vídeo pelos residentes

A síntese sobre a percepção dos residentes acerca do vídeo está representada no Quadro 18.

Quadro 18 - Percepção dos residentes sobre o vídeo

Contribuição no conhecimento teórico Reforço no grau de responsabilidade Estímulo à empatia e à sensibilidade Incentivo à reflexão e à autoavaliação Ênfase na importância de comunicar a verdade sem retirar a esperança

Fonte: Alves (2023).

Os residentes compreendem a relevância do vídeo ao demonstrar, em seus depoimentos, a realidade da prática médica, estimulando assim a autorreflexão sobre suas atitudes na comunicação de más notícias em UTIN e valorizando a escuta e a visão das necessidades do outro, como na seguinte fala: **RES 13** “De repente seja isso: Mostrar o que, na realidade, é feito de uma forma bem ruim, como nas falas das mães e de repente, as pessoas, pelo menos, comecem a fazer de uma forma diferente, mais empática”.

Dessa forma, o vídeo se mostrou um instrumento para a promoção da reflexão e autoanálise das práticas profissionais relacionadas à comunicação de más notícias na UTIN. Também houve contribuição do vídeo na percepção do grau de responsabilidade que os/as médicos/as precisam ter na vida dos neonatos e seus familiares, como na seguinte fala: **RES 11** “O vídeo contribuiu pra melhorar o grau de responsabilidade que a gente precisa ter” **RES 13** “Talvez as pessoas precisem de um despertar, né?”

Os residentes de Pediatria percebem a contribuição do protocolo SPIKES como conhecimento teórico para a Comunicação de más notícias. Da mesma forma, entendem a contribuição do vídeo baseado no protocolo SPIKES para o melhor aprendizado da Comunicação de notícias difíceis.

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

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

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

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

Outro benefício do vídeo foi no auxílio do desenvolvimento da empatia nos participantes. O vídeo estimulou a sensibilização dos participantes e fortaleceu a importância da união entre conhecimento teórico e sensibilidade na prática diária das relações médico-paciente e médico-familiar. Os residentes percebem os neonatos como um todo e não somente como uma doença a ser tratada.

RES 11 “Às vezes você tem tantos conhecimentos técnicos, mas você não consegue penetrar, assim, naquela situação, naquele contexto, né?”

RES 11 “Como se cada criança, como se cada RN é mais um. Não. A gente tem que pensar assim, aquela criança, aquele ser é o amor de alguém, né? Já ouvi essa frase. Aí a gente tem que pensar que ele é o amor de alguém desde que ele é concebido, né? Aí a gente encontra essa sensibilidade”

RES 11 “O vídeo contribuiu pra melhorar a empatia. Na verdade a palavra mestra é a empatia”

Os participantes reconhecem a importância da pesquisa, porém entendem que o vídeo representa um dos mecanismos para melhorar a comunicação de más notícias na UTIN, não sendo o único instrumento capaz de modificar a realidade. Compreendem que somente o conhecimento teórico não promove mudança de atitudes, pois há fatores que interferem na prática diária da comunicação de más notícias, como exemplo, o processo de trabalho, na seguinte fala: **RES 11** “Claro que só o vídeo não é o suficiente, mas é extremamente importante”

Porém, o mais difícil para os residentes de Pediatria não é aprender o conhecimento teórico, e sim pôr em prática esse aprendizado de maneira adequada, sem tirar a esperança do paciente ou familiar. O vídeo reforçou essa importância.

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

5 DISCUSSÃO

A etapa de discussão da pesquisa foi organizada da mesma maneira que os resultados, a partir das categorias previamente definidas: as seis diretrizes do protocolo SPIKES. Foram discutidos separadamente os resultados da Dinâmica Almanaque pela representatividade protagonizada pelas imagens escolhidas pelas mães na primeira etapa desta pesquisa.

O passo a passo do protocolo SPIKES, com seis orientações para direcionar adequadamente uma conversa entre médicos/as e pacientes e seus familiares, parece bem óbvio e simples, porém, dadas as dificuldades que envolvem más notícias em UTIN, o seguimento adequado desse protocolo torna-se muito mais difícil na prática.

O conceito de má notícia em UTIN envolve notícias de afastamento do neonato da mãe e da família, a piora clínica do neonato, a necessidade de procedimentos e exames invasivos, as sequelas e até a morte, sem esquecer que a representação de uma má notícia para alguém pode não ser para outro, a depender do contexto em que estão inseridos os atores desse cenário, o que dificulta ainda mais a prática na UTIN.

A realidade da UTIN foi demonstrada por meio de depoimentos de mães e residentes de Pediatria e, muitas vezes, essa realidade divergiu em relação ao que é preconizado pelo protocolo SPIKES para a comunicação de más notícias.

São vários os fatores que interferem na Comunicação de más notícias em saúde: estrutura física do local de serviço, inadequadas condições de trabalho, individualidade de cada profissional, crenças religiosas, comprometimento profissional, relações de poder dentro da equipe multiprofissional, relação do profissional com colegas, pacientes e familiares, preparação do profissional na graduação, assim como sua atualização, entre outros. Algumas observações, percepções e atitudes benéficas, muitas vezes, não são levadas em consideração e quando são valorizadas encontram obstáculos para sua adequada realização na prática.

Dessa forma, também está incluída a pandemia de COVID-19, que dificultou o acolhimento e a humanização na comunicação em saúde, pela obrigatoriedade de afastamento das pessoas, com o objetivo de evitar o contágio e a disseminação da doença (ALVES; SARINHO; BELIAN, 2021). A comunicação de más notícias, tanto antes como após a pandemia, não se limita exclusivamente à técnica, mas deve envolver atitudes empáticas que precisam ser abordadas com metodologias diversas, assim como requer a implementação de políticas de educação na área médica, sobretudo diante das demandas emergentes da pandemia de COVID-19 (RIBEIRO *et al.*, 2021).

A pandemia de COVID 19 também interferiu na publicação de artigos científicos em áreas de conhecimento médico, pois houve um direcionamento para estudos relacionados à COVID 19 por sua importância mundial. Em todo o mundo, foram realizadas 168.546 publicações científicas sobre COVID-19 em 2020, e desse total, 4.029 publicações são do Brasil, o que representa 2,39% de toda a produção mundial, colocando o país na décima primeira posição em número de publicações sobre a doença, à frente de países como Holanda, Suíça e Japão (BERNARDES, 2020). Podemos justificar o menor número de artigos científicos na área da comunicação de más notícias no período da pandemia como uma limitação da nossa pesquisa,

Entretanto, o trabalho em todas as áreas da saúde precisa continuar. Faz-se necessário aliar as competências técnicas com a humanização nas relações e, para isso, deve-se investir na formação médica adequada para comunicação de más notícias, como indicam os estudos de Bushatsky (2010); Pereira (2010); Wouda, Van de Wiel (2012); Araujo, Leitão (2012); Nonino, Magalhães; Falcão (2012); Adebayo *et al.* (2013); Bhadra *et al.* (2015); Reed *et al.* (2015) e Campos (2015) e entre as melhores estratégias de treinamentos, de acordo com Berkhof *et al.* (2011), está a discussão em grupos, como foi realizado em nosso estudo.

Os Pediatras, na pesquisa de Campos (2015), se perceberam com preparação inadequada para comunicar más notícias aos familiares de neonatos. Também na nossa pesquisa foram encontrados residentes de Pediatria com experiência teórica para comunicação de más notícias, porém com pouca experiência na prática. Eles reconheceram não ter sido suficiente o conhecimento teórico para o bom desempenho prático.

O estudo de Campos; Silva e Ferreira (2017), assim como o trabalho de Souza e Ferreira (2010), encontraram importantes pontos de impedimentos para a oferta da assistência humanizada, como a falta de recursos materiais e humanos, influenciando a sobrecarga de trabalho, os conflitos de relacionamento e a falta de infraestrutura para conduzir as iniciativas de humanização. Embora existam obstáculos, os profissionais criam estratégias para atender ao que foi preconizado na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

O estudo realizado em Unidade Neonatal, de Zanfolim, Cerchiari e Ganassim (2018), encontrou instituição hospitalar com deficiências na organização e estrutura física, além de profissionais de saúde com comportamentos ofensivos e não empáticos nos cuidados com os bebês e suas mães e família em sofrimento no processo de hospitalização.

Diante desses desafios, a discussão dos resultados desta pesquisa engloba todas essas e outras questões envolvidas nos grupos focais realizados, as quais foram discutidas à luz dos fundamentos do framework do protocolo SPIKES (KAPLAN, 2010), seguindo a sequência de

suas diretrizes relacionadas a uma ambiência humanizada, à percepção do médico sobre o que a família sabe da doença de seu filho, a aprender a convidar a família para conversar, ao compartilhamento adequado das informações, a colocar-se no lugar da família e ao resumo das informações e estratégias terapêuticas.

5.1 DINÂMICA ALMANAQUE

As formas de pesquisa em saúde são diversas, e a abordagem qualitativa busca aprofundar-se no mundo de significados das ações e relações humanas. A pesquisa qualitativa exige do pesquisador compreensão, empatia e escuta sensível e atenta às diversas falas compartilhadas pelos participantes. O Método Criativo Sensível (MCS) propõe o estabelecimento de diálogos baseados na escuta, na capacidade de aceitação das diferenças e na solidariedade que sustentará relações de cuidado e de pesquisa. O MCS permite a utilização de inúmeras dinâmicas, desenvolvidas por meio de variadas técnicas grupais, adequadas ao problema de pesquisa e que oferece a possibilidade da coleta de dados acolhedora, afetuosa e humanizada (SORATTO, 2014).

Foi possível identificar, no estudo de Cordeiro *et al.* (2019), que a utilização de dinâmicas a partir do MCS possui potencial para gerar dados relevantes, contribuindo com o desenvolvimento de técnicas de produção de dados em pesquisas qualitativas. Além disso, segundo Resta e Motta (2007), o MCS possibilita a aproximação da pesquisa, do cuidado, do ensino e da construção de conhecimento coletivo por meio de uma abordagem participativa.

Outro estudo utilizou a Dinâmica Almanaque para passar informações sobre quimioterapia voltada para crianças com câncer, com o objetivo de facilitar e humanizar o entendimento das crianças sobre sua doença e tratamento (SILVA *et al.*, 2015). Enquanto Neves, Cabral e Silveira (2013) utilizaram o MCS com cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde para entender como melhor auxiliar a rede familiar dessas crianças, Lara (2007) utilizou o MCS para conhecer e analisar as concepções de docentes da enfermagem sobre a tríade educação, ensino e cuidado. Esses estudos demonstram a multiplicidade de possibilidades do uso do MCS, por meio de variadas dinâmicas em pesquisas qualitativas.

A dinâmica denominada “Almanaque”, no nosso estudo, estimulou a participação do GF2 por meio de recortes e colagens de figuras relacionadas ao tema ou à questão central da pesquisa. Algumas artes estimuladas pela Dinâmica Almanaque foram produzidas pelas mães no início do GF2, foram impactantes e revelaram suas dificuldades no dia a dia na UTIN.

As mães escolheram figuras que demonstraram seus sentimentos de tristeza, dor, preocupação, medo e persistência ou força. Também foi escolhido o cansaço mental e físico, como também houve solicitações de atenção, silêncio e educação. Essa necessidade das mães de atenção e respeito é reforçada pela Política Nacional de Humanização brasileira (BRASIL, 2013) como essencial para se efetivar o acolhimento e a humanização aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Dentre os sentimentos representados pelas mães, o medo e a tristeza também foram encontrados no estudo de Camargo *et al.* (2004), no qual as mães de neonatos internos em UTIN expressaram seus sentimentos durante a primeira visita ao filho. Esses sentimentos indicam a necessidade de treinamentos para a equipe profissional garantir atendimento de qualidade e permitir o vínculo adequado entre mãe e filho.

Também se espera que os profissionais que atendem em UTIN compreendam o cansaço físico e mental das mães e tenham sensibilidade e empatia para auxiliá-las (PARO, 2013; BUCKMAN, 2005).

5.2 POR UMA AMBIÊNCIA HUMANIZADA

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

O cuidado insuficiente com os pais dos neonatos foi justificado tanto pela estrutura inadequada, como pela deficiência de tempo no cotidiano da UTIN, e indica a maneira como o processo de trabalho, por meio da sobrecarga e das condições inadequadas, tem influenciado as relações interpessoais dentro da UTIN, corroborando a ideia de outros estudos que observaram a ambiência, o processo de trabalho e suas deficiências diárias como fatores influenciadores na competência comunicacional, nas relações interpessoais e na humanização em UTIN (BRAGA; SILVA, 2007; PEREIRA, 2010; PUGGINA; SILVA, 2014).

Os problemas estruturais do espaço físico da UTIN em estudo e as atitudes pouco humanizadas por parte dessa equipe divergem da observação dos participantes da pesquisa de Chehuen Neto *et al.*, (2013), que elegeram, como importantes fatores, a sinceridade e a tranquilidade do profissional de saúde, a boa relação médico-familiar e um local adequado

para a comunicação da má notícia. Nessa mesma ótica, nossos resultados também divergem do estudo de Bestetti (2014), o qual entende ambiência humanizada como a projeção de espaço físico acolhedor associado ao comportamento humanizado da equipe multiprofissional.

O cotidiano na UTIN relatado pelas mães e representado pela sensação de presídio, pelos barulhos constantes e pela conversa à beira do leito com a equipe multiprofissional pode refletir rituais considerados normais ao olhar profissional, porém muito estressantes e difíceis para as mães de neonatos internos.

Buckman (2005) reporta no protocolo SPIKES a importância da ambiência englobar o espaço físico adequado e as falas e atitudes empáticas nas relações em saúde. Isso nos faz refletir, sob a luz do referencial do framework do protocolo SPIKES (KAPLAN, 2010), a necessidade de construir não somente estruturas físicas adequadas para uma melhor comunicação, mas organizar a preparação para rotinas com atitudes mais empáticas e menos traumáticas, com abertura ao diálogo para adequar o cotidiano da UTIN às necessidades das famílias e melhorar as relações em saúde.

5.3 PERCEPÇÃO DO MÉDICO SOBRE O QUE A FAMÍLIA SABE DA DOENÇA DE SEU FILHO

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

Ficou clara, na nossa pesquisa, a limitação na percepção da equipe multiprofissional sobre a família dos neonatos, muitas vezes devido às dificuldades no processo de trabalho, às deficiências estruturais e à carência de suporte emocional para a realização do trabalho na UTIN. Nesses casos, as mães se isolaram e a equipe profissional fugiu do compromisso de comunicar as notícias difíceis, o que evidencia os resultados do estudo de Fraga (2009), que relacionam diretamente o bem-estar durante a internação hospitalar com o acolhimento e a adequada comunicação entre a equipe profissional e os familiares.

Segundo o framework do protocolo SPIKES (KAPLAN, 2010), a comunicação vai além do repasse de informações e é representada pelo diálogo, mas algumas vezes as conversas são consideradas, pelos médicos/as, sem importância no trabalho cotidiano da UTIN.

As justificativas para a não percepção dos familiares pelos médicos/as foram sobrecarga de trabalho e escassez de tempo para dedicar aos familiares no cotidiano da UTIN. Isso diverge das orientações do protocolo SPIKES e do Ministério da Saúde do Brasil por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2013) e do HumanizaSUS (BRASIL, 2004) a respeito da importância do acolhimento como principal instrumento nas atividades das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.

No contexto da residência médica, pode-se até discutir a escassez de tempo desses profissionais, levando-se em consideração a carga horária e os embates entre o campo da formação e o da assistência, em que, muitas vezes, se prioriza o aprendizado prático durante a assistência no lugar do aprendizado teórico nas salas de aulas. Ademais, os residentes não percebem a comunicação com as mães como parte do trabalho no cotidiano da UTIN, o que faz crer que há pouca valorização da competência médica de comunicação com os pacientes e familiares durante a formação médica (JUCÁ *et al.*, 2010).

O conceito de comunicação precisa ser ampliado para além da passagem de informações, pois insere componentes psicológicos (emoções, desejos, afetos) nas relações. O apoio psicológico como suporte para a equipe e para os familiares dos neonatos internados foi precário no nosso estudo. Tanto na pesquisa de Buarque *et al.* (2006) quanto na nossa pesquisa, a equipe e os usuários perceberam a importância da participação do suporte emocional adequado nas conversas difíceis.

Assim é também na carta de uma mãe de prematuro (MAMÃE DE MUITOS, 2016) e nos estudos de Paro (2013) e Campos (2015), nos quais as mães com neonatos internados possuem dificuldade de lidar com o estresse na UTIN devido à exaustão emocional, requerendo apoio emocional contínuo durante a internação.

Foram observadas reclamações das mães relacionadas à escassez de acolhimento dos médicos/as também em relação ao cuidado da enfermagem com seus filhos, até acerca dos serviços gerais durante a limpeza dos setores pediátricos.

Como foi visto na pesquisa de Campos (2015), quando há adequada comunicação e boa relação interpessoal entre os profissionais e os familiares de neonatos, há um aumento da satisfação durante a internação; ao contrário, se não há uma boa relação, se intensificam as reclamações e a insatisfação com o serviço oferecido.

Dessa forma, a diretriz do protocolo SPIKES (BUCKMAN, 2005) relacionada à percepção nos faz refletir sobre a importância de perceber, acolher e valorizar os familiares de neonatos na UTIN, sem esquecer o acolhimento também da equipe profissional como um passo essencial no processo adequado de comunicar más notícias.

5.4 APRENDER A CONVIDAR A FAMÍLIA PARA CONVERSAR

Um convite adequado para compartilhar as informações é a base para uma boa relação médico-familiar na UTIN. Foi observada, em nossa pesquisa, a ausência de convite para as conversas e, quando esse convite acontecia, era realizado de forma inadequada. Também foi observada a limitação de interesse da equipe para responder às perguntas e a indisponibilidade de tempo para essa etapa do protocolo SPIKES devido à sobrecarga de trabalho.

Algumas mães evitavam as perguntas para não serem mal tratadas ou mesmo para evitar ouvir as más notícias. Porém, a maioria das mães estava disposta a ouvir a verdade de forma a esclarecer suas dúvidas sem aumentar sua fragilidade emocional, o que confirma os resultados do estudo de Meyer *et al.* (2006), em que os pais definem, como prioridades na sua relação com os médicos/as, as informações completas e honestas juntamente ao apoio emocional adequado.

A maioria da equipe não oferecia acessibilidade e nem disponibilidade para as mães e aguardava a solicitação delas para conversar. As mães tinham que ir buscar as informações, uma vez que elas não chegavam frequentemente. Em geral, elas evitavam procurar os plantonistas e tentavam identificar os médicos/as que dedicavam mais tempo aos seus filhos. Dessa forma, geralmente, as mães procuravam os médicos/as diaristas da UTIN para esclarecer suas dúvidas, uma vez que são eles que examinam diariamente os seus filhos na UTIN.

Esse achado discorda do estudo de Kowalski *et al.* (2006), em que os pais procuravam nos médicos/as neonatologistas a coleta de informações técnicas satisfatórias, mas encontraram nas enfermeiras sua primeira fonte de informação, pela maior acessibilidade à equipe de enfermagem do que à equipe de médicos/as.

Nesse contexto, a equipe multiprofissional precisa estar disponível às mães, que são, na maioria das vezes, ignoradas na UTIN. Não há convite para conversa, nem muito menos valorização da integração dos pais com o cuidado dos filhos. Duarte, Sena e Xavier (2011) orientam sobre a importância de incentivar a presença dos pais junto à equipe da UTIN no cuidado integral dos neonatos. Na nossa pesquisa, não houve convite para comunicação e nem para integralização do serviço.

O framework do protocolo SPIKES (KAPLAN, 2010) permite criticar as posturas dos médicos/as ao convidar para as conversas na UTIN. No nosso estudo, os achados relacionados aos convites sob a forma de gritos nas mães podem identificar posições de poder que são

entendidas como normais nas relações médico-familiares, enfraquecendo ainda mais a autonomia das mães na UTIN.

5.5 COMPARTILHAMENTO ADEQUADO DAS INFORMAÇÕES

É essencial o compartilhamento adequado das informações, mas não basta compartilhar conhecimento sobre a doença e sobre o doente, é essencial a forma como se compartilha. A nossa pesquisa demonstrou que a maioria dos residentes tem o conhecimento teórico, mas aprende a prática da comunicação de más notícias por meio da observação. Entretanto, como nos estudos de Pereira (2010) e Campos (2015), aprender observando pode não contribuir positivamente na prática do profissional, uma vez que vários fatores podem interferir na forma de se comunicar as más notícias, como o processo de trabalho e suas deficiências, a ambiência e a individualidade na personalidade de cada profissional.

Por isso, as capacitações na área de comunicação de más notícias são essenciais no aprendizado da formação médica e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde já formados para que o conhecimento teórico seja reforçado na prática diária. Nos resultados de Lakin *et al.* (2017), os médicos/as sentiram necessidade dos treinamentos na área de comunicação de más notícias e os consideraram importantes para a melhora do cuidado em saúde.

Além da importância de preparar o ambiente e o acolhimento ao paciente, o profissional precisa estar bem-preparado para a conversa e deve planejar o atendimento, bem como a forma de comunicação com a família: estudando previamente o caso do paciente (diagnóstico, tratamento, evolução e prognóstico, com as opções de seguimento). Além disso, deve se preparar para a comunicação, articulando e cooperando com a equipe multiprofissional para ter um consenso e uma linguagem única que possa esclarecer a família (BAILE *et al.*, 2000; BUCKMAN, 2005).

Os depoimentos no nosso trabalho demonstraram uma deficiência da equipe em planejar estratégias para o compartilhamento das informações, além da pouca escuta das falas das mães e a inadequada articulação entre os profissionais da equipe. Nesse sentido, algumas mães observaram discordância nas condutas dos profissionais e comunicação escassa entre a equipe multiprofissional. Esses resultados divergem do que foi reforçado por Peduzzi (2001) sobre a importância da colaboração recíproca entre a equipe de saúde.

Nesse contexto, nosso estudo concorda com o de Marçola *et al.* (2020), uma vez que foi encontrado prejuízo no alinhamento entre a equipe. Essa limitação na uniformização nas

ações profissionais é reforçada pela responsabilidade de salvar vidas de forma fragmentada na prática diária da equipe multiprofissional, em que se valoriza o contexto da doença e se esquece do paciente como um todo e do seu aspecto sócio familiar.

Essa falha na integração se justifica pelo acúmulo de atividades no serviço, pelo déficit de pessoal tecnicamente especializado, mas também tem tido pouca valorização na rotina da UTIN estudada. Nossa pesquisa corrobora o estudo de Vogel *et al.* (2019), em que foram encontradas condutas heterogêneas devido ao preparo inadequado da equipe, o que exigiu melhorias no ensino-aprendizado.

Não foi identificada a integração da equipe de saúde na UTIN, nem relacionada à comunicação e nem tampouco ao cuidado e assistência aos neonatos. As mães referiram pouca comunicação e integração entre a equipe multiprofissional. Essa informação corrobora os resultados de Duarte, Sena e Xavier (2009), que evidenciaram difícil integração e orientaram estratégias apoiadoras à equipe para investir na integralidade do serviço. Dessa forma, Meyer *et al.* (2006) também encontraram, como prioridade dos pais com filhos na UTIN, a comunicação e o cuidado integrados e coordenados, diferentemente do que foi visto na nossa pesquisa, em que a equipe não utiliza a mesma linguagem.

Assim como no estudo de Araujo e Leitão (2012), também na nossa pesquisa os profissionais de saúde atribuíram alto grau de relevância para a comunicação em saúde, entretanto, possuíam escasso conhecimento de estratégias de comunicação, sendo necessária a capacitação dos profissionais no que se refere à comunicação.

Como na nossa pesquisa, no estudo de Lech, Destefani e Bonamigo (2013), os médicos/as participantes reconheceram que tinham que comunicar más notícias frequentemente e que tinham dificuldade para fazer essa tarefa de forma adequada, provavelmente por não terem recebido formação suficiente nessa área. Mas será que os médicos/as querem realmente se aperfeiçoar nessa área? Ou se torna mais fácil não lidar com a dor nesses momentos difíceis? Alguns residentes notaram que a maior parte dos médicos/as não valoriza as ofertas de atualização nas áreas de comunicação e humanização. Pode-se discutir que essas atitudes estão relacionadas às tentativas de distanciamentos da dor que acompanha a má notícia (TESSER; ROSEN, 1971).

Os residentes avaliaram que há pouco planejamento de estratégias para se conectar com as mães dos neonatos da UTIN. Ademais, também existe pouca sensibilidade da equipe multiprofissional na comunicação com as puérperas, sem levar em consideração a fase hormonal pela qual passam essas mulheres. Por todas essas razões, nosso estudo corrobora as pesquisas de Campos (2015) e Santos (2016) ao fortalecer os treinamentos para melhorar a

qualidade na comunicação de más notícias na UTIN e a humanização em saúde para reduzir o sofrimento de todos os envolvidos.

Alguns residentes na nossa pesquisa reconheceram que estavam adaptando os passos do protocolo SPIKES ao jeito de cada um deles, o que corrobora o trabalho de Guerra, Mirlesse e Baião (2011), que indica respeito às recomendações do ensino teórico, mas reconhece o desafio de praticar a teoria com criatividade, uma vez que a Medicina é uma arte e não uma ciência exata. Não há, portanto, fórmula única e pronta para pôr em prática a comunicação de más notícias humanizada.

Na nossa pesquisa, os residentes perceberam que, em alguns momentos, as mães não conseguem entender as informações mesmo com linguagem simples e repetição por causa da limitação no entendimento e do sofrimento que podem alterar sua visão da realidade. Vale a pena discutir, nessa percepção dos residentes, a valorização da dimensão pedagógica do processo da comunicacional por meio da tentativa de ensinar pela repetição das falas e desconsideração à dimensão psicológica, mais complexa e presente nesse contexto da UTIN.

Evidencia-se, assim, falha no diálogo entre residentes e familiares e deficiência na capacidade de escuta e na disponibilidade de atenção e compreensão das mães, uma vez que a escuta, a atenção e a compreensão empática são essenciais na comunicação assertiva (LEIRIA *et al.*, 2020).

O conhecimento dos cinco estágios pelos quais pacientes e familiares que recebem uma má notícia podem passar, que são negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação (KÜBLER-ROSS, 1992), pode auxiliar na produção de estratégias para esclarecimento da realidade do paciente aos familiares e evitar informações mal-entendidas. Essas observações do nosso estudo reforçam os resultados do trabalho de Kübler-Ross (1992), que identificou a negação como o primeiro estágio emocional, sendo a aceitação o último estágio do processo de receber uma má notícia. Justifica-se então a necessidade de clareza na comunicação das informações para facilitar o entendimento, de disponibilizar tempo para a aceitação da realidade e, acima de tudo, a importância da escuta das mães (BUCKMAN, 2005).

Os residentes, algumas vezes, reconheceram que palavras básicas e usuais na linguagem médica não são compreendidas pela família. Muitas vezes se faz necessária mais de uma conversa para se fazer entender, porém as dificuldades do processo de trabalho na UTIN, como a sobrecarga de trabalho, levam às conversas rápidas e superficiais, as quais não suprem as necessidades de compartilhamento do conhecimento com as mães.

Esses resultados divergem das exigências determinadas aos médicos/as pelo Código de Ética Médica (CFM, 2010) de acessibilidade e clareza na comunicação com os pacientes e suas famílias. Dessa maneira, a capacidade de se fazer entender pelos familiares dos pacientes é dever do médico/a e a deficiência de entendimento não deve ser compreendida como uma imperfeição na capacidade intelectual do familiar.

Pode-se discutir, a partir desses resultados, que a dificuldade de entendimento das mães pode ser justificada não somente pela incapacidade de compreensão das informações, mas também pela limitação de treinamento e pressa do médico ao passar as informações e pela vontade inconsciente de negar a realidade vivenciada naquele momento crítico (KÜBLER-ROSS, 1992).

Os residentes de Pediatria verbalizaram que precisavam repetir as mesmas informações sempre e não entendiam o motivo dessa necessidade, interpretada como incapacidade cognitiva das mães. Dessa forma, se faz necessário compreender que, algumas vezes, mesmo que os profissionais repitam a mesma informação, as mães podem não estar preparadas para recebê-las e precisarão de mais tempo para entendê-las.

É preciso discutir a dimensão emocional e não somente a dimensão pedagógica da comunicação de notícias difíceis no contexto da UTIN, em que as mães e os/as médicos/as sofrem com a dificuldade prática de se fazer entender, e essa dimensão implica a necessidade da escuta e do diálogo entre eles.

Dessa maneira, pode-se refletir, sob o olhar das diretrizes do protocolo SPIKES (BUCKMAN, 2005), acerca da importância do uso da comunicação escrita e não verbal como complementares à comunicação verbal das más notícias. Deve-se evitar a pressa para explicar e a expectativa que os familiares captem de imediato as informações, podendo complementar a comunicação verbal com a escrita e a não verbal, para potencializar a comunicação e a relação com os usuários da saúde (TORRES *et al.*, 2019).

As atitudes dos residentes participantes do nosso estudo, sem preocupação com a comunicação não verbal, divergiram das ações preconizadas por Afonso e Minayo (2013), nas quais o compartilhamento de informações inclui comportamentos usados nas relações entre as pessoas, não somente falas. Essas ações e relações em saúde influem no tratamento, na evolução do paciente e na satisfação das famílias.

A capacidade de adequação da comunicação verbal aos aspectos não verbais, gestuais e posturais é colocada em discussão pelo framework do SPIKES (KAPLAN, 2010). Não se pode reduzir o não entendimento das famílias simplesmente ao contexto socioeducacional das

mães e pais, pois existe emoção envolvida, e a linguagem usada deve envolver atitudes, posturas e gestos empáticos.

Em nossa pesquisa, a linguagem utilizada na UTIN segregou e afastou as famílias da equipe multiprofissional, divergindo do princípio teórico dialógico do protocolo SPIKES (KAPLAN, 2010), o qual embasa o compartilhamento de conhecimento no respeito às diferenças, na inclusão das pessoas, não representando, simplesmente, a passagem de informações.

Os residentes participantes da pesquisa, muitas vezes, não perceberam a deficiência de entendimento das mães ou caracterizaram essa incapacidade de entendimento como falha devido ao nível cultural delas e não devido à linguagem usada nas conversas. Entretanto, as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014) exigem dos médicos/as a competência profissional adequada de comunicação.

Os residentes responsabilizaram as mães pela deficiência comunicacional na UTIN e não se esforçaram para desenvolver uma forma mais eficiente de comunicar-se com as famílias. Não foi encontrada, nos nossos resultados, a utilização de linguagem compreensível nem de privacidade aos familiares, e não se levou em consideração o contexto de cada família.

Então, a comunicação de más notícias se apresenta ainda mais difícil no dia a dia prático, pois extrapola aspectos teóricos com envolvimento de aspectos emocionais nas relações. Dessa forma, Tesser e Rosen (1971) mostraram que o portador de más notícias muitas vezes experimenta fortes emoções, como ansiedade, responsabilidade e medo de avaliação negativa. Esse estresse cria uma relutância em comunicar más notícias, a que chamou de efeito "MUM". Esse efeito pode ser mais forte se o destinatário das más notícias já estiver angustiado e ansioso.

A forma como as notícias são compartilhadas está relacionada com o aprendizado teórico oferecido no processo formativo e também sofre interferência dos valores, dos preconceitos e da prática dos profissionais. Além desses fatores que interagem na comunicação em saúde, algumas vezes, há notícias que são consideradas ruins para algumas pessoas, mas não tão más para outras. Devido a essa variedade de interferências e de emoções envolvidas no processo de comunicar notícias em saúde, incluindo sofrimentos, justifica-se a relutância dos profissionais referida por Tesser e Rosen (1971) e Oliveira *et al.* (2020).

Nosso estudo evidenciou profissionais com pouco apoio emocional e psicológico, o que desfavorece o processo de comunicar más notícias e confirma as orientações de Smith *et*

al. (1994) sobre a importância do suporte emocional e do acolhimento nas relações interpessoais em saúde. Elas reduzem o estresse e o isolamento, aumentam a interação mãe-filho e familiares-equipe e melhoram o cuidado e a afetividade com resultados positivos na evolução dos neonatos e no trabalho realizado.

É preciso lembrar que os residentes de Pediatria são profissionais graduados, porém ainda em formação, e como sugerido por Soares *et al.* (2022), necessitam do ensino-aprendizado baseado em instrumentos reflexivos, dialógicos e participativos para fortalecer a relação e a comunicação com as mães dos seus pacientes.

5.6 COLOCAR-SE NO LUGAR DA FAMÍLIA

Colocar-se no lugar do outro não deve ser considerado sinônimo de ser igual ao outro. Entretanto, a empatia, o respeito às diferenças e à diversidade são desafios para a formação dos profissionais de saúde (MACHIN *et al.*, 2022). Segundo Machin *et al.* (2022) o respeito à diversidade deve ser um pilar da formação dos profissionais de saúde.

Não é fácil colocar-se no lugar do outro e comunicar a verdade sem reduzir a esperança. A empatia é uma das diretrizes do protocolo SPIKES, que engloba os aspectos de aprendizagem que envolve os sentimentos (BUCKMAN, 2005). Não é uma tarefa fácil adequar o conhecimento teórico a uma prática que envolve sentimentos, afetos e emoções.

Tanto no nosso estudo, como na pesquisa de Camargo *et al.* (2004), foram vários os sentimentos manifestados pelas mães de neonatos internos em UTIN como: tristeza, medo, angústia, culpa, e mesmo com todas as emoções à flor da pele, as mães precisam manter sua esperança para continuar. Da mesma forma, os profissionais também se emocionam em lidar com morte e notícias difíceis.

Concordamos com Kovács (2005), que sugeriu produção de vídeos como forma de educar para a morte na tentativa de preparar os profissionais de saúde a lidar com ela, sendo o equilíbrio da capacidade técnica com a emoção um desafio constante para os profissionais da saúde. Dessa forma, Gonçalves *et al.* (2015), também enfatiza a importância do equilíbrio entre competência técnica e competência para relacionamentos interpessoais na prática da Medicina.

Portanto, seguindo as orientações de Buckman (2005), seria importante transformar essas emoções em uma maneira de aproximação na UTIN. Tanto as mães quanto os/as médicos/as poderiam utilizar o compartilhamento das suas emoções na melhoria das relações

na UTIN, uma vez que a tentativa de neutralizar os afetos pode causar mais sofrimento, isolamento e fugas.

Na pesquisa de Campos (2015), as mães relataram que permaneciam caladas por medo da equipe descontar nos seus filhos algum desentendimento que ocorresse entre elas e a equipe multiprofissional. Sentiam-se impotentes diante da situação de dependência e medo.

Da mesma maneira, na nossa pesquisa, as mães também sentiam medo e culpa. Culpa pelas patologias que desencadearam a prematuridade de seus filhos, além do medo de enfrentar as más notícias e serem mal tratadas pela equipe multiprofissional na UTIN. Sentiam angústia com o cuidado fornecido aos seus filhos pela equipe de enfermagem e também pouca esperança, na maioria das vezes, quando tomavam ciência da gravidade da saúde dos neonatos.

As mães também sofriam com a sensação de não poder exercer a maternidade enquanto seus filhos estavam internos na UTIN. Essa sensação de não ser mãe no cuidado com os neonatos também é percebida pelos residentes participantes da pesquisa. As mães sentiam receio de machucar seus filhos ao tocá-los, devendo a equipe multiprofissional se sentir responsável por orientar adequadamente as mães com relação aos cuidados com seus filhos, o que, muitas vezes, não acontecia. Não bastasse toda tempestade de sentimentos sofrida pelas mães, elas têm pouca visibilidade no ambiente da UTIN, e essa escassez de apoio torna a vivência mais dolorosa.

Camargo *et al.* (2019) discutiram que a valorização profissional é reconhecida por meio da competência técnica e, na maioria das vezes, a preparação dos profissionais para a humanização é esquecida. Uma das residentes da nossa pesquisa notou que após passar pela experiência de ser mãe de bebê prematuro passou a se preocupar mais com as relações médico-familiar no seu dia a dia, da mesma forma que assumiu o médico Klitzman (2006), que após adoecer e se tornar paciente, melhorou a sua sensibilização para comunicar más notícias e se tornou empático nas relações humanas, especialmente nas relações com os seus pacientes.

Caleffi *et al.* (2016) verificaram que os pacientes e médicos demonstravam otimismo quanto à adesão ao tratamento e maior confiança na relação médico-paciente quando havia uma boa abordagem da comunicação de más notícias baseada em empatia, confiança e respeito mútuo.

Foram pouco observados em nossa pesquisa, o altruísmo e a empatia como qualidades essenciais para um conforto emocional necessário no período das hospitalizações, divergindo das orientações de Victorino *et al.* (2007), Costa e Azevedo (2010) e Larson e Yao (2005),

que perceberam na empatia uma qualidade que deve caracterizar os profissionais de saúde e as relações médico-paciente e médico-familiar.

Conforme Vandenberghe (2002), a empatia é a qualidade de perceber o outro como ser humano. Alguns residentes informaram que tentavam praticar a empatia no seu cotidiano, entretanto, foi denunciada pelas mães a frieza nas relações médico-familiar na UTIN, por isso a importância do aperfeiçoamento na área de humanização em saúde. Gonçalves *et al.* (2015) concluem que, dada a frequência com que pediatras fornecem más notícias, o treinamento para realizar essa tarefa adequadamente deve fazer parte da sua formação profissional.

Diante de todas as etapas do treinamento do protocolo SPIKES, aprender a lidar com a empatia é essencial para desenvolver as estratégias para o futuro do paciente, e esse passo de lidar com as suas emoções e os sentimentos dos pacientes e dos familiares foi um dos fatores que mais impactou aos residentes da pesquisa. Aprender a falar a verdade para o paciente ou familiar sem reduzir a esperança dele foi encarado como um dos momentos mais difíceis.

Reiser (1980) lembra que existiu uma crença na Medicina em que a revelação de más notícias levaria a perda da esperança dos pacientes e dos seus familiares, o que incentivou uma ação de encobrir a verdade durante muito tempo para poupar os doentes e as suas famílias. Atualmente, preza-se por comunicar a verdade e de maneira verdadeira e clara, o que é garantido aos pacientes e familiares pelas diretrizes do CFM (2010). Da mesma forma, foi referida por Reiser (1980) a dificuldade em equilibrar a competência técnica com a habilidade de comunicação e as emoções desencadeadas no cotidiano da UTIN.

Tendo como base os princípios da bioética, a verdade é o alicerce da confiança nas relações interpessoais. Geovanini e Braz (2013) fazem referência ao fundamento da beneficência e da autonomia, nos quais a comunicação adequada da verdade ao paciente e seus familiares constitui um benefício para eles, pois possibilita sua participação ativa no processo de tomada de decisões.

Geralmente, o curso de graduação em Medicina ensina que a morte e a incapacidade de cura são desfechos que devem ser evitados e são consideradas fragilidades no tratamento, causando sofrimento aos médicos/as que têm que lidar com esses temas (PEREIRA, 2010). Isso reflete a pressão profissional na qual os médicos/as encontram-se inseridos, que determina poder de saber e de agir sobre os pacientes e dificulta, dessa forma, a aceitação que a Medicina é composta por seres humanos com sentimentos e afetos.

A demonstração das emoções é considerada um defeito pelos residentes, que tentam, a todo custo, reprimi-la no lugar de se utilizar dela como ferramenta importante nas relações médico-paciente e médico-familiar, como orienta o protocolo SPIKES (BAILE *et al.*, 2000).

Da mesma forma, foi observado que os residentes sentiram fragilidade ao lidar com o desconhecido, ou seja, quando não conseguem definir diagnóstico ou prognóstico do paciente, se cobram e sofrem, o que representa a pressão da profissão que cobra conhecimento absoluto e ação sobre a vida dos pacientes.

Essas sensações de fraqueza e falha médicas ao lidar com emoções promovem afastamentos e fugas. As fugas acontecem, muitas vezes, para evitar experiências que envolvem dor e sofrimento, corroborando o estudo de Kovács (2005), que discute o entendimento de morte pelo médico como falha técnica, impotência e não aceitação da finitude.

Os residentes de Pediatria observaram que os médicos/as responsabilizam a sobrecarga de trabalho pelos distanciamentos para comunicação com os pais dos neonatos e, por isso, algumas vezes, delegavam a outras profissões da saúde a difícil tarefa de comunicar as notícias difíceis.

Um dos afastamentos encontrados nas falas dos residentes da nossa pesquisa foi que, em alguns momentos, a psicologia era chamada para dar informações difíceis aos familiares sem a presença da equipe multiprofissional. Torna-se então necessário resgatar a importância da reflexão sobre a relação médico-familiar como prática diária tão importante quanto outros ensinamentos da Medicina (MONTEIRO; QUINTANA, 2016). A dificuldade de colocar-se no lugar do outro foi encontrada em nossa pesquisa, corroborando a pesquisa de Batista e Lessa (2019), o que fortalece a necessidade de um olhar mais cuidadoso para as estratégias de relevância prática, o aprendizado e a atualização da empatia na Medicina, com o cuidado centrado na família e com a habilidade comunicacional sob a responsabilidade da equipe profissional.

Nossa pesquisa corrobora a discussão de Kovács (2005) sobre a ideia de força e controle do médico ao combater a morte e defender a vida. Entretanto, a morte faz parte da rotina profissional e, junto às perdas, aparecem sensações de fragilidade e de perda da ilusória onipotência (MONTEIRO; QUINTANA, 2016). A rotina médica não permite a expressão das emoções por ela ser percebida como vulnerabilidade, o que traz chances de adoecimento dos profissionais.

Da mesma forma, o nosso trabalho foi observado no estudo de Kovács (2005), em que, na formação médica e no cotidiano hospitalar, se prioriza salvar vidas a qualquer custo, e a ocorrência da morte ou de um prognóstico ruim levam frustração e desmotivação à equipe de saúde.

A impotência frente à morte, especialmente em crianças, a sensação de fracasso e a deficiência em comunicar as más notícias levam aos distanciamentos da equipe de saúde como tentativa de defesa para evitar o sofrimento, além de evidenciar a necessidade de desenvolver estratégias de capacitação e apoio aos profissionais. Nesse sentido, a nossa pesquisa concorda com o estudo de Duarte, Sena e Xavier (2011), que confirma a importância do apoio e cuidado integral aos neonatos e às mães, sem esquecer a equipe profissional.

Os residentes da nossa pesquisa socializaram suas sensações de fraqueza e culpa quando deveriam comunicar aos pais o diagnóstico ainda não definido da doença dos neonatos. Esse achado nos faz refletir sobre a noção do poder médico nas ações de defesa da vida e, ao mesmo tempo, sobre o sentimento de impotência quando não conseguem ter sucesso no seu papel.

Assim, concordamos com a meta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) em cuidar do tripé da saúde: usuários, profissionais e gestores. Não se deve esquecer, no entanto, do cuidado físico e emocional com os profissionais da saúde, da educação continuada desses profissionais e do apoio dos gestores à equipe profissional, à estrutura do ambiente e ao processo de trabalho. Esses resultados representam a importância de levar aos profissionais de saúde o apoio emocional e o aperfeiçoamento contínuo baseado em empatia para viabilizar a humanização e reflexão.

Com relação às habilidades empáticas dos estudantes de Medicina, Magalhães *et al.* (2012) observaram que a empatia dos estudantes não sofre alteração ao longo do curso, diferentemente do estudo de Bombeke *et al.* (2011), em que foi encontrada uma redução dessas habilidades em anos mais avançados do curso. Por isso, é importante manter a atualização continuada na Medicina empática e humanizada durante e após a graduação médica.

Pode-se atribuir a deterioração das habilidades empáticas aos fatores estressores da formação médica e da qualidade de vida dos estudantes, como exemplos, a competitividade (NEUMANN *et al.*, 2011), a carga horária excessiva (GUTHRIE *et al.* 1998) e o contato com a doença e com a morte (MACLEOD *et al.*, 2003). Da mesma forma, em nosso estudo, foi observado pelos residentes o aumento do estresse emocional ao lidar com a morte, especialmente de crianças.

Sendo a empatia uma competência importante dentro das diretrizes de formação médica e de comunicação de más notícias, sob a visão do framework do SPIKES (KAPLAN, 2010), e, estando a mesma ligada à qualidade de vida e à realização pessoal e profissional,

torna-se essencial que a escola médica e o ambiente de trabalho sejam considerados fatores importantes para manutenção da qualidade de vida e satisfação dos profissionais e usuários.

Há necessidade de desenvolvimento de estratégias educacionais que promovam o sentimento de realização pessoal e profissional como maneira de potencializar as habilidades empáticas (PARO, 2013). Paro (2013) observou que o bem-estar físico, mental e social parece contribuir para a disposição individual para a empatia, ou seja, em colocar-se no lugar do outro.

A maior parte da equipe de enfermagem, na opinião das mães da nossa pesquisa, não era acolhedora, divergindo do trabalho de Costa, Klock e Locks (2012), que verificou a equipe de enfermagem como a principal responsável pela inserção das famílias no ambiente da UTIN, e a equipe da psicologia, segundo mães participantes da nossa pesquisa, algumas vezes não conseguiu comunicar adequadamente as más notícias aos familiares. Por isso, precisa haver apoio contínuo entre os colegas da equipe multiprofissional para o desenvolvimento de melhores relações com as famílias. O fundamento empático do protocolo SPIKES (BUCKMAN, 2005) ajuda a compreender a importância dos afetos nas relações médico-paciente e médico-familiares, concordando em agregar emoção e ação com o objetivo de mudança da prática.

5.7 RESUMO DAS INFORMAÇÕES E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

Outra diretriz importante do protocolo SPIKES é sintetizar as informações compartilhadas com os pacientes e seus familiares, além de sugerir estratégias relevantes para a família, e junto a ela, objetivar um planejamento terapêutico que inclua as possibilidades e os desejos dos familiares envolvidos na comunicação de más notícias em UTIN (BUCKMAN, 2005).

De acordo com Buckman (2005), esse planejamento prévio à comunicação das más notícias é importante para oferecer segurança ao profissional e confiança aos familiares. Além disso, auxilia na compreensão do caso e na definição de estratégias para a evolução clínica e para o tratamento do paciente a partir da junção da vontade dos familiares com o embasamento científico da equipe multiprofissional.

Segundo Hornblow, Kidson e Ironside (1988), as escolas médicas têm obrigação de treinar as qualidades humanísticas e de comunicação em seus alunos continuamente. No entanto, segundo vários estudos, como Braga e Silva (2007), Pereira (2010) e Puggina, Silva (2014), a eficácia nessas áreas pode ser influenciada por diversos fatores além da preparação

teórica como: ambiência, processo de trabalho e suas dificuldades diárias, idade, cansaço, cultura, individualidade, capacidade em demonstrar emoções, disponibilidade para a relação interpessoal e religiosidade.

A religiosidade é uma das estratégias usadas na comunicação das más notícias e um dos fatores que facilitam a aceitação e o enfrentamento da doença, segundo Monteiro, Magalhães e Machado (2017). Alguns médicos/as da nossa pesquisa utilizam a religiosidade para comunicar as más notícias, mas, em alguns casos, essa estratégia pode aumentar a angústia dos familiares. Entregar nas mãos de Deus a evolução do caso funciona como tentativa de comunicar a gravidade do paciente, mas pode abalar a esperança das mães. A dificuldade apontada pelos residentes não foi aprender o conhecimento teórico do protocolo SPIKES, e sim pôr em prática esse aprendizado de maneira adequada, humanizada, empática e sensível, sem reduzir a esperança do paciente ou familiar.

Os resultados encontrados na nossa pesquisa demonstraram, na prática, a afirmação de Jucá *et al.* (2010) de que a formação acadêmica não prepara o profissional para escutar os usuários. Foi encontrada pouca preocupação com as opiniões das famílias e ausência de espaço e tempo para escutar as mães, que se sentiram pressionadas a aceitar as imposições de tratamento para seus filhos e solicitaram maior apoio por parte da equipe multiprofissional da UTIN, especialmente com o aspecto emocional.

Algumas mães participantes da nossa pesquisa sofreram traumas que podem carregar por toda a vida. Pereira (2010) referencia em seu trabalho que esses prejuízos emocionais podem ser permanentes para quem recebe más notícias de forma inadequada. As mães participantes do nosso estudo solicitaram mais sensibilidade para a equipe multiprofissional da UTIN na comunicação das informações, o que reforça a ideia de Araujo e Leitão (2012) de que as “más notícias” em saúde representam ameaças ao bem-estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais e emocionais que promovem quando comunicadas de maneira inadequada.

As mães sentiram a necessidade de mais sensibilidade, respeito às suas opiniões, mais atenção e sigilo para as conversas, além do suporte psicológico, especialmente do apoio psicológico oferecido pelos médicos/as. Na opinião das mães participantes, a responsabilidade pelo apoio psicológico também é atribuído à equipe médica.

Elas sugeriram aos médicos/as que eles se especializem nessa área emocional para oferecerem melhor suporte para as mães da UTIN. Isso corrobora com a fala de Baile e colaboradores (2000), em que os pacientes consideraram seu médico/a como uma de suas fontes mais importantes de apoio psicológico, sendo por meio das atitudes empáticas a forma

mais poderosa de fornecer esse apoio, pois reduz o isolamento do paciente, expressa solidariedade e valoriza os sentimentos e pensamentos do paciente ou familiar.

Os residentes participantes da nossa pesquisa sugeriram maior apoio às relações médico-familiares na UTIN por meio de treinamentos continuados em comunicação de más notícias para facilitar o esclarecimento de dúvidas das mães. Enfocaram a importância de conhecer as opiniões das mães sobre o cuidado e o trabalho desenvolvido pela equipe na UTIN. Os residentes incentivaram a utilização de instrumentos que disponibilizam o espaço para a escuta das mães, como exemplo, o vídeo usado na nossa pesquisa, o qual permite estímulo à sensibilização e à reflexão, facilita a autoavaliação da equipe e fornece a chance de melhorar a prática e modificar a realidade.

Diferentemente das orientações de Leite e Vila (2005), a equipe multiprofissional da nossa pesquisa não possibilitou espaços para refletir, escutar e falar sobre as necessidades do cotidiano da UTIN. Além da pouca preparação para comunicar as más notícias, a equipe multiprofissional não disponibilizou momentos para discussão acerca dos aspectos técnicos, científicos e éticos relacionados ao cuidado dos neonatos e de seus familiares.

Sugerimos, assim, a criação de espaços para a equipe multiprofissional unir forças e exigir dos gestores melhores condições de trabalho, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e do relacionamento interpessoal. Quando há uma aproximação de parte da equipe multiprofissional organizada em defesa de melhores condições de trabalho, torna mais claras as deficiências para que os gestores invistam adequadamente em melhorias especificadas e indicadas pela equipe, porém esta aproximação também pode partir da gestão.

Também houve sugestões de melhora na estrutura física e no processo de trabalho da UTIN em que se valorize a humanização na saúde, beneficiando todos os envolvidos no processo. Chamaram a atenção para o apoio dos gestores que fazem parte do tripé da saúde junto aos usuários e profissionais, como previsto pela PNH do Brasil (2013), por meio da sugestão de tornar obrigatório o treinamento em comunicação de más notícias a todos os profissionais com o objetivo de padronização e humanização do serviço.

Nossa pesquisa demonstrou, como resultados, os afastamentos que desestimulam a evolução das relações médico-paciente e relações médico-familiares; por outro lado, incentivou, a partir das conversas e do diálogo com os participantes, a reflexão dos fatos reais e das atitudes individuais e coletivas com o objetivo de repensar ideias para melhorar a comunicação de más notícias e, conseqüentemente, a humanização na saúde.

5.8 PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES SOBRE O VÍDEO APÓS SUA VISUALIZAÇÃO

O vídeo participativo produzido no nosso estudo foi embasado nos conceituais teóricos da Antropologia visual (BARBOSA; CUNHA, 2006) e do framework do protocolo SPIKES (KAPLAN, 2010). Sob o ponto de vista dos residentes de Pediatria participantes, provocou a reflexividade, a autocrítica, a sensibilização e a empatia nas relações médico-familiar e apresentou contribuições importantes na reflexão para o aprendizado da comunicação de más notícias.

De acordo com Mamede e Abbad (2018), a prática didática deve ser clara em seus objetivos para conseguir alcançá-los, por isso referem-se à taxonomia de Bloom ou à taxonomia dos objetivos educacionais como relevantes nesse sentido. Concordando com essa observação de Mamede e Abbad (2018), a estratégia de vídeo participativo, na percepção dos participantes desta pesquisa, atingiu o objetivo esperado, e este bom resultado demonstrou a importância de definir claramente os objetivos educacionais, por meio de planejamento antecipado.

Sob a ótica dos residentes participantes, houve conscientização sobre a importância de aprender a comunicação de más notícias. Acharam válida a produção do vídeo utilizando o protocolo SPIKES como norteador para o aprendizado teórico, utilizando as falas e as imagens dos envolvidos e retratando a prática do cotidiano da UTIN. A maioria dos residentes participantes da nossa pesquisa teve formação em Universidade pública, e na mesma proporção, 66,6%, a maioria dos residentes teve experiência anterior na formação em comunicação de más notícias, porém demonstraram que esse aprendizado teórico na formação universitária não foi suficiente para um desempenho adequado na prática. Discutimos, portanto, que, mesmo com formação em Universidade pública e com experiência teórica anterior, se faz necessário aperfeiçoamento contínuo nessa área para melhorar a prática profissional.

Com relação ao ano de residência, foi verificado que tanto os residentes do primeiro ano quanto os que estavam cursando o segundo ano da residência médica em Pediatria analisaram como benéfica a aplicação do vídeo para melhorar a comunicação de más notícias. Isso nos faz refletir que, mesmo com maior experiência vivenciada nesse tema, os profissionais sentem necessidade da capacitação continuada e da reflexão sobre suas práticas diárias diante de temática tão complexa.

Esse nosso resultado de pesquisa corresponde ao resultado da dissertação de Paro (2013), na qual os estudantes dos diversos ciclos do curso de Medicina apresentaram

diferenças pouco expressivas das disposições empáticas, o que o faz discutir que, infelizmente, o desenvolvimento das habilidades humanísticas fica restrito a momentos isolados da formação médica (Paro, 2013). Dessa maneira, podemos admitir que, pela percepção dos residentes na nossa pesquisa, independentemente da formação e da vivência anterior, a aplicação do vídeo é bem-vinda para ajudar no aprendizado e aperfeiçoamento em comunicação de más notícias. A maioria dos residentes participantes da pesquisa era do gênero feminino, somente um residente era masculino dentre os doze participantes. Podemos questionar se as pediatras são ou não mais propensas a desenvolver empatia em suas práticas profissionais e se essa maioria feminina, em nosso estudo, interferiu na maior sensibilização após a visualização do vídeo.

Paro (2013) relata que alguns estudos demonstram que as mulheres dispõem maior tempo conversando com seus pacientes do que seus colegas médicos homens (ROTTER; HALL; AOKI, 2002). Na pesquisa de Paro (2013), os estudantes de Medicina do gênero feminino apresentaram maior disposição para a empatia do que os estudantes do gênero masculino, fazendo refletir que homens e mulheres se apresentam diferentemente em avaliações que contam com sua autopercepção, mas precisam ter a mesma capacidade para demonstrar o comportamento empático.

Somente uma residente participante da nossa pesquisa tinha filhos. Essa residente contou que a sua experiência de ter um filho prematuro, o qual precisou de cuidados em UTIN, a deixou mais empática com os sofrimentos das mães de neonatos internos. Esse resultado concorda com os trabalhos de Klitzman (2006), nos quais o autor, que é médico, após se tornar paciente devido a um diagnóstico de câncer, percebeu maior sensibilidade para comunicar más notícias e se tornou mais empático em suas relações com pacientes e familiares.

Esses são fatos que demonstram que podemos contar as experiências pessoais em relação ao desenvolvimento humanístico, além do conhecimento teórico necessário para conduzir uma comunicação de más notícias adequadamente e refletem a necessidade de utilizar vídeos, como o que foi produzido em nosso estudo, para estimular a sensibilização nos profissionais de saúde. Dessa maneira, Chanda (2002) e MacDougall (2007) refletem a respeito da importância da identificação com o outro na arte de filmar com o objetivo de incentivar as pessoas à reflexão. Para Chanda (2002), usar a empatia no vídeo permite a experimentação de diferentes formas de pensar e abre os olhos para enxergar a partir do olhar do outro, isto é, a partir do contexto do outro. MacDougall (2007) entende que usar a empatia

na filmagem é filmar a partir do olhar do outro e, com isso, permitir a reflexão da realidade mostrada por meio dos depoimentos reais das mães de neonatos.

Dessa forma, nossa pesquisa também concorda com Name (2019) quando utiliza o vídeo para despertar as pessoas por meio da realidade, incentivando a conscientização e promovendo transformações na prática profissional. Concordamos também com Monteiro e Quintana (2016) com relação ao preparo do médico, que não deve ser puramente teórico, mas sim igualmente produto de reflexão, pois se o médico não refletir sobre as suas dificuldades frente à morte, certamente terá dificuldades na comunicação, ainda que possua uma fundamentação teórica para isso.

De acordo com a opinião dos residentes, o vídeo auxiliou na divulgação das diretrizes do protocolo SPIKES sobre a comunicação de más notícias, o que reafirma o resultado do trabalho de Guttman (2000), no qual houve melhor acessibilidade às informações de estudantes e profissionais de saúde com o uso de um vídeo. A metodologia usada com base no vídeo foi funcional e não exigiu muito tempo para sua visualização, a qual se completou em torno de 12 minutos. Em nossa realidade, melhorar a acessibilidade às informações representa um benefício para a rotina dos profissionais de saúde que, em geral, dispõem de tempo escasso e trabalho excessivo.

Assim como o trabalho de Fieschi, Burlon e Marinis (2015), o nosso estudo também verificou baixo custo com a utilização do vídeo participativo. Essa forma de capacitação não exige contratação de atores profissionais para a realização do vídeo, contribuindo com a redução de gastos, além do envolvimento mais real dos profissionais de saúde que vivenciam os problemas em seu cotidiano, explorando suas próprias dificuldades.

Além disso, nosso estudo ratificou o resultado de Habes *et al.* (2020) e Landa (2017), no qual ferramentas baseadas em vídeo melhoram o aprendizado reflexivo, considerando a percepção dos residentes participantes da pesquisa. Os residentes, por sua vez, registraram sua percepção sobre a importância de ter acesso à opinião das mães sobre suas atuações no cotidiano da UTIN. Esse feedback estimula a reflexão e a autocrítica e melhora as relações médico-familiares. O vídeo permitiu fácil entendimento e apresentou viabilidade no processo de ensino-aprendizado, tanto na nossa pesquisa quanto no estudo de Peltier *et al.* (2015), no qual a utilização do vídeo melhorou a compreensão das informações, além de ter estimulado a sensibilização e reflexão por meio da sua perspectiva participativa.

Segundo Sardelich (2006), as emoções humanas são afetadas por imagens e isso nos estimula a utilizar o vídeo com imagens reais para a sensibilização dos profissionais da saúde. Há envolvimento da sensibilização e de fatores afetivos, cognitivos e comportamentais no

processo psicológico de colocar-se no lugar do outro, a partir da avaliação da realidade vivenciada. Desse modo, o vídeo do nosso estudo conseguiu estimular a sensibilização e a reflexão a partir da real vivência na UTIN (DAVIS, 1996).

A partir Glaumaga (2014), ao afirmar que, em um processo de sensibilização, a transformação se dá internamente e isoladamente em cada pessoa, podemos supor que alguns residentes do nosso estudo podem ter tido dificuldade de expressar, por meio de palavras e em grupo, a sensibilização produzida internamente neles e sua necessidade de transformação logo após a visualização do vídeo.

Os resultados da nossa pesquisa se assemelham à discussão de Reiser (1980), na qual o autor defende a franqueza na comunicação entre os médicos/as, os pacientes e seus familiares. Ainda, define o comportamento médico de ocultar informações como prejudicial para a relação médico-familiar, mas, ao mesmo tempo, compara as palavras usadas na comunicação aos bisturis usados nas cirurgias. A comunicação de más notícias na UTIN do nosso estudo abriu traumas por meio das “palavras-bisturis”, que podem permanecer por muito tempo na memória das famílias dos pacientes e ameaçam especialmente o bem-estar emocional das mães.

Os residentes participantes entenderam a importância de saber comunicar adequadamente a verdade preservando a esperança dos familiares. Semelhante ao trabalho de Afonso e Minayo (2013), o nosso estudo também defende o respeito à verdade, aos direitos dos pacientes e familiares ao suporte emocional, à obrigação do médico de informar claramente e à preservação da esperança e da sensibilidade. Para tanto, os residentes reconheceram, além do preparo para a comunicação das más notícias, a importância do apoio psicológico tanto para os familiares quanto para os profissionais, e esse achado concorda com os estudos de Paro (2013) e Campos (2015).

Percebemos assim a importância da comparação feita por Araujo e Leitão (2012) entre a verdade e as medicações, ou seja, ambos precisam de dose, via e hora adequadas para serem administrados e, para isso, é essencial ter empatia, além do conhecimento teórico. Por isso, concordamos com esses autores que a comunicação de más notícias em saúde pode provocar sequelas físicas, sociais e emocionais.

Os residentes identificaram as atitudes de alguns plantonistas no cotidiano da UTIN de tentarem a todo custo manter a vida de neonatos muito graves durante o seu plantão com o objetivo de evitar a dor representada pela morte. Os residentes participantes da pesquisa confundem, na prática diária da UTIN, a comunicação das más notícias realizada de forma sensível e empática com fraqueza ou fragilidade profissional, mostrando deficiências em

utilizar a empatia, as emoções e a sensibilidade nas suas atitudes no cotidiano da vida profissional.

Assim como no nosso estudo, também no trabalho de Monteiro *et al.* (2015) foi observada a angústia nos profissionais da saúde, além da sensação de insucesso médico durante a comunicação de morte. Pode-se discutir essa dificuldade dos residentes devido à sua formação médica, centralizada no poder do médico sobre os doentes e embasada no controle da saúde e na preservação da vida, tendo a morte como derrota médica.

De acordo com os residentes de Pediatria, o vídeo participativo e reflexivo utilizado em nossa pesquisa despertou o aumento do grau de responsabilidade dos residentes participantes acerca da comunicação de más notícias em UTIN. Esse resultado reforça a ideia dos autores Vailati, Godio e Rial (2016), os quais acreditam que o vídeo, por meio da reflexão, pode ser uma ferramenta de transformação social.

Podemos ponderar que, se o nosso vídeo permite o aumento do grau de responsabilidade sobre a comunicação de más notícias nos residentes, também desperta a sensibilização, a empatia e a humanização nas relações médico-familiar. Então, o nosso estudo, como o de Ramos (2011), sugere o desenvolvimento de estratégias educativas para ensino-aprendizado na formação e no aperfeiçoamento em saúde que estimulem empatia, devendo ser a empatia a base do ensino, do aprendizado e da prática em saúde.

Seguindo as orientações de Landa (2017), o vídeo do nosso estudo, baseado na Antropologia visual, envolve emoções e empatia para despertar sentidos e, dessa maneira, alcançar mudanças na vida das pessoas. Alguns residentes perceberam, por meio da empatia estimulada no vídeo, a importância de cada bebê como indivíduo inserido em uma família que o ama. Nosso estudo reconhece, assim como o de Vandenberghe (2002), que por meio da empatia, o outro é compreendido como ser humano.

Segundo Vandenberghe (2002), a empatia não é apenas o fundamento da vida social, mas sim a chave para o mundo espiritual. Na discussão da espiritualidade e da empatia em nosso estudo, todos os residentes se identificaram com alguma religião e alguns deles reforçaram que utilizam a religiosidade para ajudá-los na comunicação. Entretanto, reconheceram a empatia como o fundamento mais importante no processo da comunicação das más notícias. Podemos discutir com esse resultado que, independentemente da religião, colocar-se no lugar do outro é o aspecto mais importante na comunicação de más notícias e é essencial para uma adequada relação médico-familiar.

Assim como no nosso estudo, Ribeiro *et al.* (2021, p. 1) observaram que a parte mais difícil da comunicação de más notícias foi “ser honesto, sem tirar a esperança” e “lidar com a

emoção do paciente”. A maioria dos pesquisados conhecia o protocolo SPIKES e considerou a expressão de emoções sua etapa mais difícil. A comunicação e o manejo das emoções foram apontados como desafios na relação médico-paciente, com déficits no ensino de comunicar más notícias.

Houve associação entre realização pessoal, qualidade de vida mental e empatia nos estudos de Shanafelt *et al.* (2005). Assim como os trabalhos de Gleichgerrcht e Decety (2013) e Gruhn *et al.* (2008), relatam que a satisfação pessoal e profissional tem relação com as disposições empáticas de adultos e com a satisfação dos pacientes com o cuidado médico (HAAS *et al.*, 2000).

Da mesma maneira, no nosso trabalho, foi observado pelos residentes de Pediatria participantes que dificuldades no bem-estar mental ou emocional do médico podem interferir negativamente na sua comunicação com as mães; por isso é de grande importância a ajuda de um colega nesses momentos de dificuldades pessoais do profissional médico. Essas observações sugerem à gestão hospitalar um maior investimento no bem-estar e na qualidade de vida pessoal e profissional dos colaboradores dos serviços de saúde para melhorar o cuidado, a assistência e a satisfação dos pacientes.

Os residentes de Pediatria, no nosso estudo, observaram a importância da empatia reforçada pelo vídeo com estímulo ao aprendizado da técnica adequada para a comunicação de más notícias, com enfoque na clareza e na verdade, no entanto, sem reduzir a esperança dos familiares. Os residentes perceberam que a rotina diária de tentar salvar vidas na UTIN leva ao desgaste e à sobrecarga do profissional, porém reconhecem que precisam ter sensibilidade para colocar-se no lugar do outro e se comunicar adequadamente com as mães dos neonatos.

Esse resultado assemelha-se ao discutido por Paro (2013), no qual as vivências estressantes às quais os estudantes de Medicina são submetidos podem endurecê-los emocionalmente, porém deve-se conquistar e manter os desafios de serenidade e de valores humanísticos. Paro (2013, p. 116) cita a expressão do revolucionário Ernesto Che Guevara: “Endurecer é necessário, mas sem jamais perder a ternura”.

Assim como no nosso estudo, Vogel *et al.* (2019) encontraram, na compreensão de residentes de Medicina sobre a comunicação de más notícias, condutas diversificadas que poderiam se uniformizar por meio de treinamentos nessa área. Essa uniformização de condutas médicas oferece mais confiança aos usuários do serviço de saúde e segurança aos profissionais. Nossa pesquisa concorda com os estudos de Kovács (2005) e de Satler e Martins (2014), quando contempla a valorização do vídeo como ferramenta de formação para

estimular reflexão e humanização na educação dos profissionais da saúde, em especial na educação para lidar com a morte.

Todos esses achados concordam com os de Ramos e Serafim (2014), uma vez que esses autores reconhecem a ajuda do vídeo na melhor produção do conhecimento, além de melhorar a humanização na saúde por meio do diálogo. De acordo com Freire (2005), só há comunicação quando há diálogo. Algumas vezes, no cotidiano da comunicação na UTIN estudada em nossa pesquisa, ocorreram monólogos com pouca valorização das emoções, dos sentidos e da empatia.

O vídeo participativo usado em nossa pesquisa foi avaliado pelos residentes de Pediatria como instrumento importante para estimular a reflexão para comunicar as más notícias na UTIN por meio da empatia. Sendo a empatia a chave para a adequada comunicação de más notícias, o vídeo oferece, na forma que foi pensado em nossa pesquisa, de maneira participativa e empática, utilizando atores e cenários reais, falas e imagens das vivências e experiências reais de vida, contribuições para a reflexão de processos, algumas vezes esquecidos na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Assim como Júnior e Cury (2007), a nossa pesquisa abre uma discussão para rever estratégias educativas da atual formação e da atualização médicas, no sentido de fortalecer a importância de resgatar a humanidade. Afinal, a nossa pesquisa concorda com a afirmação de Traiber e Lago (2012), que muitas vezes o cuidar é mais importante do que o curar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pesquisa nos fez perceber que o aprendizado adequado da comunicação de más notícias não se limita ao aspecto educacional, não somente às metodologias utilizadas nesse processo, sejam elas por meio de vídeo ou não, ele envolve aprendizado social, de se comunicar, de se fazer entender e compreender o outro, implicando o aprendizado sobre como falar de morte e como entender essa etapa da vida, abrangendo o aprendizado emocional, de colocar-se no lugar do outro e a reflexão sobre nossas atitudes nesta área. Dessa forma, entende-se a importância da primeira e da segunda etapa desta pesquisa, na reflexão sobre os fatores que facilitam e dificultam o aprendizado adequado da comunicação de más notícias, compreendendo a terceira etapa como mais uma sugestão de instrumento metodológico no processo educacional da comunicação de más notícias.

Durante a primeira etapa desta pesquisa, foram observados os problemas na formação, a complexidade do processo de comunicação de más notícias na prática médica e o sofrimento de todos os envolvidos nesse processo comunicacional, encontrados em nosso meio, assim como em diferentes lugares do mundo, e que serviram de motivação para o desenvolvimento desta pesquisa.

No início da pesquisa, houve a preocupação de compreender os obstáculos experimentados pelos atores do processo de comunicação de más notícias na UTIN estudada e tentar, a partir dessas vivências, produzir uma estratégia educacional capaz de estimular sensibilização e reflexão nos profissionais de saúde envolvidos nesse processo de aprendizado. Foram encontradas, na primeira etapa da pesquisa, várias dificuldades, tanto para os familiares como para a equipe multiprofissional, como deficiências estruturais, de formação e capacitação dos profissionais nessa área, além da complexidade em lidar com as notícias difíceis diariamente, colocar-se no lugar do outro e conseguir comunicar a verdade sem retirar a esperança dos familiares.

Durante o percurso na pesquisa, notou-se que o componente emocional faz parte do processo educacional e que, mais do que um protocolo para ensino e aprendizado, mais do que qualquer ferramenta educativa eficaz, a empatia representa o principal fundamento para estimular a evolução do profissional de saúde na rotina laboral diária e, da mesma forma, na sua evolução como pessoa na vida em sociedade. Aprender a comunicar más notícias adequadamente, de forma empática, não contribui exclusivamente para melhorar a vida profissional, mas também a pessoal, uma vez que esse aprendizado não envolve simplesmente doenças, mas também pessoas.

Ter empatia é colocar-se no lugar do outro, o que não significa ser igual ao outro, assim como o princípio da beneficência faz parte da ética médica. A compaixão e o respeito à diversidade também podem ser responsabilidades médicas. É importante compreender que se o processo de ensino-aprendizado não conseguir adentrar no mundo afetivo do estudante ou do profissional formado, se as estratégias educacionais não conseguirem ativar suas emoções e seus sentidos, o aluno adquirirá noções teóricas e técnicas que apenas com o tempo poderão ser esquecidas.

As emoções estão presentes em cada etapa do nosso projeto de pesquisa e não poderia ser diferente, uma vez que o próprio tema, a comunicação de más notícias, já se sobrecarrega do componente emocional. Por isso, entendemos a importância de evidenciar as emoções e permitir posturas empáticas na ferramenta utilizada em nossa pesquisa, o vídeo participativo, para que, por meio da reflexividade sobre atitudes, muitas vezes não analisadas no dia a dia, consigamos desconstruir posturas de soberba, medos, afastamentos, culpas e sensações de fraqueza.

A metodologia do vídeo participativo utilizada em nosso estudo, com seus personagens principais (residentes de Pediatria e mães), por meio de um roteiro que estimula a autocrítica e utiliza a problematização para expor e discutir as dificuldades reais, alcançou, a partir da percepção dos residentes participantes da pesquisa, sensibilização e reflexão para a adequada comunicação de más notícias, representando recurso de importante potência em processos de ensino-aprendizado na saúde.

A formação médica com abordagem superficial da morte e da comunicação de más notícias, com pouca valorização da humanização e das atitudes empáticas, não permite o desenvolvimento adequado de competências e habilidades para a comunicação e as relações médico-paciente e médico-familiar na prática da Medicina.

Nesse sentido, os profissionais precisam, tanto durante todo processo formativo quanto durante a sua prática profissional, desenvolver suas habilidades técnicas, ao mesmo tempo em que necessitam desenvolver a comunicação de más notícias e suas relações com os pacientes e seus familiares. Devido a essas dificuldades, torna-se ainda mais importante a conscientização dos gestores da área de saúde sobre as mudanças necessárias às melhorias na UTIN estudada e na saúde pública em geral, possibilitando uma melhor comunicação com os pacientes e suas famílias. Além das dificuldades práticas para exercer a Medicina adequadamente, os profissionais também precisam se atualizar continuamente, em especial no aspecto da humanização na saúde.

Considerando a formação médica e a educação profissional continuada, carentes de humanização e de estratégias educacionais eficientes no ensino-aprendizado da comunicação de más notícias, e diante das dificuldades diárias vivenciadas pelos profissionais de saúde, especialmente na UTIN, se faz importante oferecer um vídeo participativo como estratégia capaz de fomentar o aprendizado teórico e estimular a humanização e a empatia na saúde por meio da reflexividade, das emoções e dos sentidos.

Podemos pontuar alguns pontos fortes do vídeo utilizado em nosso estudo, como a sua produção em formato participativo, ou seja, com a participação ativa de personagens reais (mães de neonatos e residentes de Pediatria), que transmitem emoções, necessidades e percepções por meio de seus depoimentos e imagens reais.

Essa participação ativa dos sujeitos da pesquisa no vídeo influencia a formação e a capacitação por intermédio da melhora no conhecimento técnico sobre a comunicação de más notícias, na capacidade de estimular sensibilização e reflexão e no grau de responsabilidade da equipe profissional por meio da humanização, da empatia e do acolhimento em saúde.

Uma limitação dessa estratégia pode estar relacionada à dificuldade de obter liberação das imagens e falas dos participantes para serem usadas na sua produção. Essa dificuldade pode acontecer por receio de exposição pública, devendo ser compartilhado com os participantes o compromisso da pesquisa com a ética e o sigilo.

Outra limitação da nossa pesquisa foi que somente três residentes opinaram no GF3, pois a maioria concordou com o que foi dito, provavelmente por não terem tido tempo suficiente para refletir sobre todas as informações, imagens e falas visualizadas no vídeo, uma vez que a conversa para compreender as percepções sobre vídeo se deu logo após a sua visualização.

A pesquisa trabalhou com os residentes de Pediatria por entender a importância da comunicação de más notícias na formação médica e por serem esses profissionais recém-formados os mais sujeitos às mudanças e mais ávidos por conhecimento e aprendizado na equipe multiprofissional da UTIN. Espera-se que esses profissionais em aprendizagem sejam propagadores dos conhecimentos adquiridos durante a pesquisa.

Esta pesquisa não desenvolveu estudo-piloto, pois tivemos a experiência anterior da pesquisa de mestrado na mesma linha de estudo. Nessa pesquisa anterior, foi realizada uma roda de conversa com familiares de neonatos da mesma UTIN e houve também a experiência com entrevistas individuais com a equipe multiprofissional, o que nos forneceu informações para orientar a pesquisa de doutorado.

As transcrições dos grupos focais foram devolvidas parcialmente aos participantes. Não foi possível a devolução às mães para comentários, correção ou confirmação, porque o grupo de mães que participou do estudo não se encontrava mais no local da pesquisa quando ficou pronta a transcrição por motivo de alta do serviço. Não foi usado software de análise qualitativa no nosso estudo; toda análise e interpretação dos resultados foram realizadas pela pesquisadora em todo o percurso da pesquisa, com relatórios completos, transparentes e disponíveis, utilizando a metodologia de análise de conteúdo por categorias de Bardin, sendo apresentado exemplo no Quadro 3.

Finalmente, outro limite do estudo refere-se à ausência de avaliação do aprendizado prático das habilidades empáticas de comunicação de más notícias em UTIN e à pesquisa de modificações das práticas dos residentes de Pediatria, uma vez que não representam o objetivo da nossa pesquisa. Aspira-se que a sensibilização e a reflexão produzidas pelo vídeo do nosso estudo possam melhorar as habilidades empáticas e modificar atitudes e posturas no cotidiano das práticas médicas, ficando esses objetivos para uma próxima pesquisa. Os residentes participantes da pesquisa sugeriram que o vídeo, produto deste estudo, poderia ser utilizado como parte integrante da capacitação de todos os profissionais lotados para trabalhar no Hospital Universitário em estudo.

Essa sugestão demonstra a preocupação dos residentes com o estímulo, o mais precoce possível, à sensibilização, reflexão e empatia. Entendemos que esta sugestão oferece a oportunidade de aprendizado teórico e de valorização da comunicação e da humanização na capacitação de um maior número de profissionais de saúde, podendo se expandir também, para a formação médica. Propomos, também, a organização de conversas entre usuários e profissionais da UTIN com os gestores do serviço de saúde, para funcionarem como espaço de escuta e definição de melhorias na prática diária deste setor do hospital.

Revedo os objetivos, o nosso estudo conseguiu escutar os participantes sobre a comunicação de más notícias na UTIN, a partir dessa escuta, conseguiu desenvolver e avaliar um vídeo participativo, aproximar os participantes da sua realidade, envolver teoria e prática, facilitar a aprendizagem do conhecimento teórico, estimular a reflexão crítica, por meio da problematização e do diálogo, e incentivar a sensibilização dos participantes, mediante o estímulo à empatia e humanização. Pode-se concluir, com isso, que a estratégia baseada no vídeo participativo tem seu espaço de contribuição no ensino-aprendizado relacionado à sensibilização e reflexão sobre a comunicação de más notícias em saúde, podendo ser utilizado na formação e na capacitação profissional.

O uso de uma ferramenta, como o vídeo participativo da nossa pesquisa, que consegue estimular sensibilização e reflexão das práticas cotidianas em saúde é considerado de grande relevância para um grupo de profissionais, habituado a adquirir muitos conhecimentos técnicos, pouco se envolver emocionalmente, e reproduzir seus atos, algumas vezes, sem tempo e sem estímulo para refletir sobre eles. Ainda mais significativa quando o tema escolhido é a comunicação de más notícias, muito importante e, algumas vezes, pouco lembrado.

Dessa forma, houve contribuição efetiva do nosso estudo à linha de pesquisa Educação e Saúde, e à área de concentração Educação em Saúde, por meio do desenvolvimento e avaliação do nosso vídeo participativo, reflexivo e transformador, capaz de estimular reflexão e sensibilização, relacionada à comunicação de más notícias, na qualificação dos profissionais de saúde. Portanto, o vídeo em questão contribui para estimular reflexão e sensibilização a nível individual, assim como mobiliza contribuições coletivas, uma vez que dissemina conhecimento teórico e motiva mudanças na prática. Além disso, não se deve esquecer do estímulo à capacitação e colaboração entre a equipe multiprofissional e à replicação do conhecimento entre os indivíduos e as instituições do Sistema Único de Saúde.

Entretanto, são necessários outros estudos na área para aprimorar essa tecnologia visual, assim como desenvolver outras metodologias que estimulem o aprendizado empático da comunicação de más notícias em UTIN. Além disso, necessita-se de estudos que avaliem o aprendizado das habilidades empáticas, comunicacionais e as modificações na prática diária dos profissionais, sendo esses os próximos passos para nosso futuro trabalho. Afinal, algum dia, poderemos estar do outro lado, no papel do familiar ou no papel do doente, porque não somos seres com poderes invencíveis, somos seres humanos vulneráveis e precisamos entender que o nosso aprendizado na comunicação e a nossa evolução nas relações é diário e contínuo, tanto no trabalho, como na vida.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, S. Q. *et al.* Awareness of palliative medicine among Pakistani doctors: a survey. **J Pak Med Assoc.**, v. 54, n. 4, p. 195-9, 2004.
- ADEBAYO, P. B. *et al.* Breaking bad news in clinical setting - health professionals' experience and perceived competence in Southwestern Nigeria: a cross sectional study. **Ann Afr Med.**, v. 12, n. 4, p. 205-11, 2013.
- AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. S. Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2747-2756, 2013.
- ALMEIDA, M. T. C; BATISTA, N. A. Ser docente em métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 468-476, 2011.
- ALVES, C.A.C.; SARINHO, S. W.; BELIAN, R.B. Comunicando más notícias na pandemia de COVID 19. **Rev. Redbioética/UNESCO**, año 12, v. 1, n. 23, p. 12, 12 ene./jun. 2021.
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; RODRIGUES, E. C. The dialogue between health staff and newborn babies: an analysis based on Paulo Freire. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 2, p. 180-186, abr.-jun. 2008.
- ARAUJO, J. A.; LEITÃO, E. M. P. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 2, p. 58-62, 2012.
- BAEZ, M. El audiovisual participativo como metodología liberadora. **R. Articul.const.saber**, 2020, v. 5, p. e63740.
- BAILE, W. F. *et al.* SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, v. 5, p. 302-311, 2000.
- BALCH, D. C; TICHENOR, J. M. Telemedicine expanding the scope of health care information. **J Am Med Inform Assoc.**, v. 4, n. 1, p. 1-5, 1997.
- BARBOSA, A.; CUNHA, E. T. da. **Antropologia e imagem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BATISTA, N. A.; LESSA, S. S. Empathy Learning in the Medical-Patient Relationship: a Qualitative Look Among Internship Students of Medical Schools in the Northeast of Brazil. **Rev. bras. educ. med.**, v. 43, 1 suppl 1, 2019.
- BERKHOF, M. A. B. *et al.* Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. **Patient Education and Counseling**, v. 84, p. 152–162, 2011.

BERNARDES, J. USP está entre as 20 instituições que mais publicam sobre covid no mundo. **Jornal da USP**, 2020.

BESTETTI, M. L. T. Ambiente: built environment and behavior. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 17 (3):601-610, 2014.

BHADRA, K. *et al.* Awareness of palliative care among doctors of various departments in all four teaching medical colleges in a metropolitan city in Eastern India: A survey. **J Educ Health Promot.**, 26;4:20, mar. 2015.

BOMBEKE, K. *et al.* Medical students trained in communication skills show a decline in patient- centred attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. **Patient Educ Couns.** v. 84, n. 3, p. 310-8, 2011.

BRAGA, E. M; SILVA, M. J. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 410-4, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares-cursos de graduação- Medicina.** Brasília (DF), 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HUMANIZASUS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **PNH.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares-cursos de graduação- Medicina.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: 2018.

BROCK, T. P.; SMITH, S. R. Using digital videos displayed on personal digital assistants (PDAs) to enhance patient education in clinical settings. **Int J Med Inform.**, v. 76, n. 11-12, p. 829-35, 2007.

BROWN, R. *et al.* Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. **Acad Med.**, v. 84, n. 11, p. 1595-602, nov. 2009.

BUARQUE, V. *et al.* O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na Unidade Neonatal. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 295-301, 2006.

BUCKMAN, R. A. Breaking bad news: why is it still so difficult? **British Medical Journal**, v. 288, p. 1597-1599, 1984.

BUCKMAN, R. A. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. **Community Oncology**, v. 2, n. 2, p. 138-142, 2005.

BUSHATSKY, M. **Pacientes fora de possibilidade terapêutica**: percepções de cuidadores, estudantes e profissionais de saúde diante da finitude e de cuidados paliativos. 2010. Recife-PE.

CABRAL, I. E. O Método Criativo e Sensível: Alternativa de pesquisa em enfermagem. *In*: GAUTHIER, J. H. M. *et al.* **Pesquisa em Enfermagem**: Novas Metodologias Aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 177-203.

CALEFFI, M. C. *et al.* A Repercussão da comunicação de más notícias para pacientes com câncer. **Psychiatry on line Brasil**, v. 21, n. 12, 2016.

CALSAVARA, V. J.; SCORSOLINI-COMIN, F.; CORSI, C. A. C. A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 25, n. 1, p. 92-102, abr. 2019.

CAMARGO, C. L. *et al.* Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 3, p. 267-275, set/dez. 2004.

CAMARGO, N. C. *et al.* Teaching how to deliver bad news: a systematic review. **Rev. Bioét.**, v. 27, n. 2, p. 326-340, 2019.

CAMPOS, C. A. C. A. **Entre pássaros e flores**: desafios de equipes multiprofissionais de saúde e familiares de pacientes na produção da comunicação de notícias em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 2015. Dissertação (Mestrado) - Maceió-AL.

CAMPOS, C. A. C. A.; SILVA, L. B.; FERREIRA, S. M. S. **Entre pássaros e flores**: desafios da comunicação em saúde. EDUFAL, 2017.

CAMPOS, C. A. C. A. *et al.* Challenges of communication in Neonatal Intensive Care Unit for professionals and users. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 165-174, jun. 2017.

CASARIN, F. S. *et al.* Instrumentos de avaliação breve da comunicação: ferramentas existentes e sua aplicabilidade clínica. **Rev. CEFAC.**, v. 13, n. 5, p. 917-925, 2011.

CAVALCANTE, M.; VASCONCELOS, M.; GROSSEMAN, S. A Comunicação De Más Notícias Por Estudantes De Medicina: Um Estudo De Caso. **CIAIQ 2017**, v. 2, 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CHAN, S. C. Views of Malaysian interns and their supervisors on the adequacy of undergraduate clinical skills training. **Singapore Med J.**, v. 53, n. 3, p. 196-202, 2012.

CHANDA, J. Ver al otro a través de nuestros propios ojos: problemas en la educación multicultural: el estado de la pedagogia artística multicultural. *In: Jornadas Caixa Fórum*. Barcelona, 2002.

CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Health professionals and the delivery bad news: patient perspectives. **Rev Med Minas Gerais.**, v. 23, n. 4, p. 518-525, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica**. Brasília: CFM; 2010.

COSTA, F. D. da; AZEVEDO, R. C. S. de. Empathy, the physician-patient relationship, and medical training: a qualitative view. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M. O. H. Embracement at neonatal unit: perception of the nursing team. **Rev. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 355-360, 2012.

COUTINHO, F.; RAMESSUR, A. An Overview of Teaching Communication of Bad News in Medical School: Should a Lecture be Adequate to Address the Topic? **Acta Med Port.**, v. 29, n. 12, p. 826-831, 30 dez. 2016.

CROITOR, L. M. N. **Percepção de Pacientes do Comportamento Comunicativo do Médico**: elaboração e validação de um novo instrumento de medida. Belo Horizonte, 2010.

DAVIS, M. H. **Empathy: A Social Psychological Approach**. Madison: Brown and Benchmark Publishers, 1996.

DIAS, L. M. *et al.* Medical Residents Perceptions of Communication Skills a Workshop on Breaking Bad News. **Rev. bras. educ. med.**, v. 42, n. 4, p. 175-183, 2018.

DINIZ, S. S. *et al.* Giving bad news: perception of physicians and patients. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v. 16, n. 3, p. 146-51, 2018.

DUARTE, E. D; de SENA, R. R.; XAVIER, C. C. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 647-54, 2009.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R. de; XAVIER, C. C. A vivência de pais e profissionais na Unidade de Terapia intensiva Neonatal. **Cienc. enferm.**, v. 17, n. 2, p. 77-86, 2011.

DUARTE, A. **Margaridas amarelas**: seu significado, como cuidar e muita mais! 2022. <https://portalvidalivre.com/articles/662>

EMADI-KOOCHAK, H. *et al.* Breaking HIV News to Clients: SPIKES Strategy in Post-Test Counseling Session. **Acta Med Iran.**, v. 54, n. 5, p. 313-7, mayo 2016.

EUSÉBIO, A. J.; MAGALHÃES, S. B. Filme etnográfico e o estudo do cotidiano: o uso de recursos audiovisuais na pesquisa sociológica. **Revista Café com Sociologia.**, v. 6, n. 2, p. 57-71, 2017.

FERRAZ, A. L. C; MENDONÇA, J. M. (Orgs.). **Antropologia visual**: perspectivas de ensino e pesquisa; Brasília- DF: ABA, 2014.

FIESCHI, L.; BURLON, B.; DE MARINIS, M. G. Teaching midwife students how to break bad news using the cinema: an Italian qualitative study. **Nurse Educ Pract.**, v. 15, n. 2, p. 141-7, Mar. 2015.

FLORES, L. M. *et al.* Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde-PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 923-930, 2015.

FRAGA, T. F. *et al.* Percepção das mães sobre o processo comunicacional na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Eletr. Enf. (Internet)**., v. 11, n. 3, p. 612-9, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Revista Bioética (Impresso)**, v. 21, n. 13, p. 455-462, 2013.

GLAUMAGA. **Oficina de sensibilização psicológica**. 2014.

GLEICHGERRCHT, E.; DECETY, J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. **PLoS One.**, v. 8, n. 4, e61526, 2013.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. S. (Org.), DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 9-29.

GONÇALVES, S. P. *et al.* Comunicação de más notícias em pediatria: a perspectiva do profissional. **Arq. Ciênc. Saúde.**, v. 22, n. 3, p. 74-78, Jul.-Set. 2015.

GRUHN, D. *et al.* Empathy across the adult lifespan: Longitudinal and experience-sampling findings. **Emotion.**, v. 8, n. 6, p. 753-65, 2008.

GUTHRIE, E. *et al.* Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. **J R Soc Med.**, v. 91, n. 5, p. 237-43, 1998.

GUTTMANN, G. D. Animating functional anatomy for the web. **Anat Rec.**, v. 261, n. 2, p. 57-63. 2000.

HAAS, J. S. *et al.* Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? **J Gen Intern Med.**, v. 15, n. 2, p. 122-8, 2000.

HABES, E. V. Video-based tools to enhance nurses' geriatric knowledge: a development and pilot study. **Nurse educ today**, v. 90, p. 104425, 3 apr. 2020.

- HAICAULT, M. L'audio-visuel dans la pratique scientifique em sociologie. Enseignement et recherche. In Pratiques audio-visuelles em sociologie. **Actes de la Rencontre de Nantes**, p. 225-237, 1987.
- HOJAT, M. *et al.* Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. **Med Educ.**, v. 36, p. 522-7, 2002.
- HORNBLOW, A. R.; KIDSON, M. A.; IRONSIDE, W. Empathetic process: perception by medical students of patients' anxiety and depression. **Med Educ.**, v. 22, p. 15-8, 1988.
- JUCÁ, N. B. H. *et al.* A comunicação do diagnóstico "sombrio" na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 57-64, 2010.
- JÚNIOR, V. C.; CURY, M. C. F. da S. A contribuição da coordenação pedagógica na Escola de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 44-51, 2007.
- KAPLAN, M. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with câncer. **Clin J Oncol Nurs.**, v. 14, n. 4, p. 514-516, ago. 2010.
- KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais/Notes for the work with focus group technique. **Psicologia em revista**, v. 10, n. 15, p. 124-138, 2008.
- KIYOHARA, L. Y. *et al.* The patient-physician interactions as seen by undergraduate medical students. **Sao Paulo Med J.**, v. 119, n. 3, p. 97-100, 2001.
- KLITZMAN, R. Views and approaches toward risks and benefits among doctors who become patients. **Patient Educ Couns.**, v. 64, n. 1-3, p. 61-8, dez. 2006.
- KLITZMAN, R. Improving education on doctor-patient relationships and communication: lessons from doctors who become patients. **Acad Med.**, v. 81, n. 5, p. 447-53, maio 2006.
- KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 484-497, set. 2005.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LACERDA, S. R.; BRACCIALLI, L. A. D.; LAZARINI, C. A. A integração entre a formação médica e as reais necessidades do usuário do SUS. **Rev. Saúde Pública**, Mato Grosso do Sul, v. 1, n. 1, p. 11-18, 2018.
- LAKIN, J. R. *et al.* A Systematic Intervention To Improve Serious Illness Communication In Primary Care. **Health Aff (Millwood)**, v. 36, n. 7, p. 1258-1264, jul. 2017.
- LANDA, M. B. **Olhar in (com) formado: teorias e práticas na antropologia visual**. LANDA, M. B.; ALVAREZ, G. O. (Org.). Goiânia: Editora da Imprensa Universitária, 2017.
- LARA, J. A. M. **Knowledge alliance in the process of teaching and care: implications for the formation of nurses**. Dissertação. Porto Alegre; s.n; 2007. 133 p. ilus.

LARSON, B. E.; YAO, X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship: empathy, emotional labor and acting. **JAMA**, v. 293, n. 9, p. 1100-6, 2005.

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

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 145-50, mar.-abr., 2005.

LESTER, P. M. **Syntactic Theory of Visual Communication**. (paulmartinlester.info). 2006.

LINO, C. A. *et al.* Uso do protocolo SPIKES no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n 1, p. 52-57, jan./mar. 2011.

LISBOA, M. E. S. Antropologia visual e documentário: uma análise do documentário Promises. **Revista Científica do Departamento de Comunicação Social da Universidade Federal do Maranhão - UFMA -São Luís - MA**, jan./jun. 2014 - Ano XIX – n. 14.

MACDOUGALL, D. Novos princípios da Antropologia visual. **Cadernos de Antropologia e Imagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005.

MACDOUGALL, D. Filme etnográfico por David MacDougall. Edição e Tradução de Lilian Sagio Cezar. **Cadernos de campo**, São Paulo, v. 16, p. 179-188, 2007.

MACHIN, R. *et al.* Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. Ciênc. Saúde coletiva, 2022, 27(10), out. 2022.

MACLEOD, R. D. *et al.* Early clinical exposure to people who are dying: learning to care at the end of life. **Med Educ.**, v. 37, n. 1, p. 51-58, 2003.

MAGALHÃES, E.; COSTA, P.; COSTA, M. J. Empathy of medical students and personality: evidence from the Five-Factor Model. **Med Teach.**, v. 34, n. 10, p. 807-12, 2012.

MAMÃE DE MUITOS. **Carta de uma mãe de prematuro** (mamaedemuitos.com). 3 mar. 2016.

MAMEDE, W.; ABBAD, G. S. Objetivos educacionais de um mestrado profissional em saúde coletiva: avaliação conforme a taxonomia de Bloom. **Educação e Pesquisa**, v. 44, 2018.

MARÇOLA, L. *et al.* Breaking bad news em uma UTI neonatal: a avaliação dos pais. Reverendo Paul. **Pediatr. [online]**, v. 38, 2020.

MEYER, E. C. Improving the quality of end-of-life care in the pediatric intensive care unit: parents' priorities and recommendations. **Pediatrics**, v. 117, n. 3, p. 649-657, 2006.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 9-29.

MONTEIRO, D. T. *et al.* Death: the hard denouement to be transmitted by the doctors. *Estud. Pesqui. Psicol. (impr.)*, v. 15, n. 2, p. 547-567, 2015.

MONTEIRO, M. C.; MAGALHÃES A. S.; MACHADO, R. N. A morte em cena na uti: a família diante da terminalidade. La muerte en escena: la familia ante una situación terminal. *Trends in psychology*, v. 25, n. 1, p. 153-167, mar. 2017.

MONTEIRO, D. T.; QUINTANA, A. M. The communication of bad news in icu: perspective of doctors. *Psic.: teor. e pesq.*, v. 4, 2016.

NAME, L. O. L. **Antropologia visual**. pdf-antropologia-visual.pdf (ufes.br). 2019.

NARAYANAN, V.; BISTA, B.; KOSHY, C. Breaks Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, v. 16, n. 2, p. 61-65, mayo-aug. 2010

NEUMANN, M. *et al.* Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.*, v. 86, n. 8, p. 996-1009, 2011.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E.; SILVEIRA, A. Rede familiar de crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, v. 21, n. 2, p. 09, mar./abr. 2013.

NONINO, A.; MAGALHÃES, S. G.; FALCÃO, D. P. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. *Rev. bras. educ. med.*, v. 36, n. 2, p. 228-33, 2012.

OLIVEIRA, K. R. E. *et al.* A abordagem docente sobre habilidades comunicativas em diferentes metodologias de ensino. *Rev Bras Enferm.*, v. 71, n. 5, p. 2447-2453, set./out. 2018.

OLIVEIRA-CARDOSO, É. A. de *et al.* Comunicando más notícias em um hospital geral: a perspectiva do paciente. *Rev. SPAGESP [online]*, v. 19, n. 1, 2018.

OLIVEIRA, F.F. *et al.* Breaking Bad News: A Study on Formal Training in a High-Risk Obstetrics Setting. *Palliat Med Rep.*, v. 1, n. 1, p. 50-57, 28 mayo 2020.

OYAMA, H. Virtual reality for the palliative care of cancer. *Stud Health Technol Inform.*, v. 44, p. 87-94, 1997.

PARO, H. B. M. da S. **Empatia em estudantes de medicina no Brasil**: um estudo multicêntrico. São Paulo: 2013.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PELTIER, A. *et al.* Does Multimedia Education with 3D Animation Impact Quality and Duration of Urologists' Interactions with their Prostate Cancer Patients? *Adv Ther.*, v. 32, n. 9, p. 863-73, set. 2015.

PEREIRA, C. R. **Comunicando más notícias**: protocolo paciente. 2010. 100p. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2010.

PEREIRA, A. T. G.; FORTES, I. F. L.; MENDES, J. M. G. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Rev enferm UFPE on-line**, Recife, v. 7, n. 1, p. 227-35, 2013.

PETTA, H. L. Training of medical specialists in SUS: description and analysis of the implementation of the national programme to support the training of specialists in strategic areas (Pro-Residência). **Rev. bras. educ. med.**, v. 37, n. 1, mar. 2013.

PINHEIRO, E. M. *et al.* Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 77-84, 2009.

PINHO, L. B.; SANTOS, M. A. S. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. **Cogitare Enferm**, Mato Grosso, v. 12, n. 3, p. 377-85, jul./set. 2007.

PUGGINA, A. C.; SILVA, M. J. P. Validação e adaptação cultural para o português da Interpersonal Communication Competence Scale. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 2, set.-out. 2018.

RAMOS, N. Cinema e pesquisa em ciências sociais e humanas: contribuição do filme etnopsicológico para o estudo da infância e culturas. **Contemporanea-Revista de Comunicação e Cultura**, v. 8, n. 2, 2011.

RAMOS, N.; SERAFIM, J. Comunicação em saúde e antropologia fílmica. *In: XII Congresso Latinoamericano-ALAIC*. 2014.

REED, S. *et al.* Does emotional intelligence predict breaking bad news skills in pediatric interns? A pilot study. **Medical Education Online**, v. 20, 2015.

REISER, S. J. Words as scalples: transmitting evidence in the clinical dialogue. **Ann Intern Med.**, v. 92, n. 6, p. 837-42, 1980.

RENA, C. L. O papel da residência médica. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 22, n. 4, p. 430-432, 2012.

RIBEIRO, J. S. Antropologia visual, práticas antigas e novas perspectivas de investigação. **Rev. Antropol.**, v. 48, n. 2, p. 613-648, 2005.

RIBEIRO, K. G. *et al.* Comunicação de más notícias na educação médica e confluências com o contexto da pandemia de COVID-19. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 4, 2021.

RIDER, E. A.; VOLKAN, K.; HAFLER, P. Pediatric residents' perceptions of communication competencies: Implications for teaching. **Med Teach.**, v. 30, n. 7, p. 208-17, 2008.

ROTER, D. L.; HALL, J. A.; AOKI, Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. **JAMA.**, v. 288, n. 6, p. 756-64, 2002.

SANCHEZ, S. *et al.* Information and communication technology and health of the elderly. **Soins Gerontol**, v. 21, n. 121, p. 10-14, set./out. 2016.

SANTOS, T. de F. C. **Comunicação de más notícias no contexto da UTI neonatal**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2016.

SARDELICH, M. E. Leitura de Imagens, Cultura Visual e Prática Educativa. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 128, maio/ago. 2006.

SATLER, L. L.; MARTINS, A. F. Do ensaio fílmico ao aprender ensaiando: notas para uma pesquisa em audiovisual. **ALCEU**, v. 15, n. 29, p. 139-156, jul./dez. 2014.

SHANAFELT, T. D. *et al.* Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. **J Gen Intern Med.**, v. 20, n. 7, p. 612-7, 2005.

SILVA, I. M. C.; SALVADOR, L. M. Vídeo participativo e educomunicação: o vídeo participativo como um processo educacional. **RELICI-Revista Livre de Cinema**, v. 7, n. 2, p. 63-74, maio-ago., 2020.

SILVA, L. M. G. da *et al.* Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev.latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52-58, 2000.

SILVA, M. J. P. Comunicação de más notícias. Artigo de Revisão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012.

SILVA, R. B. L. Comunicando notícias difíceis na Unidade de Terapia Intensiva. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 1, p. 82-92, 2016.

SILVA, L. N. *et al.* Orientações sobre quimioterapia junto à criança com câncer: método criativo sensível. **Online braz j nurs [internet]**, 14 (suppl.), p. 471-80, dec. 2015.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Ciênc. Saúde coletiva, 2010. 15 (2), p. 471-480, mar. 2010.

SMITH, K. *et al.* Parental opinions about attending parent support groups. **Child Health Care**, v. 23, p. 127-36, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Comissão Nacional de Residência Médica. **Propostas para a Residência em áreas de atuação da Pediatria**, ago. 2003.

SOARES, A. K. F. *et al.* Comunicação na atenção à saúde a partir das experiências de estudantes e professores de Enfermagem: contribuições para a alfabetização em saúde. **Cien Saude Colet.**, v. 27, n. 5, p. 1753-1762, maio 2022.

SOMBRA NETO, L. L. et al. Habilidade de comunicação da má notícia: o estudante de Medicina está preparado? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 2, p. 260-268, 2017.

SORATTO, J. et al. A maneira criativa e sensível de pesquisar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 994-999, nov. 2014.

STEPIEN, K. A.; BAERNSTEIN, A. Educating for empathy. A review. **J Gen Intern Med.**, v. 21, n. 5, p. 524-30, 2006.

SUARTZ, C. V. et al. Avaliação de empatia em residentes de especialidades clínicas e cirúrgicas da Universidade Federal de São Paulo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 320-325, set. 2013.

SUPE, A. N. Interns' perspectives about communicating bad news to patients: a qualitative study. **Educ Health**, Abingdon, v. 24, n. 3, p. 541, dez. 2011.

TESSER, A.; ROSEN, S.; TESSER, M. On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect): a field study. **Psychol Rep.**, v. 29, p. 651– 654, 1971.

TORRES, G. M. C. et al. Comunicação não-verbal no cuidado com usuários hipertensos na Estratégia Saúde da Família. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, vol. 7, núm. 3, pp. 284-295, 2019.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.19, n. Physis, 2009 19(3), 2009.

TRAIBER, C.; LAGO, P. M. Comunicação de más notícias em pediatria. **Boletim Científico de Pediatria**, v. 1, n. 1, p. 3-7, 2012.

VAILATI, A.; GODIO, M.; RIAL, C. (org.). **Antropologia audiovisual na prática**. 1. ed. Desterro, Florianópolis: Cultura e Barbárie. p. 304, 2016.

VALLE, E. A. et al. "Como Medir o Valor da Relação Médico-Paciente? Experiência com um Instrumento de Medida da Percepção de Pacientes do Comportamento Comunicativo do Médico", p. 354. In: **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde** [= Blucher Medical Proceedings, v. 1, n .2]. São Paulo: Blucher, 2014.

VANDEKIEFT, G. K. Breaking bad News. **American Family Physician**, v. 64, p. 1975-1978, 2001.

VANDENBERGHE, F. Emphaty as the foundation of the social sciences and of social life: a reading of Husserl's phenomenology of transcendental intersubjectivity. **Soc. estado**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 563-585, dez. 2002.

VICTORINO, A. et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 1, p. 53-63, 2007.

VOGEL, K. P. et al. Comunicação de Más Notícias: Ferramenta Essencial na Graduação Médica. **Rev. bras. educ. med.**, 2019; Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 314-321.

WANDERLEY, V.; VILELA, R. B.; BATISTA, N. A. Os Avanços das Reformulações Curriculares nos Cursos Médicos do Nordeste Brasileiro. **CIAIQ 2017**, v. 1, 2017.

WOUDA, J. C.; VAN DE WIEL, H. B. The communication competency of medical students, residents and consultants. **Patient Educ Couns.**, v. 86, n. 1, p. 57-62, jan. 2012.

ZANFOLIM, L. C.; CERCHIARI, E. A. N.; GANASSIN, F. M. H. Dificuldades vivenciadas pelas mães na hospitalização de seus bebês em Unidades Neonatais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 1, p. 22-35, jan. 2018.

ZOETTL, P. A. O “vídeo participativo” como meio de reflexão e autorreflexão sobre imagem e identidade de grupos indígenas reemergentes no Nordeste brasileiro. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 143-159, jul./dez. 2011.

APÊNDICE A - Ficha de caracterização da mãe participante

Nome:

Idade:

Grau de instrução:

Endereço:

Contato:

Gestações:

Filhos:

Diagnóstico e tempo do RN na UTIN:

Religião:

APÊNDICE B - Ficha de caracterização do residente de pediatria participante

Nome:
Endereço:
Contato:
Ano e local de Graduação:
Pós-graduação:
Experiência teórica em Comunicação de más notícias:
Gestações:
Filhos:
Religião:

APÊNDICE C - Perguntas norteadoras para os residentes de pediatria antes da visualização do vídeo

1. O que você entende por má notícia?
Conceito
Causas
Consequências
2. Você acha importante aprender a comunicar más notícias?
Valorização do tema
3. Onde você aprendeu a dar más notícias?
Na graduação?
Cursos?
No cotidiano?
Como foi?
4. Conhece algum protocolo de comunicação de más notícias?
Conhecimento teórico
5. O que você acha da comunicação de más notícias na UTIN?
Vivências
6. Como você age na prática de comunicar más notícias?
7. O que você acha que atrapalha a relação com as famílias de pacientes na UTIN?
Processo de trabalho
Local
8. Você acha válido aprender mais sobre esse tema? Através do vídeo?
Opinião sobre o vídeo
9. Você se coloca no lugar do outro?
Empatia

APÊNDICE D - Perguntas norteadoras para as mães participantes

1. O que é notícia ruim na UTIN para você?

Conceito

Causas

Consequências

2. Quem dá a notícia ruim para você? Qual o profissional?

3. Em que lugar você recebe a notícia ruim?

Local

4. Você consegue entender o que o profissional lhe explica?

Linguagem usada

5. Como o profissional trata você enquanto está comunicando notícias ruins na UTIN?

Expressões verbais

Expressões não verbais

6. Você está satisfeito com a comunicação de notícias ruins na UTIN?

Satisfação

7. Como você gostaria que ele lhe comunicasse uma notícia ruim na UTIN?

Competências

8. O que você acha de um vídeo com falas e imagens sobre comunicação de notícia ruim para ser mostrado aos profissionais da UTIN?

Opinião sobre o vídeo

APÊNDICE E - Perguntas norteadoras para os residentes de pediatria após a visualização do vídeo

1. O que você achou da pesquisa?
2. O que você achou do vídeo da pesquisa?
3. O que o vídeo acrescentou para você?
4. Você achou válido participar da pesquisa? Modificou algo na sua prática diária na UTIN?
5. Como você está realizando sua prática diária na comunicação de más notícias?
6. O vídeo te sensibilizou para comunicar adequadamente as más notícias?
7. Você se sente motivado para comunicar adequadamente as más notícias?
8. Você se coloca no lugar do outro?

APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para pacientes

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**: percepções antes e após vídeo participativo baseado na Antropologia visual e no protocolo SPIKES, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Carla Andréa Costa Alves, Endereço: Condomínio Aldebaran Ômega M 21. Jardim Petrópolis. Maceió-AL, CEP: 57080-548, Celular: 82-99123-8747, E mail: carla.campos@ufpe.br

Também participam desta pesquisa as pesquisadoras: Rosalie Barreto Belian e Silvia Wanick Sarinho, Telefones para contato: 81- 98602- 3948 e está sob a orientação de: Rosalie Barreto Belian Telefone: 81- 99921-9937 e-mail rosalie.belian@ufpe.br

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a opinião dos participantes da pesquisa sobre a comunicação de más notícias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do HU e a opinião dos residentes de Pediatria depois da aplicação de um vídeo.

A relação médico-paciente e a comunicação de notícias ruins são muito importantes. Estudos usaram questionários para medir como os médicos/as se comunicam com pacientes e familiares. A comunicação é fundamental no entendimento da doença e do tratamento. Por isso, esta pesquisa poderá ajudar aos doentes e aos seus familiares através da melhora na comunicação e na relação médico-paciente ou médico com familiar de paciente.

Esta pesquisa vai ter conversas em grupo sobre como você vê a comunicação de más notícias do médico com você no dia a dia da UTIN.

Você vai participar de um grupo, junto com outros acompanhantes de neonatos internados na UTIN do HU, em um dia combinado, por no máximo 1 hora e meia de duração, em uma sala separada no HU, para conversar sobre como o médico dá as notícias sobre seu bebê. Você pode ficar bem à vontade para conversar sobre o que aconteceu com você, sobre o que você tem medo, o que você tem dúvida, o que você acha certo e errado e o que você acha que deve melhorar nas conversas com seu médico sobre o seu bebê na UTIN do HU.

A sua participação nesta pesquisa envolve riscos mínimos emocionais para a sua saúde, sem prejuízos na sua relação com o (a) médico (a) de seu filho (a). Caso precise de ajuda psicológica por causa de alterações emocionais durante a pesquisa, poderá contar com a psicologia do HU.

As informações desta pesquisa ajudarão a melhorar a compreensão da comunicação entre médico e familiar de paciente e desse jeito, poderá melhorar a relação entre eles, diminuindo o sofrimento de todos durante a passagem pela UTIN.

A sua participação neste estudo será mantida em segredo. Qualquer publicação dos dados não mostrará seu nome.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e se não quiser participar ou seu desligamento da pesquisa não vai causar penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá parar sua participação a qualquer momento sem afetar o acompanhamento médico de seu filho (a) em andamento.

Você não receberá qualquer compensação em forma de dinheiro por sua participação nesta pesquisa.

Durante o estudo, se você tiver qualquer dúvida, pode ligar para a pesquisadora Carla Andréa Costa Alves, até mesmo a cobrar (82- 99123-8747).

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa das gravações das conversas em grupo ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Carla Andréa Costa Alves, no endereço Condomínio Aldebaran Ômega M 21. Jardim Petrópolis. Maceió- AL, CEP: 57080-548, Celular: 82- 99123-8747, E mail: carla.campos@ufpe.br, pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife- PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura da pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NOTÍCIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: percepções antes e após vídeo participativo baseado na Antropologia visual e no protocolo SPIKES**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Carla Andréa Costa Alves sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadoras):

Nome: Nome:

Assinatura: Assinatura:

APÊNDICE G - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para médicos/as

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NOTÍCIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: percepções antes e após vídeo participativo baseado na Antropologia visual e no protocolo SPIKES**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Carla Andréa Costa Alves, Endereço: Condomínio Aldebaran Ômega M 21. Jardim Petrópolis. Maceió- AL, CEP: 57080-548, Celular: 82-99123-8747, E mail: carla.campos@ufpe.br

Também participam desta pesquisa as pesquisadoras: Rosalie Barreto Belian e Silvia Wanick Sarinho, Telefones para contato: 81- 98602- 3948 e está sob a orientação de: Rosalie Barreto Belian Telefone: 81- 99921-9937 e-mail rosalie.belian@ufpe.br

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a opinião dos participantes da pesquisa sobre a comunicação de más notícias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do HU e a opinião dos residentes de Pediatria depois da aplicação de um vídeo.

A relação médico-paciente e a comunicação de notícias ruins são muito importantes. Estudos usaram questionários para medir como os médicos/as se comunicam com pacientes e familiares. A comunicação é fundamental no entendimento da doença e do tratamento. Por isso, esta pesquisa poderá ajudar aos doentes, aos seus familiares e aos médicos/as e profissionais de saúde, através da melhora na comunicação e na relação médico-paciente ou médico com familiar de paciente.

Esta pesquisa vai consistir em conversas durante grupos focais com os residentes de Pediatria sobre como você percebe a sua comunicação de más notícias com as mães de pacientes no dia a dia da UTIN.

Você vai participar de duas conversas nessa pesquisa, uma conversa no início e, outra conversa no fim da pesquisa, após o vídeo. Esse vídeo será preparado para você sobre a comunicação de más notícias em UTIN com o objetivo de tentar ajudar na sua preparação para comunicar más notícias na UTIN.

A sua participação nesta pesquisa envolve riscos mínimos emocionais para a sua saúde, sem prejuízos na sua relação com o (a) médico (a) de seu filho (a). Caso precise de ajuda psicológica por causa de alterações emocionais durante a pesquisa, poderá contar com o setor de psicologia do HU.

As informações desta pesquisa ajudarão a melhorar a compreensão da comunicação entre médico e familiar de paciente e desse jeito, poderá melhorar a relação entre eles, diminuindo o sofrimento de todos durante a passagem pela UTIN.

A sua participação neste estudo será mantida em segredo. Qualquer publicação dos dados não mostrará seu nome.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e se não quiser participar ou seu desligamento da pesquisa não vai causar penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá parar sua participação a qualquer momento sem afetar seu trabalho em andamento.

Você não receberá qualquer compensação financeira por sua participação nesta pesquisa.

Durante o estudo, se você tiver qualquer dúvida, pode ligar para a pesquisadora Carla Andréa Costa Alves, até mesmo a cobrar (82- 99123-8747).

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa das gravações ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Carla Andréa Costa Alves, no endereço Condomínio Aldebaran Ômega M 21. Jardim Petrópolis. Maceió- AL, CEP: 57080-548, Celular: 82-99123-8747, E mail: carla.campos@ufpe.br, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife- PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura da pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NOTÍCIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**: percepções antes e após vídeo participativo baseado na Antropologia visual e no protocolo SPIKES, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Carla Andréa Costa Alves sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadoras):

Nome: Nome:

Assinatura: Assinatura:

APÊNDICE H - Artigo 1

Comunicação de más notícias em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Communication of bad news in Neonatal Intensive Care Unit

Comunicación de malas noticias en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Resumo

Comunicar más notícias exige sensibilidade e preparação, sendo o protocolo SPIKES um dos mais didáticos para o ensino da comunicação de notícias difíceis. Objetivou-se analisar as percepções de residentes de Pediatria e de mães de neonatos sobre a comunicação de más notícias em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Estudo qualitativo, descritivo exploratório, baseado na Antropologia Visual. O protocolo SPIKES foi utilizado na realização de dois grupos focais e na categorização para a abordagem analítica do conteúdo de Bardin. Foram observados: ambiente inadequado para comunicar más notícias, limitações na percepção das mães, pouca disponibilidade médica para conversar, linguagem inadequada, dificuldade em lidar com as emoções, assim também em esclarecer dúvidas e discutir estratégias junto aos familiares. A reflexão sobre as dificuldades no processo de comunicação de más notícias ajuda na sensibilização, na busca por melhor aprendizado teórico e estimula a autocrítica, visando à empatia e à humanização da assistência.

Palavras-chave: Comunicação em saúde. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Humanização da assistência.

A pesquisa teve parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) aprovado com número: 3.060.832.

Abstract

Communicating bad news requires sensitivity and preparation, with the SPIKES protocol being one of the most didactic protocols for teaching difficult news communication. The objective was to analyze the perceptions of residents in Pediatrics and mothers of newborns about communicating bad news in a Neonatal Intensive Care Unit. Qualitative, exploratory descriptive study, based on Visual Anthropology. The SPIKES protocol was used to carry out two focus groups and categorization for Bardin's content analytic approach. The following were observed: inadequate environment to communicate bad news, limitations in the mothers' perception, little medical availability to talk, inadequate language, difficulty in dealing with emotions, as well as in clarifying doubts and discussing strategies with family members. Reflecting on the difficulties in the process of communicating bad news helps in raising awareness, in the search for better theoretical learning and encourages self-criticism, aiming at empathy and humanization of care.

Keywords: Health communication. Neonatal Intensive Care Unit. Humanization of care.

Resumen

Comunicar malas noticias requiere sensibilidad y preparación, siendo el protocolo SPIKES uno de los protocolos más didáticos para enseñar la comunicación de noticias difíciles. El objetivo fue analizar las percepciones de residentes de Pediatría y madres de recién nacidos sobre comunicar malas noticias en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Estudio descriptivo exploratorio cualitativo, basado en la Antropología Visual. Se utilizó el protocolo SPIKES para realizar dos grupos focales y categorización para el enfoque analítico de contenido de Bardin. Se observaron: ambiente inadecuado para comunicar malas noticias,

limitaciones en la percepción de las madres, poca disponibilidad médica para conversar, lenguaje inadecuado, dificultad en el manejo de las emociones, así como para aclarar dudas y discutir estrategias con los familiares. Reflexionar sobre las dificultades en el proceso de comunicar malas noticias ayuda en la sensibilización, en la búsqueda de mejores aprendizajes teóricos y estimula la autocrítica, visando la empatía y la humanización del cuidado.

Palabras clave: Comunicación sanitaria. Unidad de cuidado intensivo neonatal. Humanización del cuidado.

Introdução

Comunicação é relação e não se reduz simplesmente ao ato de falar, é um conjunto de ações, incluindo comportamentos verbais e não verbais empregados nas relações entre as pessoas^{1,2}. A partir da relação entre os sujeitos, há a produção de vínculos, o que é essencial para a humanização em saúde. Uma boa comunicação resulta um processo de ligação afetiva e ética entre profissionais, usuários e gestores, que promove uma convivência de apoio e respeito mútuos, preconizados pela Política Nacional de Humanização³ e o HumanizaSUS⁴.

Má notícia representa “qualquer informação que produza alteração nas perspectivas sobre o presente e o futuro” de uma pessoa e defende a franqueza na relação médico-paciente ou médico-familiar⁵. A comunicação de más notícias tem sua importância na formação médica reconhecida nacional e internacionalmente e representa um desafio a ser enfrentado por todos os profissionais de saúde devido à sua complexidade e a diversos aspectos sensíveis envolvidos ^{6,7,8}.

Diversos estudos detectaram dificuldades na preparação para comunicação de más notícias em vários países, incluindo Paquistão, Irã, Austrália, Índia e Malásia e Brasil^{9,10,11,12}.

Além das dificuldades na preparação para a comunicação de más notícias, há relatos de desafios diários vivenciados pelas equipes de saúde em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), por isso faz-se necessário promover momentos para reflexão e discussão acerca dos aspectos técnicos, científicos e éticos em relação ao cuidado, tanto dos pacientes críticos quanto de seus familiares, tendo em vista a melhoria da qualidade do atendimento e da relação médico-familiar¹³.

Esse processo abrange a sensibilização da equipe de saúde, além do estímulo à reflexão à escuta da população alvo, que no caso da UTIN são os cuidadores e/ou familiares. Esse é um imperativo, particularmente em se tratando de médicos em formação como os residentes.

Não existe regras e nem modelos únicos para uma comunicação adequada na área da saúde. A eficácia do processo de comunicação depende da flexibilidade para adequar a técnica profissional para cada circunstância, dependendo dos contextos cultural, social, educacional e familiar².

Desta maneira, alguns protocolos têm sido utilizados para auxiliar os profissionais de saúde no processo de aprendizagem de como comunicar as notícias difíceis. Um dos mais didáticos e conhecidos em todo mundo no auxílio aos profissionais de saúde para comunicar más notícias é o protocolo SPIKES- cada letra do protocolo representa uma etapa a ser seguida no aprendizado para comunicação de más notícias^{14,15,16}:

Setting - começar adequadamente, preparando o ambiente, como, o que e quem deve estar presente, ou seja, o início propriamente dito, incluindo atitudes cordiais; Perception - percepção do quanto o familiar sabe sobre a doença; Invitation - convite para descobrir o quanto o familiar gostaria de saber; Knowledge - compartilhar as informações com os familiares; Empathy - empatia para responder aos sentimentos do familiar; Strategy and summary – resumir as informações e promover estratégias com a família para o planejamento terapêutico do paciente.

A Antropologia visual também auxilia no processo de comunicação em saúde por meio do incentivo ao diálogo entre profissionais e familiares, da promoção do conhecimento dos processos de saúde, do entendimento das necessidades dos sujeitos, da ajuda na formação de profissionais de saúde e em pesquisas sobre as práticas comunicacionais, de serviços e de cuidados na saúde, além da humanização da assistência¹⁷.

Os preceitos da Antropologia visual são o diálogo, a subjetividade, a empatia, a percepção da opinião e da cultura do sujeito por meio do compartilhamento da sua vida cotidiana, estímulo à reflexividade, à complexidade, à análise do contexto social e à participação do sujeito na avaliação crítica, mantendo ética, honestidade e compromisso com o outro¹⁸.

Objetivou-se neste trabalho qualitativo tipo descritivo exploratório, analisar as percepções de residentes de Pediatria e das mães de pacientes sobre a comunicação de más notícias em UTIN, baseada na Antropologia Visual, utilizando o protocolo SPIKES como norteador para as conversas nos grupos focais e na categorização para a abordagem analítica do conteúdo de Bardin¹⁹.

Método

Este projeto foi conduzido através de um estudo qualitativo, tipo descritivo exploratório, a qual se importa com a compreensão interpretativa das falas e os sentidos produzidos por elas²⁰ e foi organizado nas seguintes etapas, a saber:

Primeira etapa: realização de dois grupos focais, com a finalidade entender as dificuldades em uma UTIN nos processos de comunicação de más notícias entre os profissionais e as mães de neonatos;

Segunda etapa: análise das informações produzidas durante as conversas nos grupos focais, com o objetivo de compreender a percepção dos participantes sobre a comunicação de más notícias em UTIN.

No estudo metodológico desta pesquisa foram realizados dois grupos focais (GFs)²¹, um com os residentes de Pediatria (GF1) e outro com as mães de neonatos internos na UTIN (GF2). Como instrumentos foram usados: o Método Criativo Sensível²², usando a dinâmica de criatividade e sensibilidade ou Almanaque²², como estimulador para as conversas no GF2, e o Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM)²³ e o protocolo SPIKES^{14,15,16}, como orientadores do roteiro de perguntas para os GFs.

Primeira etapa: realização de dois grupos focais, com a finalidade de entender as dificuldades em uma UTIN nos processos de comunicação de más notícias entre os profissionais e as mães de neonatos.

O GF1 foi realizado com doze residentes de Pediatria, o GF2 foi realizado com seis mães de neonatos que estavam ou que já estiveram internados na UTIN e ambos os grupos contaram com a participação de três facilitadores, entre eles, a pesquisadora do estudo. Todos os facilitadores tinham experiência na realização de grupos focais em pesquisas qualitativas.

A amostragem da pesquisa e o recrutamento dos participantes foram realizados por conveniência. A maioria dos participantes dos dois GFs se dispôs a falar, comentar as falas dos colegas e se manifestar acerca do tema e seus desenvolvimentos. As perguntas foram semelhantes aos dois GFs, porém com linguagem adaptada para a compreensão dos participantes. Todos os participantes iniciaram e finalizaram juntos as conversas nos grupos focais. Não houve desistência ou recusa de participação na pesquisa.

Devido à produção de informações de qualidade e em quantidade suficiente durante os dois GFs, não houve necessidade de repeti-los em outros momentos deste estudo.

Ao fim dos GFs, quando as falas começaram a se repetir, sem mais novidades e com saturação relacionada ao tema, foi feito agradecimento aos participantes e disponibilizado tempo para esclarecer dúvidas.

No grupo das mães foi utilizada a dinâmica Almanaque²² para estimular o início das conversas, envolver as participantes e iniciar as discussões. Esta dinâmica corresponde à produção de uma arte feita por meio de recortes de revistas e colagens em cartolinas com o tema central da pesquisa: comunicação de más notícias em UTIN.

Os participantes concordaram com a gravação dos GFs e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) antes do início do estudo.

Os Grupos Focais (GFs) contaram com os seguintes momentos: 1) Marcação antecipada do horário; 2) Organização e preparação do ambiente; 3) Acolhimento do grupo e apresentação aos participantes, dos organizadores e dos objetivos das atividades que foram desenvolvidas; 4) Para o GF com as mães (GF2) foi feito estímulo ao desenvolvimento das conversas a partir da metodologia ativa MCS e DCS, denominada dinâmica Almanaque. Esta dinâmica ocorre através de recorte e colagem de figuras, desenhos, frases e palavras de origens diversas relacionadas ao tema ou questão central apresentada: “Comunicação de más notícias na UTIN”; 5) Roteiro de perguntas baseadas no QCCM, na versão pacientes e na versão para médicos. Cada participante teve espaço para apresentar sua percepção ao grupo, a partir da qual se iniciou a discussão coletiva; e 6) Análise e validação coletiva dos dados produzidos.

Segunda etapa: análise das informações produzidas durante as conversas nos grupos focais, com o objetivo de compreender a percepção dos participantes sobre a comunicação de más notícias em UTIN.

Após a realização dos GFs foi realizada a escuta das gravações e a transcrição na íntegra. As falas e os sentidos produzidos por elas nas conversas com os participantes dos GFs foram classificadas nas categorias previamente designadas: as seis diretrizes do protocolo SPIKES, representadas por cada letra do nome SPIKES e foram articuladas com os constructos da Antropologia Visual^{16,17}.

Depois da transcrição na íntegra, a análise das falas se deu por meio da análise de conteúdo de Bardin¹⁹.

A pesquisa teve parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) aprovado com número: 3.060.832. Para manter o sigilo e anonimato os residentes de Pediatria foram identificados pelas iniciais RES, as mães participantes MAE e os facilitadores FAC.

Resultados

O GF com os doze residentes de Pediatria teve duração de 2 horas e 22 minutos e o GF com as seis mães teve duração de 52 minutos. Os residentes, em sua maioria, estudaram em Universidades Públicas, com conclusão da graduação entre 2015 a 2018, sendo que seis residentes estavam cursando o primeiro ano de residência e seis o segundo. Todos já tinham tido contato com neonatos internados e suas mães. A maior parte (oito) teve experiência teórica em comunicação de más notícias somente na graduação, não durante a residência médica, e quatro deles sem experiência teórica nessa área. Dentre as seis mães, quatro eram provenientes do interior e duas da capital, quatro cursaram o ensino médio e duas somente o fundamental. A maior parte (cinco) das mães teve sua primeira gestação. Todos os bebês foram prematuros, com tempo de internação entre 9 a 37 dias. O grupo de residentes, em sua maioria, tinha conhecimento teórico superficial acerca do tema: comunicação de más notícias e tinha pouca experiência prática nesta área, assim como o grupo de mães, inexperientes, com primeiro filho em UTIN e baixa escolaridade.

Os depoimentos dos grupos focais de mães e residentes estão sintetizados a seguir:

Dinâmica Almanaque

No início das conversas com as mães participantes foi solicitado às mesmas que pensassem numa imagem que mais se identificava com a sua vivência na UTIN no acompanhamento de seu filho. Foram distribuídas revistas aleatoriamente e foi solicitado que as mães fizessem recortes e colagens dessas imagens em cartolinas. Algumas artes, estimuladas pela dinâmica Almanaque²¹ revelaram as dificuldades das mães de bebês internados no dia a dia da UTIN: Uma pessoa escalando uma montanha, um jovem exausto com uma bomba pesando em cima da sua cabeça, uma pessoa pedindo silêncio e uma pessoa pegando fogo.

As participantes expressaram em seus depoimentos as representações pessoais para as imagens escolhidas, reproduzidas a seguir:

MAE 1 “Minha imagem foi a fadiga ou o cansaço mental e físico. O mental mexe no psicológico da gente nesse lugar. A gente sofre muito também e o cansaço físico”.

MAE 2 “A minha eu escolhi uma pessoa pegando fogo... CHORO. Pra representar a dor da gente... CHORO”.

MAE 3 “Eu escolhi o silêncio, também a educação e a atenção”.

MAE 4 “Escolhi a imagem de uma gravidez e de um parto aqui que foi normal. Foi uma coisa que aconteceu comigo aqui. Com 24 horas que minha bolsa estourou eu falei pra médica que eu queria muito que meu menino fosse cesárea. Não me preocupava comigo com a recuperação, mas me preocupava com ele. Por conta disso meu menino nasceu com problema respiratório e até hoje ele não... CHORO... Ele nasceu muito cansadinho e até hoje ele com 1 mês e 17 dias, mais ou menos, é que ele tá se recuperando. Ainda tá muito cansadinho”.

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

MAE 6 “Eu escolhi essa imagem porque significa muito pra mim. Um cara subindo uma montanha e atrás tem um precipício”.

Categorias: diretrizes do Protocolo SPIKES

Foi verificado, tanto no grupo dos residentes, quanto no das mães, que não havia ambiente adequado para comunicar más notícias na UTIN. No primeiro passo do protocolo SPIKES (correspondente à primeira letra S) que está relacionado ao preparo do ambiente para acolher os familiares dos pacientes, foi observado que não existia acolhimento:

MAE 4: “Ela chegava, às vezes eu tava com meu filho e ela gritava: venha aqui que eu quero falar com você”.

RES 1: “Aqui é na beira do leito!”

Foi verificado que não houve preocupação dos residentes com a percepção do que as mães entendem sobre o quadro clínico dos filhos. No segundo passo (P) relacionado à percepção do que os familiares sabem sobre a doença do paciente, foi observada deficiência na percepção do outro:

MAE 2: “Acho que eu que acabei me isolando”.

FAC 1: “Mas ninguém percebeu seu isolamento?”

MAE 2: “Não sei”.

RES 2: “Então ela passou muitos dias na UTI e ela não sabia o que a criança tinha. Ela só sabia que a criança estava grave.”

Ambos os grupos perceberam que não houve iniciativa médica, espaço e nem tempo disponibilizado para conversas entre os familiares e a equipe multiprofissional. No terceiro passo do SPIKES (I), relacionado ao convite para conhecer o diagnóstico, tratamento e prognóstico do paciente, na maioria das vezes não se fazia o convite ao diálogo da forma adequada:

MAE 3: “Não sabe falar com a gente, não sabe chamar, elas não têm educação de chamar a gente, simplesmente ignora a gente.”

RES 3: “É sempre muito corrido, então às vezes não dá tempo de você chamar pra conversar com a mãe”.

Os dois grupos entenderam que há linguagem inadequada para comunicação na UTIN. No quarto passo (K), que diz respeito ao compartilhamento de informações, as mães não entendem a linguagem médica usada nas conversas:

MAE 5: “Eu quando não entendia eu pedia pra repetir. Eu digo: dá pra repetir?”

RES 3: “Alguns pais não têm entendimento nenhum, mesmo você tentando falar com linguagem muito básica, mesmo assim, acho que todo dia você tem que reforçar a mesma coisa porque a maioria ali não entende”

Com relação à etapa de se colocar no lugar do outro, nos dois grupos perceberam a dificuldade em lidar com as emoções. O quinto passo (E), relacionado à empatia, foi um dos mais difíceis de lidar nas relações em saúde:

MAE 6: “Eu me sentia culpada. Eu chorava demais”

RES 4: “Na hora de dar a notícia eu comecei a chorar, sem condições, comecei a chorar e lembrar da minha sobrinha”

Os dois grupos notaram que não há espaço para conversar com os familiares, tirar suas dúvidas, muito menos discutir estratégias com a participação da família. O sexto passo do SPIKES (última letra S), em relação a resumir e traçar estratégias junto aos familiares para o futuro do paciente, não era realizado na prática da UTIN:

MAE 4: “Elas, como se fosse impor. Elas não perguntam se a gente quer”

RES 7: “Mesmo com toda sobrecarga de trabalho, a gente já passou por isso e a gente sabe que dá pra fazer”

O processo de trabalho, com sobrecarga de trabalho, a personalidade individual dos médicos e a obrigação de ter que lidar com vida e morte diariamente foram alguns fatores que prejudicaram a comunicação de más notícias no cotidiano da UTIN:

MAE 2: “Teve poucos momentos bons, mas teve mais dolorosos, porque a maioria das enfermeiras são muito ruins”

RES 5: “Foi bem traumatizante pra mim e talvez se tivesse tido esse treinamento antes me ajudaria”

RES 2: “O profissional não querer dar a notícia porque não quer ficar relacionado ao fato da morte”

Discussão

Os participantes desta pesquisa relataram muitos momentos difíceis que poderiam ser minimizados caso houvesse preparo adequado da equipe profissional, estrutura física e com boas condições de trabalho para acolher os familiares dos neonatos na UTIN.

As falhas estruturais da UTIN em estudo, referente à categoria Setting do protocolo SPIKES (primeiro S), a exemplo de um estudo empírico, com ausência de uma sala reservada e adequada para comunicar más notícias aos familiares de pacientes ajuda no distanciamento entre médicos e mães e prejudica a comunicação dos desfechos difíceis na saúde⁸. Neste sentido, para evitar os distanciamentos e fugas e para embasar as relações médico-paciente e as relações médico-familiar, deve-se reforçar o princípio de compromisso do profissional de saúde com as famílias para criar ligação afetiva e ética entre profissionais e usuários, o que é preconizado pela Antropologia Visual^{17,18}.

A diretriz da Percepção do SPIKES¹⁶ (P) tem sido prejudicada pelo acúmulo de trabalho no serviço, atrapalhando o alinhamento da equipe para comunicação com a família. Os residentes, em seus depoimentos, indicaram que não há tempo para perceber os familiares no contexto da UTIN estudada. Assim, entendemos que a essa realidade corrobora com o trabalho de Leite e Vila¹³, assim como Campos⁸, que relata dificuldades no dia a dia das

equipes de saúde em UTI, como: o estresse de lidar com a morte e com as famílias, a escassez de recursos materiais e humanos, a baixa união e o pouco comprometimento de alguns membros, levando a sensações de fracasso, cansaço e desânimo.

O fundamento da Antropologia Visual^{17,18} de valorização dos saberes e das vivências dos sujeitos em seu contexto socioeconômico e familiar fortalece o segundo passo do protocolo SPIKES¹⁶ (Perception): a percepção do outro e o que esse sujeito consegue ou quer conhecer sobre a sua realidade.

Os residentes participantes deste estudo identificaram pouca valorização dos médicos na rotina da UTIN para o convite às conversas com as famílias de pacientes. Para justificar essa falha na terceira etapa do SPIKES¹⁶ (I), referente ao convite para as conversas, são utilizadas mais uma vez as dificuldades no processo de trabalho, com sobrecarga e escassez de recursos humanos, reforçadas pela responsabilidade de salvar vidas em detrimento à adequada comunicação e boa relação médico-familiar.

No entanto, os mesmos residentes perceberam que as dificuldades diárias do processo de trabalho na UTIN não impedem a valorização da empatia e a tentativa de fazer de uma forma melhor a comunicação com as mães dos bebês. O que valida a ideia de Peduzzi²⁴, que nega prejuízo para os projetos técnicos quando há articulação das ações multiprofissionais, cooperação e comunicação adequada. O diálogo é um dos mais importantes fundamentos da Antropologia Visual^{17,18} e é por meio do diálogo que se dissemina o conhecimento, estimula a reflexão e contribui para a mudança da realidade.

A quarta etapa do protocolo SPIKES¹⁶ de compartilhar o Conhecimento (Knowledge) indica a necessidade de preparo para adequar a linguagem técnica usada pela equipe médica para a compreensão das famílias, principalmente considerando que usualmente encontra-se um nível de escolaridade variado nas UTIN públicas. A linguagem utilizada com as famílias dos pacientes foi considerada inadequada na UTIN estudada, gerando mal entendidos e dificultando a comunicação entre equipe de saúde e familiares. Há ineficácia do processo de comunicação quando não se adequa a técnica profissional aos contextos cultural, social, educacional e familiar². Na Antropologia Visual^{17,18} se enfatiza a importância da compreensão da realidade, que possibilita o empoderamento dos sujeitos e a conscientização crítica para possível modificação de práticas.

Na quinta etapa (Empatia/Empathy) do SPIKES¹⁶ foi encontrada dificuldade em lidar com as próprias emoções e com as reações dos familiares às más notícias comunicadas. Esta realidade concorda com o estudo de Coutinho e Ramessur²⁵, no qual a empatia foi o aspecto percebido pelos estudantes de Medicina como mais difícil de aprender para a rotina médica diária, o que corrobora a necessidade das capacitações profissionais contínuas na área. Na Antropologia Visual^{17,18} se aborda a capacidade de se colocar no lugar do outro, entendê-lo e oferecer oportunidades para sua evolução.

A última competência do SPIKES (última letra S)¹⁶ é a que permite a sintetização e discussão de estratégias sobre o futuro dos pacientes junto às suas famílias (Estratégia e Síntese / Strategy and Summary). Os residentes de Pediatria participantes desta pesquisa, mais uma vez, referiram pouco espaço e tempo para tirar dúvidas dos familiares e discutir estratégias. Estas falhas foram justificadas pela deficiência no espaço físico, pela sobrecarga de trabalho, pelo preparo inadequado para comunicação e dificuldade de lidar com as emoções e com a morte.

Neste sentido Kovács²⁶ se refere ao equilíbrio da capacidade técnica com a emoção como um desafio constante para os profissionais da saúde. Quando se estimula a discussão sobre o paciente junto à família, abre-se espaço para o respeito à ética e à verdade, porém sem retirar a esperança das pessoas¹⁶.

Considerações finais

O processo de trabalho na UTIN com sobrecarga de atividades, deficiência de recursos materiais e humanos, a pouca disponibilidade de tempo e espaço físico para as conversas entre usuários, equipe multiprofissional e gestores do serviço, as deficiências de preparo adequado para comunicação e a dificuldade de lidar com as emoções e com a morte representam os fatores que dificultam a realização adequada do processo de comunicação de más notícias na prática. Estes fatores demandam maiores discussões entre os sujeitos envolvidos no processo: equipe multiprofissional, usuários e gestores.

Esta pesquisa incentiva o diálogo entre usuários, profissionais da saúde e gestores e sugere intervenções educativas continuadas para os profissionais, como forma de melhorar as relações médico-familiares e, dessa maneira, melhorar a humanização da assistência à saúde.

O caráter exploratório do estudo representa um estímulo a prosseguir nas pesquisas e aprofundar o estudo dos aspectos do processo de trabalho e da organização na UTIN para melhorar a comunicação de más notícias, porém, ao mesmo tempo representa uma limitação, dado ao seu tipo de desenho, o qual não avalia modificações nas práticas profissionais.

A comunicação de más notícias não é uma habilidade fácil de ser aprendida, mas é uma competência médica exigida no cotidiano da UTIN, por isso, há necessidade de se incentivar a formação médica humanizada, buscar aprendizado continuado e melhores condições de trabalho.

A realidade encontrada na área da comunicação de más notícias na UTIN estudada não se encontra adequada com as diretrizes preconizadas pela política nacional de humanização. Esta pesquisa contribuiu para a identificação, pelas mães, dos elementos de falhas na comunicação entre usuários e profissionais e permitiu acesso às falas e vozes com pouco espaço de escuta na UTIN.

Este estudo também colaborou para sensibilizar médicos em processo de formação para a reflexão sobre a realidade do seu processo de trabalho, incentivou a busca por aprendizado contínuo nessa área e por espaços de diálogo para a melhoria da comunicação de más notícias na UTIN.

A reflexão sobre as dificuldades no processo de comunicação de más notícias ajuda na sensibilização, na busca por melhor aprendizado teórico e estimula a autocrítica, visando à empatia e à humanização da assistência na UTIN.

Referências

1. Silva LMG da, Brasil VV, Guimarães HCQCP, Savonitti BHRA, Silva MJP da. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev.latino-am. Enfermagem*. 2000; 8(4):52-58.(acesso 19 nov 2022). Disponível: agosto00 (scielo.br)
2. Silva MJP. Comunicação de más notícias. Artigo de Revisão. *O Mundo da Saúde*. 2012;36(1):49-53.(acesso 19 nov 2022). Disponível: Vista do Comunicação de Más Notícias (emnuvens.com.br)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. PNH. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. (acesso 19 nov 2022). Disponível: Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS — Português (Brasil) (www.gov.br)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HUMANIZASUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: cadernos_humanizaSUS.pdf (saude.gov.br)
5. Buckman RA. Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*. 1984; 288 (6430):1597-1599. (acesso 19 nov 2022). Disponível: Dando uma má notícia: por que ainda é tão difícil? - PubMed (em inglês) (nih.gov)

6. Bhadra K, Manir KS, Adhikary A, Kumar G, Manna A, Sarkar SK. Awareness of palliative care among doctors of various departments in all four teaching medical colleges in a metropolitan city in Eastern India: A survey. *J Educ Health Promot.* 2015;4:20. (acesso 19 nov 2022). Disponível: [JMedSoc272114-5280578_144005.pdf](#)
7. Reed S, Kassis K, Nagel R, Verbeck N, Mahan JD, & Shell R. Does emotional intelligence predict breaking bad news skills in pediatric interns? A pilot study. *Medical Education Online.* 2015;20:242-45. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [doi:10.3402/meo.v20.24245 \(europepmc.org\)](#)
8. Campos CACA. Entre pássaros e flores: desafios de equipes multiprofissionais de saúde e familiares de pacientes na produção da comunicação de notícias em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Dissertação. 2015. Maceió-AL. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [http://srv-bdtd:8080/handle/tede/769](#)
9. Abbas SQ, Muhammad SR, Mubeen SM, Abbas SZ. Awareness of palliative medicine among Pakistani doctors: a survey. *J Pak Med Assoc.* 2004;54(4):195-9. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [Conscientização da medicina paliativa entre os médicos paquistaneses: uma pesquisa. - Resumo - Europa PMC \(europepmc.org\)](#)
10. Chan SC. Views of Malaysian interns and their supervisors on the adequacy of undergraduate clinical skills training. *Singapore Med J.* 2012;53(3):196-202. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [5303a8.pdf \(sma.org.sg\)](#)
11. Santos T de FC. Comunicação de más notícias no contexto da UTI neonatal. Dissertação. 2016. Recife-PE. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [RI UFPE: Comunicação de más notícias no contexto da UTI neonatal](#)
12. Cavalcante M, Pedrosa CMS, Dermeval D, Vasconcelos DAL, Freire CJ, Vasconcelos MVL. Teaching and Training How to Communicate Bad News Using Simulation Techniques and Technology: Mobile Learning Through Role-Play. *Computer Supported Qualitative Research. WCQR 2021. Advances in Intelligent Systems and Computing, vol 1345.* Springer, Cham. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-70187-1_14](#)
13. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev. Lat. Am. Enfermagem.* 2005;13(2):145-50. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [SciELO - Brasil - Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva](#)
14. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globler G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist.* 2000;5(4):302-311. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [SPIKES – Um protocolo de seis etapas para entregar más notícias: aplicação ao paciente com câncer | O | do Oncologista Acadêmico de Oxford \(oup.com\)](#)
15. Buckman RA. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology.* 2005;2(2):138-142. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy \(usask.ca\)](#)
16. Kaplan M. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with câncer. *Clin J Oncol Nurs.* 2010 Ago;14(4):514-6. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [DOI: 10.1188/10.CJON.514-516](#)
17. Ramos N, Serafim J. Comunicação em saúde e antropologia fílmica. In: XII Congresso Latinoamericano-ALAIIC. 2014. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [Repositório Aberto: Comunicação em saúde e antropologia fílmica \(uab.pt\)](#)
18. Landa MB. Olhar in (com) formado: teorias e práticas na antropologia visual/Mariano Báez Landa; Gabriel o. Alvarez (Org.). Goiânia; Editora da Imprensa Universitária, 2017. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [ebook_olhar_inconformado.pdf \(ufg.br\)](#)

19. Bardin L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [BARDIN - Análise de Conteúdo - PDF Versão 1 | PDF | Science | Psicologia \(scribd.com\)](#)
20. Minayo MCS. (2010). O desafio da pesquisa social. In: Minayo M.C.S. (Org.), Deslandes S.F & Gomes R. Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade (29a ed). Petrópolis, RJ: Vozes, 9-29. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [pesquisa-social.pdf \(ufpel.edu.br\)](#)
21. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais/Notes for the work with focus group technique. Psicologia em revista, 2008; v. 10, n. 15, p. 124-138. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [Vista do Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais \(pucminas.br\)](#)
22. Soratto J, Pires DEP, Cabral IE, Lazzari DD, Witt RR, Sipriano CAS. A maneira criativa e sensível de pesquisar (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [REBEN_capa_6.indd \(scielo.br\)](#)
23. Croitor LMN. Percepção de Pacientes do Comportamento Comunicativo do Médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida. Belo Horizonte, 2010. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [Repositório Institucional da UFMG: Percepção de pacientes do comportamento comunicativo do médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida](#)
24. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. 2001;35(1): 103-9. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [SciELO - Brasil - Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia](#)
25. Coutinho F, Ramessur A. An Overview of Teaching Communication of Bad News in Medical School: Should a Lecture be Adequate to Address the Topic? Acta Med Port. 2016;29(12):826-831. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [Visão de uma visão geral do ensino Comunicação de más notícias na faculdade de medicina: uma palestra deve ser adequada para abordar o tema? \(actamedicaportuguesa.com\)](#)
26. Kovács MJ. Educação para a morte. Psicologia, Ciência e Profissão. 2005;25(3):484-497. (acesso 19 nov 2022). Disponível em: [Educação para a morte \(bvsalud.org\)](#)

APÊNDICE I - Artigo 2

Vídeo educativo participativo para humanização da assistência em saúde

Participatory educational video for humanization of health care

RESUMO:

Comunicar más notícias de forma humanizada representa um desafio para os profissionais da saúde. Objetivo: Objetivou-se analisar a percepção de residentes de Pediatria sobre vídeo participativo baseado no protocolo SPIKES para comunicação de más notícias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Universitário de uma Universidade Federal do Nordeste brasileiro, sob a visão teórica da Antropologia Visual. Método: Esta pesquisa qualitativa descritiva exploratória usou um grupo focal com residentes de Pediatria e outro com mães de neonatos internos. As conversas com os participantes foram usadas para a produção do vídeo, que foi analisado pelos residentes de Pediatria. Resultados: Sob a visão dos residentes, houve reflexão sobre as práticas profissionais, estímulo ao aprendizado teórico e à empatia nas relações profissionais. Conclusão: Concluiu-se que a utilização de vídeo participativo para educação profissional na área da comunicação de más notícias representa importante estratégia de incentivo à humanização da assistência em saúde.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Vídeo educativo.

ABSTRACT:

Communicating bad news in a humane way represents a challenge for health professionals. Objective: The objective was to analyze the perception of Pediatrics residents about participatory video based on the SPIKES protocol for communicating bad news in the Neonatal Intensive Care Unit of a University Hospital of a Federal University in Northeast Brazil, from the theoretical perspective of Visual Anthropology. Method: This exploratory descriptive qualitative research used a focus group with Pediatrics residents and another with mothers of inpatient neonates. Conversations with the participants were used for the production of the video, which was analyzed by the Pediatrics residents. Results: From the perspective of residents, there was reflection on professional practices, stimulation of theoretical learning and empathy in professional relationships. Conclusion: It was concluded that the use of participatory video for professional education in the area of communicating bad news represents an important strategy to encourage the humanization of health care.

Keywords: Humanization of assistance. Neonatal Intensive Care Unit. Educational vídeo.

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde exige humanização nas relações¹ e a comunicação é a palavra-chave do trabalho em equipe na saúde².

De acordo com o Código de Ética Médica, que diz respeito à relação dos médicos com pacientes e familiares, é direito do paciente receber informações claras e verdadeiras sobre sua doença e é dever do médico comunicar de maneira compreensível o diagnóstico, prognóstico e tratamento ao paciente ou familiar³.

As diretrizes curriculares do curso de graduação em Medicina no Brasil definem as competências da profissão. A competência de comunicação é a capacidade de utilização de

linguagem compreensível, assegurando privacidade e levando em consideração os aspectos psicológicos, culturais, contextuais, história de vida, o ambiente em que vive e suas relações sociais e familiares⁴.

A Comunicação de más notícias representa um desafio para todos os profissionais de saúde e tem sua importância reconhecida nacional e internacionalmente⁵. No Brasil, estudos revelam que estudantes e profissionais de saúde apresentam as mesmas dificuldades de comunicação de más notícias, em especial para lidar com a finitude da vida⁶.

No Nordeste brasileiro dificuldades no preparo para comunicar más notícias foram usualmente encontradas nos estudos em Unidades de Terapias Intensivas Neonatais (UTINs)^{5,7}, assim também no Nordeste do Brasil alguns autores encontraram abordagem superficial da comunicação de más notícias no curso de Medicina e usaram dispositivos móveis para o treinamento médico⁸.

Com o objetivo de ajudar no processo de aprendizagem dos profissionais de saúde para comunicar as más notícias têm sido sugeridos alguns protocolos em intervenções educativas^{9,10}. Um dos mais didáticos e conhecidos é o protocolo SPIKES¹¹.

Um grupo de oncologista propôs um protocolo com seis passos estratégicos, com o objetivo de orientar o profissional da saúde no momento da comunicação, denominando-o protocolo SPIKES¹¹, no qual cada letra do nome do protocolo representa um passo a ser seguido no aprendizado de comunicar más notícias:

- a) Setting - preparação do ambiente, como, o que e quem deve estar presente, ou seja, o início propriamente dito, incluindo atitudes cordiais;
- b) Perception - percepção do quanto o paciente ou familiar sabe sobre a doença;
- c) Invitation - convite para descobrir o quanto o paciente ou familiar quer saber;
- d) Knowledge - compartilhamento de conhecimento sobre a situação, dividir, compartilhar as informações;
- e) Empathy - empatia para responder aos sentimentos do paciente ou familiar;
- f) Strategy and summary - estratégia para combinar o planejamento do paciente.

Porém pode ser necessário mais do que o aprendizado teórico de um protocolo para modificar a realidade na prática.

Devido às deficiências na formação médica nessa área, a intervenção educativa utilizando vídeo torna-se importante por permitir a autoavaliação e estimular a auto análise por meio da sensibilização e motivação dos profissionais de saúde, possibilitando a visualização de cenários reais da comunicação de más notícias com questões e dificuldades específicas.

O vídeo representa uma inovação criativa importante no processo ensino-aprendizagem para comunicação de más notícias em UTIN com menor custo e maior possibilidade de sensibilização e motivação dos profissionais de saúde por meio da problematização e reflexão⁹.

Foi enfatizada a necessidade de implantação de metodologia ativa de ensino-aprendizagem em saúde, buscando estratégias integradoras, reflexivas e participativas¹².

Autores utilizaram recursos audiovisuais no processo de ensino-aprendizagem de estudantes da área de saúde com os objetivos de dialogar com saberes esquecidos, escutar o outro, expressar vozes silenciadas, trabalhar com e não para os participantes, produzir conhecimento compartilhado, mediador e capaz de transformar a realidade e dar espaço às áreas negligenciadas da saúde¹³.

Objetivou-se analisar como os residentes de Pediatria percebem a intervenção educativa com vídeo participativo baseado no protocolo SPIKES para comunicação de más notícias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Universitário de uma Universidade Federal do Nordeste brasileiro.

O vídeo, sob a visão do referencial teórico da Antropologia Visual, contém uma proposta com base sócio antropológica, o que significa valorizar o conhecimento dos produtores dessas

experiências no contexto sociocultural em que são produzidas. Essa concepção antropológica focaliza a compreensão crítica dos recursos audiovisuais no pensar sobre nós mesmos a partir do vídeo, auxiliando na compreensão da realidade¹⁴.

A metodologia da Antropologia visual é fortalecida pela máxima da expressão chinesa: “Uma imagem vale mais do que mil palavras.” Palavras são facilmente esquecidas, mas as imagens ficam gravadas nas mentes. As imagens e falas permitem a compreensão do olhar do antropólogo ou do pesquisador, que se preocupa com os detalhes do cotidiano das pessoas. A Antropologia visual estimula a complexidade e a subjetividade da comunicação, envolve empatia, valores e emoções, respeita a integridade de cada voz, permite a utilização de técnicas para estimular os sentidos das pessoas e despertar o saber olhar, observar, sentir e escutar¹⁵.

METODOLOGIA

Pesquisa Qualitativa tipo Descritiva exploratória, a qual se importa com a compreensão interpretativa das falas das pessoas e os sentidos produzidos¹⁶.

Foi realizado um grupo focal (GF1)¹⁷, com as mães dos neonatos internos e um GF2 com os residentes de Pediatria, o protocolo SPIKES¹¹, como norteador para a intervenção educativa com o vídeo, o Questionário do Comportamento Comunicativo do Médico (QCCM)¹⁸ e o Método Criativo Sensível (MCS) com a Dinâmica de criatividade e sensibilidade (DCS)¹⁹, como estimuladores para as conversas sobre a comunicação de más notícias, e para a análise foi utilizada a abordagem de conteúdo de Bardin²⁰.

A amostragem desta pesquisa e o convite aos participantes foram realizados por conveniência. Antes do início deste estudo, a pesquisadora esteve em contato com as pediatras responsáveis pela Residência de Pediatria, com os residentes e com as mães dos neonatos internos na UTIN para mostrar a importância e os objetivos desta pesquisa. Foi feito o convite pessoalmente para participação neste estudo, sendo combinado o melhor dia e horário antecipadamente com os convidados.

Os Grupos Focais (GFs) contaram com os seguintes momentos: 1) Marcação antecipada do horário; 2) Organização e preparação do ambiente; 3) Acolhimento do grupo e apresentação aos participantes, dos organizadores e dos objetivos das atividades que foram desenvolvidas; 4) Para o GF com as mães (GF2) foi feito estímulo ao desenvolvimento das conversas a partir da metodologia ativa MCS e DCS, denominada dinâmica Almanaque. Esta dinâmica ocorre através de recorte e colagem de figuras, desenhos, frases e palavras de origens diversas relacionadas ao tema ou questão central apresentada: “Comunicação de más notícias na UTIN”; 5) Roteiro de perguntas baseadas no QCCM, na versão pacientes e na versão para médicos. Cada participante teve espaço para apresentar sua percepção ao grupo, a partir da qual se iniciou a discussão coletiva; e 6) Análise e validação coletiva dos dados produzidos.

Os GFs contaram com três facilitadores que conduziram as conversas, observaram e interagiram com os participantes: a Pesquisadora e mais 2 professores. Todos com experiência na condução de GFs em pesquisa qualitativa. Além dos participantes e dos facilitadores, estava presente o responsável pela gravação das imagens e áudios, que se manteve em silêncio e sem interação com os participantes e facilitadores dos GFs.

Devido à produção de informações de qualidade e em quantidade suficiente durante os dois GFs, não houve necessidade de repeti-los em outros momentos deste estudo.

O primeiro GF foi realizado com doze residentes de Pediatria e teve duração de 2 horas e 22 minutos. O segundo GF foi realizado com seis mães de neonatos que estavam ou que já estiveram internados na UTIN e teve duração de 52 minutos.

A maioria dos participantes dos dois GFs se dispôs a falar, comentar as falas dos colegas e se manifestar acerca do tema e seus desenvolvimentos. Todos os participantes dos dois grupos iniciaram e terminaram juntos os GFs. Não houve desistência ou recusa na participação.

Os dois GFs foram gravados por áudio e vídeo, como combinado antecipadamente com os participantes, que concordaram com o uso das suas imagens e falas durante a realização dos GFs para a produção do vídeo.

Ao fim dos GFs, quando as falas começaram a se repetir, sem mais novidades e com saturação relacionada ao tema, foi feito agradecimento aos participantes e nos deixamos à disposição para sanar dúvidas ou conversar mais sobre o assunto.

Após a realização dos GFs foi feita a escuta das gravações e a transcrição na íntegra de todas as falas em três grupos: primeiro GF com os residentes de Pediatria antes do vídeo, segundo GF com as mães e o terceiro com os residentes após a visualização do vídeo. A transcrição dos grupos foi realizada separando as falas por categorias previamente definidas: as diretrizes do protocolo SPIKES.

O vídeo foi produzido utilizando as imagens e falas dos participantes deste estudo seguindo o roteiro das categorias previamente definidas (protocolo SPIKES).

No vídeo foi mostrada a realidade prática e, muitas vezes, inadequada da Comunicação de más notícias na UTIN junto ao conhecimento teórico do protocolo SPIKES com o objetivo de promover reflexão nos profissionais da saúde para as suas práticas na comunicação de más notícias. As etapas do protocolo SPIKES são apresentadas em linguagem apropriada ao público médico, orientando a forma adequada de comunicar más notícias.

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

Antes da exposição das diretrizes do SPIKES foram apresentados conceitos para introduzir o tema com imagens de bebês nas mãos das mães com trilhas sonoras suaves obtidas da internet. A seguir são apresentadas informações direcionadas aos médicos/as: os deveres do/a médico/a e os direitos das mães em relação à obtenção de informações sobre a saúde dos/as seus/suas filhos/as na UTIN. A definição de má notícia é apresentada, com imagens de médicos/as acompanhadas das trilhas sonoras suaves.

A partir do conhecimento introdutório sobre o SPIKES, são apresentadas para cada diretriz deste protocolo as imagens e áudios produzidos pelos/as participantes desta pesquisa. Cada etapa do SPIKES é apresentada com uma identidade visual diferenciada para que o espectador se posicione em relação ao contexto da etapa que está sendo abordada. Em todas as etapas do vídeo se enfatiza a realidade observada e, posteriormente, a comunicação adequada e orientada pelo protocolo SPIKES.

A finalização do vídeo conduz o espectador a uma síntese das etapas do protocolo com o objetivo de permitir a retenção do assunto. Ainda, neste final foi apresentado um depoimento emocionado de uma mãe chorando e falando sobre a dor de ser mãe de um prematuro, além de uma imagem obtida da internet (livre de direitos autorais) de uma margarida brotando em terra seca, seguida da legenda: Comunicar a verdade sem retirar a esperança. Esse final teve o objetivo de, mais uma vez, despertar a empatia e a sua importância na comunicação de más notícias.

Quatro meses após a realização dos GFs, foi realizada a divulgação do vídeo aos residentes de Pediatria, que ocorreu por meio de convite antecipado e contou com sete participantes. Desses, somente um não participou do GF1. Esse último GF durou 23 minutos. Os GFs receberam numeração para facilitar o entendimento, sendo o primeiro GF com os residentes foi denominado GF1, o segundo com as mães GF2 e o terceiro após a visualização do vídeo GF3.

Todos os participantes leram, entenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preencheram a caracterização do participante com os seus dados

peçoais. Este estudo teve o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) aprovado com número: 3.060.832.

Foram mantidos sigilo e anonimato dos participantes com a substituição dos nomes dos residentes por RES, das mães por MAE e dos facilitadores por FAC.

RESULTADOS

Os GFs produziram informações, imagens e falas que demonstraram a realidade prática dos participantes desta pesquisa.

DINÂMICA ALMANAQUE: ESTRATÉGIA PARA ESTIMULAR O GF2

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

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

MAE 4: “Escolhi a imagem de uma gravidez e de um parto aqui que foi normal. Foi uma coisa que aconteceu comigo aqui. Com 24 horas que minha bolsa estourou eu falei pra médica que eu queria muito que meu menino fosse cesárea. Não me preocupava comigo com a recuperação, mas me preocupava com ele. Por conta disso meu menino nasceu com problema respiratório e até hoje ele não... CHORO... Ele nasceu muito cansadinho e até hoje ele com 1 mês e 17 dias, mais ou menos, é que ele tá se recuperando. Ainda tá muito cansadinho”.

MAE 6 “Eu escolhi essa imagem porque significa muito pra mim. Um cara subindo uma montanha e atrás tem um precipício”.

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

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

MAE 2 “A minha eu escolhi uma pessoa pegando fogo... CHORO. Pra representar a dor da gente... CHORO”.

RESULTADOS GF1 E GF2 AGRUPADOS DE ACORDO COM AS CATEGORIAS (DIRETRIZES DO PROTOCOLO SPIKES)

Os depoimentos de mães e residentes estão sintetizados a seguir e foram utilizados como subsídio para a produção do vídeo. Para facilitar a organização do diagnóstico para elaboração do vídeo, foi utilizada análise de Bardin por categoria previamente definidas (as diretrizes do protocolo SPIKES). A análise dos depoimentos está resumida no Quadro 1.

Quadro 1. Resumo dos depoimentos dos participantes por categorias do protocolo SPIKES utilizando análise de Bardin.

CATEGORIAS SPIKES	RESIDENTES	MÃES
AMBIÊNCIA	Ambiência inadequada Estrutura deficiente Comunicação à beira do leito Dificuldades no processo de trabalho Sem horário definido para conversar com as mães	Ambiência inadequada Estrutura deficiente Sensação de presídio e barulho Pouco acolhimento Insatisfação com regras da UTIN Pouca privacidade

PERCEPÇÃO	Pouca percepção das mães Pouco suporte emocional aos residentes Sobrecarga de trabalho e estresse Pouca preocupação com o que as mães sabem sobre a doença dos seus filhos	Insatisfação com a equipe multiprofissional Pouco apoio emocional Isolamento Pouco acolhimento
CONVITE PARA CONVERSA	Pouco convite para diálogo Médicos/as aguardam solicitação das mães Sobrecarga de trabalho Pouco acesso e pouca disponibilidade	Pouco convite para conversar Forma inadequada de convidar Medo de procurar informações
COMPARTILHAMENTO DAS INFORMAÇÕES	Linguagem inadequada Aprende observando Sobrecarga de trabalho e pouco tempo Pouca sensibilidade e escuta Poucas estratégias para conversar Inadequada articulação entre a equipe	Linguagem e comunicação inadequadas Dificuldade para entender Pouca sensibilidade
EMPATIA	Empatia X Capacidade técnica Dificuldade para lidar com morte em crianças Emoção é problema e não ferramenta Personalidades diferentes Frustrações e fugas Necessidade de atualização, apoio emocional e da equipe Dificuldade para falar a verdade sem tirar a esperança	Variedade de sentimentos Pouco suporte emocional Pouca empatia da equipe Pouca sensação de ser mãe
RESUMO E ESTRATÉGIAS	Melhorar sensibilidade Usar religiosidade Pensar junto às mães Esclarecer dúvidas Mais espaço e tempo para escuta Se importar com a opinião das mães Melhorar ambiência e processo de trabalho	Maior sigilo Mais respeito às opiniões das mães Maior atenção Mais sensibilidade e suporte emocional

	Maior valorização da humanização	
--	----------------------------------	--

Fonte: Alves (2023).

RESULTADOS QUE SERVIRAM PARA PRODUÇÃO DO VÍDEO

O vídeo foi construído a partir das necessidades e dificuldades identificadas por mães e residentes nos GFs. Os diagnósticos identificados pelos participantes dos GFs 1 e 2 serviram de base para a produção do vídeo foram: Ambiência inadequada; Não percepção das mães; Convite inadequado para conversar; Compartilhamento inadequado das informações; Não se colocar no lugar das mães e Deficiências no resumo e estratégias junto à família dos pacientes.

GRUPO FOCAL GF3 COM OS RESIDENTES DE PEDIATRIA APÓS VISUALIZAÇÃO DO VÍDEO

Os residentes compreenderam a relevância do vídeo ao demonstrar a realidade da prática médica, estimulando assim, a autoavaliação das suas atitudes na Comunicação de más notícias em UTIN. Valorizando a escuta e a visão das necessidades do outro.

Dessa maneira, o vídeo, sob a visão dos residentes de Pediatria estimulou a melhora os seguintes aspectos: Conhecimento teórico, Grau de responsabilidade, Empatia, Estímulo à autocrítica, Valorização da esperança do familiar.

DISCUSSÃO

Todos os residentes participantes deste estudo informaram que se conscientizaram da importância de aprender a comunicação de más notícias e acharam válida a produção do vídeo utilizando o protocolo SPIKES como norteador teórico.

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

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

A valorização profissional é reconhecida por meio da competência técnica e, na maioria das vezes, a preparação dos profissionais para a humanização é desvalorizada²¹. Há necessidade de preparo técnico e pessoal do médico diante do importante desafio de comunicar más notícias em UTI, em especial, quando envolve crianças²².

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

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

Foi observado que os pacientes e os médicos demonstravam otimismo quanto à adesão ao tratamento e maior confiança na relação médico-paciente quando havia uma boa abordagem da comunicação de más notícias baseada em empatia, confiança e respeito mútuo²³. Assim como, também nesta pesquisa, foi incentivada a empatia nas relações profissionais na saúde.

De acordo com a percepção dos residentes de Pediatria, houve contribuições do vídeo no seu aprendizado teórico, no aumento da sua responsabilidade e estimulou nos participantes a empatia. O vídeo reforçou a importância de aprender o conhecimento teórico de maneira adequada, sem reduzir a esperança do paciente e do familiar, como foi reforçado pela fala abaixo:

RES 2“Como se cada criança, como se cada recém-nascido é mais um. Não. A gente tem que pensar assim: aquela criança, aquele ser é o amor de alguém, né? Já ouvi essa frase. Aí a gente

tem que pensar que ele é o amor de alguém desde que ele é concebido, né? Aí a gente encontra essa sensibilidade”.

Houve uma crença na Medicina em que a revelação de más notícias levaria a perda da esperança dos pacientes e dos seus familiares, o que incentivou uma ação de encobrir a verdade durante muito tempo para poupar os doentes e suas famílias²⁴. Esta pesquisa incentiva comunicação da verdade e essa comunicação das informações de maneira verdadeira e clara é garantida aos pacientes e familiares pelas diretrizes do CFM³.

Este estudo apoia os princípios da bioética de beneficência e autonomia, nos quais a verdade é o alicerce da confiança nas relações interpessoais e a comunicação adequada da verdade ao paciente e seus familiares constitui um benefício para os mesmos (beneficência), pois possibilita sua participação ativa no processo de tomada de decisões (autonomia)²⁵.

Foram observados alguns fatores com potencial de dificultar a Comunicação de notícias difíceis no dia a dia da UTIN como: o processo de trabalho, a personalidade individual dos médicos e a obrigação de ter que lidar com vida e morte diariamente, o que prejudica a prática humanizada da comunicação de más notícias na UTIN, como foi referido na fala a seguir:

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

Dessa forma, esta pesquisa sugere a determinação de tempo para treinamentos na área da comunicação de más notícias, além da criação de espaços para a equipe multiprofissional unir forças e exigir dos gestores melhores condições de trabalho, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e do relacionamento interpessoal.

Assim, este estudo concorda com a meta do Ministério da Saúde²⁶ por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) em cuidar do tripé da saúde: usuários, profissionais e gestores, sem esquecer o cuidado físico e emocional dos pacientes, dos familiares e dos profissionais da saúde, a educação continuada desses profissionais e o apoio dos gestores à equipe profissional, à estrutura do ambiente e ao processo de trabalho.

O vídeo contribuiu com a educação continuada dos profissionais de saúde por permitir o compartilhamento de informações importantes, com baixo custo por oferecer praticidade de acesso, conveniência aos horários dos profissionais e exigir infraestrutura já existente, o que favorece na formação e no processo de educação continuada dos profissionais em hospitais, clínicas e unidades de saúde.

O vídeo participativo usado neste estudo foi avaliado pelos residentes de Pediatria como instrumento importante para estimular a reflexão na UTIN por meio da problematização e da empatia.

Dessa maneira, este estudo concorda com a importância da identificação com o outro na arte de filmar, com o objetivo de sensibilizar as pessoas. Usar a empatia no vídeo permite a reflexão e abre os olhos para enxergar a partir do olhar do outro, isto é, a partir do contexto do outro. Usar a empatia na filmagem é filmar a partir do olhar do outro e com isso, permitir a sensibilização²⁷.

Sendo a empatia, a chave para a adequada comunicação de más notícias, o vídeo oferece, na forma que foi pensado neste estudo, de maneira participativa e empática, utilizando atores e cenários reais, falas e imagens das vivências e experiências reais de vida, contribuições para a sensibilização e reflexão dos profissionais para processos, algumas vezes esquecidos, na formação e do aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Assim como em outros estudos²⁸, esta pesquisa abre discussão para rever estratégias educativas da atual formação e da atualização médicas, no sentido de fortalecer a importância de resgatar a humanidade. Afinal, esta pesquisa concorda com a afirmação de que muitas vezes o cuidar é mais importante do que o curar²⁹.

CONCLUSÃO

Finalmente, a intervenção educativa com o vídeo participativo produzido a partir de conversas com mães de neonatos e residentes de Pediatria melhora o conhecimento teórico e o aprendizado na comunicação de más notícias, aumenta o grau de responsabilidade dos médicos, propõe maiores discussões sobre o tema e estimula modificações da realidade, por meio da reflexão e da valorização de atitudes empáticas e da melhoria nas relações entre médicos e familiares e, dessa forma, contribui para reduzir o sofrimento de todos os envolvidos no processo de comunicar más notícias.

A utilização de vídeo participativo como intervenção educativa em saúde representa importante estratégia no ensino da comunicação de más notícias em saúde como incentivo ao aprendizado teórico e à humanização da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Pinho LB, Santos SMA. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. *Cogitare Enferm*, 2007,12 (3):377-85. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral | *Cogitare enferm*;12(3): 377-385, jul.-ago. 2007. | LILACS | BDEFN (bvsalud.org) DOI 10.5380/ce.v12i3.10038
2. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, 2001; 35(1):103-9. (PDF) Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia SciELO - Brasil - Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União [Internet]*. Brasília, n. 211, p. 179, 1 nov 2019 Seção 1. RESOLUÇÃO Nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 - Imprensa Nacional (in.gov.br)
4. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares-cursos de graduação- Medicina. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022. rces003_22 (mec.gov.br)
5. Campos CACA, Silva LB, Bernardes JS, Soares ALC, Ferreira SMS. Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários. *Saúde debate*, v41, n especial, 165-174, jun 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S214>
6. Bushatsky M. Pacientes fora de possibilidade terapêutica: percepções de cuidadores, estudantes e profissionais de saúde diante da finitude e de cuidados paliativos. Tese. 2010. Recife-PE. RI UFPE: Pacientes fora de possibilidade terapêutica: percepções de cuidadores, estudantes e profissionais de saúde diante da finitude e de cuidados paliativos
7. Santos TFC. Comunicação de más notícias no contexto da UTI neonatal. Dissertação. 2016. Recife-PE. Dissertação Thaisa de Farias Cavalcanti Santos. RI UFPE: Comunicação de más notícias no contexto da UTI neonatal
8. Cavalcante M, Pedrosa CMS, Dermeval D, Vasconcelos DAL, Freire CJ, Vasconcelos MVL. Teaching and Training How to Communicate Bad News Using Simulation Techniques and Technology: Mobile Learning Through Role-Play. *Computer Supported Qualitative Research. WCQR 2021. Advances in Intelligent Systems and Computing*, vol 1345. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-70187-1_14

9. Pereira CR. Comunicando más notícias: protocolo paciente. Tese apresentada a Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu para obtenção do grau de Doutor. Botucatu; s.n.; 100 p. 2010. Comunicando más notícias: protocolo paciente | Botucatu; s.n.; 2010. [99] p. graf, tab. | LILACS (bvsalud.org)
10. Narayanan V, Bista B, Koshy C. BREAKS Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 2010; 16(2):61-65. DOI: 10.4103/0973-1075.68401. Protocolo 'BREAKS' para Breaking Bad News - PubMed (nih.gov)
11. Buckman R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2005; v. 2, n. 2, p. 138-142. DOI:10.1016/S1548-5315(11)70867-1
12. Ronconi AC, Bernini DSD. O uso de metodologias ativas no ensino médico: um estudo bibliométrico do ano de 2017. *Revista Esfera Acadêmica Humanas*, 2017; 2(1), 6-18. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400005>
13. Fieschi I, Burlon B, de Marinis MG. Teaching midwife students how to break bad news using the cinema: an Italian qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2015; 15(2):141-7. DOI: 10.1016/j.nepr.2015.01.008
14. Sardelich ME. Leitura de Imagens, Cultura Visual e Prática Educativa. *Cadernos de Pesquisa*, 2006. v. 36, n. 128, maio/ago. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742006000200009>
15. Landa MB. Olhar in (com) formado: teorias e práticas na antropologia visual/Mariano Báez Landa; Gabriel o. Alvarez (Org.). Goiânia; Editora da Imprensa Universitária, 2017. [ebook_olhar_inconformado.pdf \(ufg.br\)](#)
16. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo M.C.S. (Org.), Deslandes S.F & Gomes R. *Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade*. 2010; (29a ed). Petrópolis, RJ: Vozes, 9-29. [idoc.pub_minayo-maria-cecilia-de-souza-ciencia-tecnica-e-arte-o-desafio-da-pesquisa-socialpdf \(1\).pdf](#)
17. Souza LK de. *Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa*. PSIUNISC [Internet]. 4º de janeiro de 2020;4(1):52-66. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.13500>
Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa | PSI UNISC
18. Croitor LMN. *Percepção de Pacientes do Comportamento Comunicativo do Médico: elaboração e validação de um novo instrumento de medida*. Belo Horizonte, 2010. [dissertação Luciana M N Croitor abr2010.pdf \(ufmg.br\)](#)
19. Cabral IV, Silveira A, Bubadué R M. *Pesquisa baseada em arte: aplicação do Método Criativo Sensível em estudos qualitativos*. Workshop Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa 2020.
[Proposta18_CIAIQ2020_Workshop_PesquisaBaseadaemArte_PT_Varios.pdf](#)
20. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. *Análise de conteúdo* | São Paulo; Edições 70; 2016. *Análise de Conteúdo* | São Paulo; Edições 70/LDA; 2009. 281 p. | LILACS | [coleccionaSUS \(bvsalud.org\)](#)

21. Camargo NC, Lima MG, Brietzke E, Mucci S, Góis AFT. Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *Rev. Bioét.*, 2019, v. 27, n. 2, p. 326-340. Doi: 10.1590/1983-80422019272317
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/GmHzf35H3z8tHBnCr8dQNHF/?format=pdf>
22. Soeiro ACV, Vasconcelos VCS, Silva JAC. Desafios na comunicação de más notícias em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev. Bioét.* 30 (1) • Jan-Apr 2022.
<https://doi.org/10.1590/1983-80422022301505PT>
23. Caleffi MC, de Resende GC, Chaves ACH, Nina-e-Silva CH, Monteiro AM. A Repercussão da comunicação de más notícias para pacientes com câncer. 2016. *Psychiatry on line Brasil*. v.21, n. 12. A repercussão da comunicação de más notícias para pacientes com câncer (polbr.med.br)
24. Reiser SJ. Words as scalples: transmitting evidence in the clinical dialogue. *Ann Intern Med.* 1980; 92(6):837-42. DOI: 10.7326/0003-4819-92-6-837. Palavras como bisturis: transmitindo evidências no diálogo clínico - PubMed (nih.gov)
25. Geovanini F, Braz M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Revista Bioética (Impresso)*, v. 21, n. 13, p.455-462, 2013. SciELO - Brasil - Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. PNH. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Política Nacional de Humanização PNH: Humaniza SUS | Brasília; Ministério da Saúde; 2015. [14] p. Folhetoilus. | MS (bvsalud.org)
27. Leaha MA. Entrevistas com David Macdougall D. Olhando pelo olhar do outro. *São Paulo*, v. 2, n.1, p.331-340, maio (2017). <https://doi.org/10.11606/issn.2525-3123.gis.2017.129514>
28. Moura ACA, Mariano LA, Gottens LBD, Bolognani CV, Fernandes SES, Bittencourt RJ. Teaching-Learning Strategies for Humanistic, Critical, Reflective and Ethical Undergraduate Medical Training: a Systematic Review. *Rev. bras. educ. med.* 44 (03) 2020.
<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190189>
29. Traiber C; Lago PM. Comunicação de más notícias em pediatria. *Boletim Científico de Pediatria*, v. 1, n. 1, p. 3-7, 2012. 131210152030bcped_12_01_02.pdf (sprs.com.br)

ANEXO A - Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) – versão final para pacientes instruções para entrevista com o paciente questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM)

Esta entrevista contém perguntas sobre as interações que você tem com seu/sua médico (a) nas visitas na UTI Neonatal. Você será perguntado sobre a frequência em que cada interação acontece.

Para responder, pense na conversa na UTI Neonatal que você tem com o (a) seu/sua médico (a) e como ele (a) se comporta.

Por isso, não existem respostas “certas” ou “erradas”. Somente a sua opinião é necessária.

Responda calmamente.

Para cada pergunta, você terá que escolher uma única alternativa de resposta:

- 1 se a prática acontece NUNCA
- 2 se a prática acontece RARAMENTE
- 3 se a prática acontece ÀS VEZES
- 4 se a prática acontece FREQUENTEMENTE
- 5 se a prática acontece SEMPRE

DESAFIO Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

- 1. O seu médico faz perguntas para ver se você entendeu o seu problema? 1 2 3 4 5
- 2. Ele pede para você explicar com suas próprias palavras sobre seu tratamento? 1 2 3 4 5
- 3. Ele incentiva você a seguir o tratamento proposto? 1 2 3 4 5

ENCORAJAMENTO E ELOGIO Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

- 4. O seu médico pede suas opiniões durante as consultas? 1 2 3 4 5
- 5. Ele te elogia quando você tem condutas adequadas ao seu tratamento? 1 2 3 4 5
- 6. Ele adapta o tratamento a sua rotina/realidade? 1 2 3 4 5

APOIO NÃO-VERBAL Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

- 7. O seu médico balança a cabeça em gesto afirmativo demonstrando que está entendendo o que você fala? 1 2 3 4 5
- 8. Sem falar, o seu médico demonstra pela expressão facial que te apoia? 1 2 3 4 5
- 9. Demonstra pela expressão facial entusiasmo sobre o que você diz? 1 2 3 4 5
- 10. Demonstra que te apoia através dos olhos/olhar? 1 2 3 4 5
- 11. Olha pra você enquanto você está falando? 1 2 3 4 5

COMPREENSÃO E RELAÇÃO AMIGÁVEL

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

- 12. O seu médico confia em você? 1 2 3 4 5
- 13. Ele explica novamente o que você não entendeu? 1 2 3 4 5
- 14. Ele escuta se você tem algo a dizer? 1 2 3 4 5
- 15. Ele percebe quando você não entende? 1 2 3 4 5
- 16. Ele é paciente com você? 1 2 3 4 5
- 17. Ele é amigável com você? 1 2 3 4 5
- 18. Ele se preocupa com você? 1 2 3 4 5
- 19. Ele é alguém com quem você pode contar? 1 2 3 4 5
- 20. Ele usa uma linguagem que você entende? 1 2 3 4 5
- 21. Ele se preocupa com seus medos e suas ansiedades? 1 2 3 4 5

CONTROLE Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

- 22. O seu médico deixa você dar opinião sobre a forma de tratamento que irá adotar? 1 2 3 4 5

23. Ele se dispõe a mudar a forma de tratamento se você não consegue realizá-lo? 1 2 3 4 5

ANEXO B - Questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM) – versão para médicos/as instruções para o “questionário do médico” questionário comportamento comunicativo do médico (QCCM)

Leia atentamente as instruções a seguir:

Esse questionário tem o objetivo de identificar como você se percebe em relação à comunicação, nas conversas com os familiares dos seus pacientes.

Não existem respostas “certas” e “erradas”. Somente sua opinião é necessária. Responda calmamente sem se preocupar com o tempo.

Pense sobre a melhor maneira de responder cada pergunta, de forma que ela descreva o que a conversa com os familiares é para você.

Marque com um X o número:

- 1 se a prática acontece NUNCA
- 2 se a prática acontece RARAMENTE
- 3 se a prática acontece ÀS VEZES
- 4 se a prática acontece FREQUENTEMENTE
- 5 se a prática acontece SEMPRE

Esteja certo de dar uma resposta para todas as questões. Se você mudar de ideia sobre uma resposta, simplesmente faça um círculo em volta da resposta e marque com um X a outra.

DESAFIO Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

1. Eu faço perguntas para ver se o paciente entendeu o seu problema? 1 2 3 4 5
2. Eu peço para o paciente explicar com suas próprias palavras sobre seu tratamento?
1 2 3 4 5
3. Eu incentivo o paciente a seguir o tratamento proposto? 1 2 3 4 5

ENCORAJAMENTO E ELOGIO Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

4. Eu peço opiniões do paciente durante as consultas? 1 2 3 4 5
5. Eu elogio o paciente quando ele tem condutas adequadas ao seu tratamento? 1 2 3 4 5 6. Eu adapto o tratamento a rotina/realidade do paciente? 1 2 3 4 5

APOIO NÃO-VERBAL Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

7. Eu balanço a cabeça em gesto afirmativo demonstrando que estou entendendo o que o paciente fala? 1 2 3 4 5
8. Sem falar, eu demonstro pela expressão facial que apoio o paciente? 1 2 3 4 5
9. Demonstrado pela expressão facial entusiasmo sobre o que o paciente diz? 1 2 3 4 5
10. Demonstrar que apoio o paciente através dos olhos? 1 2 3 4 5
11. Olho para o paciente enquanto ele está falando? 1 2 3 4 5

COMPREENSÃO E RELAÇÃO AMIGÁVEL

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

12. Eu confio no paciente? 1 2 3 4 5
13. Eu explico novamente o que o paciente não entendeu? 1 2 3 4 5
14. Eu escuto se o paciente tem algo a dizer? 1 2 3 4 5
15. Eu percebo quando o paciente não entende? 1 2 3 4 5
16. Eu sou paciente como paciente? 1 2 3 4 5
17. Eu sou amigável como paciente? 1 2 3 4 5
18. Eu me preocupo com o paciente? 1 2 3 4 5
19. Eu sou alguém com quem o paciente pode contar? 1 2 3 4 5
20. Eu uso uma linguagem que o paciente entende? 1 2 3 4 5
21. Eu me preocupo com os medos e ansiedades do paciente? 1 2 3 4 5

CONTROLE Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

22. Eu deixo o paciente dar opinião sobre a forma de tratamento que irá adotar? 1 2 3 4 5

23. Eu me disponho a mudar a forma de tratamento se o paciente não consegue realizá-lo? 1 2
3 4 5

**ANEXO C - Parecer do comitê de ética e pesquisa
parecer consubstanciado do CEP
Dados do projeto de pesquisa**

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS: estratégia educativa em
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Pesquisadora: Carla Andréa Costa Alves de Campos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99567918.6.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.060.832

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da criança e do adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco da estudante CARLA ANDRÉA COSTA ALVES DE CAMPOS, sob orientação da Prof^a. Dr^a. ROSALIE BELIAN e coorientação da Prof^a. Dr^a. SILVIA SARINHO. O estudo reporta-se a uma pesquisa-ação com abordagem qualitativa multimetodológica utilizando a triangulação de dados: entrevistas individuais com os residentes de Pediatria do HUAA da UFAL e grupo focal com os familiares dos bebês internos na UTIN do HUAA da UFAL, utilização do protocolo SPIKES e o Questionário QCCM e MCS como DCS, além da observação participante da pesquisadora com seu diário de campo. O estudo será realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas. A amostra será não aleatória por conveniência. Serão incluídos os residentes de Pediatria do HUAA da UFAL que já participaram ou estão participando da rotina da UTIN e familiares que estiverem acompanhando seus filhos na UTIN do HUAA da UFAL no período da pesquisa e que concordarem em participar do estudo. Os participantes que tiverem impossibilidade de se comunicar, dificuldade mental para entendimento do projeto ou distúrbios emocionais serão excluídos da pesquisa. Será produzida intervenção educativa apoiada em recursos audiovisuais produzidos com as falas do grupo de familiares e dos residentes de Pediatria, além de recursos retirados da internet, baseados nas diretrizes do protocolo SPIKES. Após um mês da intervenção, serão aplicadas perguntas norteadoras pós-

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Página 01 de 06

UFPE - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -CAMPUS RECIFE -

Continuação do Parecer: 3.060.832

intervenção baseadas no questionário QCCM. Após a produção de informações serão eleitas as categorias a serem estudadas nos mapas dialógicos e repertórios linguísticos com a ajuda do software IRAMUTEQ.

Objetivo da Pesquisa:

Os autores descrevem como objetivo primário: Analisar as contribuições de intervenção educativa com recursos audiovisuais na sensibilização e motivação para comunicação de más notícias aos familiares de pacientes da UTIN do HUAA da UFAL, sob a percepção dos residentes de Pediatria do HUAA da UFAL.

Como objetivos secundários:

- Investigar a percepção dos familiares dos pacientes da UTIN do HUAA da UFAL sobre a comunicação de más notícias na UTIN.
- Verificar a percepção dos residentes de Pediatria sobre motivação e sensibilização para comunicação de más notícias em UTIN antes e após a intervenção educativa com recursos audiovisuais.

E como objetivos operacionais:

- Propor estratégia educacional com base em recursos audiovisuais para comunicação de más notícias em UTIN.
- Construir com os atores envolvidos a proposta de intervenção educativa baseada em recursos audiovisuais.
- Divulgar a intervenção educativa na internet para funcionar como educação permanente dos profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos as pesquisadoras apontam as alterações emocionais produzidas pelo envolvimento dos participantes com possibilidade de aumento da ansiedade ou tristeza ao conversar sobre a comunicação que é produzida com todo sentimento que o tema desperta. Além do medo e constrangimento por causa de uma possível quebra de sigilo. Para transpor esses possíveis riscos, contaremos com o apoio da psicologia do HUAA da UFAL, garantindo atendimento e tratamento necessários e realizados naquele hospital. Será resguardada a garantia de anonimato e sigilo de todos os participantes e dados obtidos na pesquisa. Como benefício direto a pesquisa trará a melhoria da comunicação entre os envolvidos. Falar sobre esse assunto suscita discussões que podem aliviar o estresse do momento crítico com familiares e

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Página 02 de 06

UFPE - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -CAMPUS RECIFE -

Continuação do Parecer: 3.060.832

profissionais, com conseqüente melhora do cuidado e desenvolvimento dos neonatos. Com relação ao benefício indireto, a redução das dificuldades de comunicação dentro da UTIN, leva à melhora na relação e organização dos participantes enquanto grupos, unindo forças para cobrar educação permanente e melhores condições de trabalho e de acolhimento para as famílias e para a equipe multiprofissional de saúde, com melhora na qualidade do serviço e na qualidade de vida para todos. As informações obtidas na pesquisa poderão ajudar o serviço de UTIN do HUAA da UFAL a valorizar e dar maior atenção ao tema, podendo direcionar acompanhamentos com profissionais especializados e treinamentos intensivos e permanentes aos profissionais, diretrizes para melhorar a comunicação dentro desse setor do hospital, assim como proporcionar maior apoio psicológico e social aos familiares através de

momentos de escuta das demandas de todos os envolvidos. A intervenção educativa construída na pesquisa também pode servir como modelo para melhorar a atividade comunicacional de outros setores dentro do hospital, como também poderá aprimorar a formação de recursos humanos para a saúde e dos estudantes de graduação nas áreas de saúde. Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo revela-se importante pela proposta de uma pesquisa ação que poderá contribuir na comunicação de más notícias em Unidade de Terapia Neonatal. Comunicar faz parte da prática diária dos profissionais de saúde e, quando esta tem a finalidade de transmitir más notícias, deve ser realizada com respeito, responsabilidade e sensibilidade. Saber se comunicar é um aprendizado social e contínuo e instrumentos audiovisuais podem fortalecer o vínculo e trazer conforto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: 1. Folha de Rosto – Conforme os preceitos éticos.

2. Cartas de Anuência – Conforme os preceitos éticos.

3. TCLE – Conforme os preceitos éticos.

4. Currículos dos pesquisadores – Adequados

5. Projeto Detalhado – Conforme os preceitos éticos.

6. O termo de Confidencialidade - Conforme os preceitos éticos 7. Cronograma e Orçamento – Conforme os preceitos éticos. 8. Instrumento de Coleta de dados – Conforme os preceitos éticos.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Página 03 de 06

UFPE - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -CAMPUS RECIFE -

Continuação do Parecer: 3.060.832

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O estudo foi avaliado como Aprovado Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades

desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto				PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P
ROJETO_1161954.pdf		28/11/2018 19:02:41		Aceito
Declaração de Instituição e	ACEITEHUDOUT.pdf		28/11/2018 18:59:12	Carla
Andréa Costa Alves de Campos		Aceito		

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Página 04 de 06

UFPE - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -CAMPUS RECIFE -

Continuação do Parecer: 3.060.832

Infraestrutura ACEITEHUDOUT.pdf 28/11/2018 18:59:12 Carla Andréa Costa Alves de Campos Aceito

TCLE / Termos de Assentimento /
Justificativa de

Ausência TCLEDOUTMEDICO.docx 28/11/2018 18:44:52 Carla Andréa Costa Alves de Campos Aceito

TCLE / Termos de Assentimento /
Justificativa de

Ausência TCLEDOUTCEPPACIENTES.docx 28/11/2018 18:44:21 Carla Andréa Costa Alves de Campos Aceito

Declaração de Instituição e
Infraestrutura anuenciautin.pdf 28/11/2018 18:38:59 Carla Andréa Costa Alves de Campos Aceito

Declaração de Instituição e
Infraestrutura anuenciapsico.pdf 28/11/2018 18:37:10 Carla Andréa Costa Alves de Campos Aceito

Outros Resposta.pdf 28/11/2018 18:36:20 Carla Andréa Costa Alves de Campos Aceito

Projeto Detalhado / Brochura

Investigador PROJETOCEPDOUT.docx 28/11/2018 17:48:56 Carla Andréa Costa Alves de Campos Aceito

Orçamento ORCAMENTOCEPDOUTPDF.pdf 26/09/2018 16:06:36 Carla Andréa Costa Alves de Campos Aceito

Cronograma CRONOGRAMADOUTCEP.docx 25/09/2018 17:05:30 Carla Andréa
 Costa Alves de Campos Aceito
 Outros COMPROVANTEDEVINCULO.pdf 04/09/2018 18:47:31 Carla Andréa
 Costa Alves de Campos Aceito
 Declaração de Pesquisadores TERMOCOMPROMISSOASSINADO.pdf 04/09/2018
 18:46:34 Carla Andréa Costa Alves de Campos Aceito
 Outros LATTESSILVIA.docx 04/09/2018 12:39:34 Carla Andréa Costa Alves de
 Campos Aceito
 Outros LATTESROSALIE.docx 04/09/2018 12:38:32 Carla Andréa Costa Alves de
 Campos Aceito
 Outros LATTESCARLA.docx 04/09/2018 12:37:08 Carla Andréa Costa Alves de
 Campos Aceito
 Folha de Rosto FOLHAROSTODOUTCEP.pdf 28/08/2018 19:09:56 Carla
 Andréa Costa Alves de Campos Aceito
 Situação do Parecer:
 Aprovado
 Necessita Apreciação da CONEP:
 Não
 Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da
 Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Página 05 de 06

UFPE - UNIVERSIDADE
 FEDERAL DE PERNAMBUCO -CAMPUS RECIFE -

Continuação do Parecer: 3.060.832
 RECIFE, 06 de Dezembro de 2018

Assinado por:

LUCIANO TAVARES MONTENEGRO

(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da
 Saúde

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO D – Normas da revista do artigo 1

Revista Bioética

Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/revistabioetica/normaseditoriais.pdf>

Normas editoriais

A Revista Bioética é publicação científica em acesso aberto que disponibiliza na íntegra em português, espanhol e inglês artigos de bioética e ética médica aprovados em sistema duplo cego. É publicada trimestralmente nos solstícios e equinócios. Idealizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) para fomentar a discussão multidisciplinar e plural, volta-se à formação acadêmica e ao aperfeiçoamento constante dos profissionais de saúde. Sua linha editorial, composição e atuação do Corpo Editorial são completamente independentes da plenária do CFM. Os autores são responsáveis pelas informações divulgadas nos artigos, que não expressam, necessariamente, a posição oficial do CFM.

CRITÉRIOS PARA ACEITAÇÃO DE TRABALHOS

A Revista Bioética não cobra pela submissão, edição ou publicação de manuscritos. Serão aceitos, apenas em versão on-line, manuscritos inéditos de natureza conceitual, documental, resultantes de pesquisa ou experiências no campo da bioética ou ética médica, e revisões críticas relacionadas a essas temáticas. Todos os manuscritos serão submetidos ao escrutínio dos editores, do Corpo Editorial e de pareceristas ad hoc em sistema duplo cego e devem receber dois pareceres de aprovação. A Revista Bioética recusará manuscritos que contrariem os Princípios Fundamentais da Constituição brasileira e, em específico, os artigos 1º, 3º e 4º, que garantem os direitos humanos e o repúdio ao racismo.

Após recebido, o manuscrito é conferido quanto ao tamanho do texto (máximo de 6 mil palavras) e do resumo (até 150 palavras), bem como formatado e verificado quanto à originalidade no programa Plagius (Detector de Plágio Profissional). Os resultados apontados pelo programa são criteriosamente analisados para verificar se as indicações se referem a citações ou a cópias indevidas. Nesta fase são também conferidas as referências, observando se estão completas, corretamente numeradas e apresentadas no estilo Vancouver, em conformidade com as normas editoriais, que podem ser encontradas no site <http://revistabioetica.cfm.org.br>, em português, inglês e espanhol. São observados também adequação à linha editorial, aspectos ortográficos e gramaticais, e conferidas as palavras-chave no banco dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O manuscrito retornará aos autores para ajustes e estes terão 15 dias para realizá-los, pois caso contrário o trabalho será retirado da pauta editorial.

Se a quantidade ou característica das alterações identificadas forem consideradas significativas, o manuscrito poderá ser recusado com orientação de possível reapresentação, mediante o cumprimento das especificações indicadas. Se nesta etapa não for necessário realizar nenhuma alteração, após o recebimento da versão retificada pelos autores inicia-se a fase seguinte do processo editorial.

Nesta etapa os pareceristas – integrantes do Corpo Editorial e avaliadores ad hoc – têm 15 dias para informar se poderão avaliar o trabalho. Caso os inicialmente designados não possam realizar esta tarefa voluntária no prazo estipulado, serão selecionados, dentre os colaboradores cadastrados, outros avaliadores e reiniciado o processo de solicitação de parecer. Quando três avaliadores aceitarem a incumbência, cada um deles terá 15 dias para emitir o parecer. Os critérios considerados nas avaliações são conteúdo, enquadramento à linha editorial, originalidade das ideias apresentadas, atualidade, clareza do texto, adequação da linguagem, relevância das informações, coerência e lógica conceitual e metodológica. Além desses

aspectos, são analisados o título, o resumo, a indicação e o nome das partes do manuscrito, a indicação dos objetivos, o método, a apresentação de resultados, a discussão e as considerações finais. São verificadas ainda as referências, considerando sua adequação e atualização.

O critério para seleção dos pareceristas busca contemplar a mais ampla diversidade analítica possível, em consonância com a interdisciplinaridade do campo da bioética. Cada artigo é enviado para avaliador com formação na área específica do trabalho (especialidades da saúde e biologia, direito, filosofia, ciências sociais etc.), para outro que estude ou já tenha discutido o tema (iniquidades em saúde, direitos humanos, aborto, distanásia, genética, ética em pesquisa etc.) e, ainda,

para bioeticista com formação lato ou stricto sensu em bioética para avaliar a utilização de conceitos e categorias éticas. Para a aprovação final, pode ser necessária nova adequação ou reformulação de partes do artigo, título ou referências, conforme recomendado no parecer sumulado, ao qual os autores deverão responder em até 20 dias.

Em qualquer etapa os editores reservam-se o direito de promover alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical nos textos, com vistas a manter o padrão culto da língua e a melhor compreensão dos artigos, respeitando, porém, o estilo dos autores. Caso os autores decidam pela não publicação do manuscrito, após a edição inicial, a versão editada pela Revista Bioética pertencerá à revista, não podendo ser enviada a outro periódico. A versão final copidescada, com revisão ortográfica e gramatical, será submetida aos autores para aprovação. Entretanto, a revisão final do artigo diagramado nos três idiomas, bem como as provas de gráfica, não será enviada aos autores, assim como a tradução dos artigos para o inglês e o espanhol, publicados on-line no site da revista e nos indexadores Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Scopus.

REQUISITOS PARA APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS

- Serão aceitos manuscritos inéditos, em português, espanhol ou inglês. Trabalhos publicados em repositório institucional não são considerados inéditos.
- Em cada idioma devem ser seguidas as regras ortográficas correntes.
- Os trabalhos apresentados devem ser postados na página da Revista Bioética no link: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/about/submissions#onlineSubmissions em formato Rich Text Format (RTF) do Word.
- Não serão aceitos – em hipótese alguma – trabalhos em formato PDF.
- Poderão ser retirados após a submissão os manuscritos nos quais se identificar o uso do recurso “controle de alterações”.
- Os trabalhos não podem ter sido encaminhados concomitantemente a outros periódicos.
- As opiniões e os conceitos apresentados nos artigos, a procedência e a exatidão das citações são de responsabilidade dos autores.
- Serão sumariamente recusados manuscritos que reproduzirem na totalidade ou em partes, sem a devida referência, trabalhos de outros autores, bem como artigo, ou parte substancial deste, já publicado pelo próprio autor.

IDENTIFICAÇÃO DE ARTIGOS

- Os manuscritos devem, OBRIGATORIAMENTE e por novas exigências do SciELO, ser acompanhados por folha inicial, contendo:
 - » Título do artigo (até 10 palavras).
 - » Nome completo de cada autor, acompanhado de endereço eletrônico.
 - » Maior titulação acadêmica (graduando(a); graduado(a); especialista; mestre; doutor(a); livre-docente).
 - » Vinculação institucional.
 - » Curso ou programa, departamento e faculdade/universidade (OBRIGATÓRIO no caso de estudantes e professores).
 - » Orcid de cada autor.
 - » Cidade, estado, país.

Observação: os trabalhos que não apresentarem tais informações logo na fase inicial não seguirão o trâmite editorial.

- Em separado, informar o nome completo do primeiro autor e o endereço postal, que será publicado na última página dos artigos. Deve ser enviado também o número de telefone, que não será publicado e será utilizado exclusivamente para troca de informações com a equipe editorial em caráter de urgência.
- Caso o primeiro autor não seja o responsável pelo contato com os demais autores acerca de revisões até a aprovação final do trabalho, especificar nome, telefone e endereço eletrônico do responsável.
- As colaborações individuais de cada autor na elaboração do manuscrito devem ser especificadas ao final.
- Caso o trabalho tenha sido anteriormente submetido a outro periódico e não publicado, deve-se identificar o referido veículo e, se necessário, comprovar que o trabalho não será publicado naquele periódico.

FORMATAÇÃO DE ARTIGOS

- Os artigos devem ser formatados em tamanho de página A4, fonte Carlito, tamanho 10,5, espaço 1,5, margens de 2,5, em alinhamento justificado.
- Os títulos devem ser destacados em verde e escritos na forma corrente, ou seja, somente são grafados em maiúscula a primeira letra da sentença e os nomes próprios. Não deve haver entrada de parágrafo ou qualquer outra marca de formatação que aumente ou diminua a distância entre eles.
- O texto deverá ter até 6 mil palavras. O limite de palavras não inclui as referências, a identificação do trabalho e os resumos nas três línguas, considerados à parte.
- Os artigos em português devem trazer um resumo conciso, com no máximo 150 palavras, além de tradução para espanhol e inglês (resumen e abstract).
- O título também deve ser conciso e explicativo (até 10 palavras), apresentado nos três idiomas.
- Cada resumo deve ser acompanhado de no mínimo três e no máximo sete palavras-chave, descritoras do conteúdo do trabalho e que possam auxiliar sua indexação múltipla. As palavras-chave devem ser retiradas do banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS – <http://www.bireme.br/php/decsws.php>) e listadas ao final dos resumos no idioma original, em espanhol e inglês, grafadas com inicial maiúscula e separadas por ponto.

- Os textos devem ser divididos em seções, com títulos e subtítulos, quando necessário. Cada uma dessas partes ou subpartes deve ser destacada em verde, nunca por numeração progressiva. Para explicitar um subtítulo dentro de um título, deve ser usado o recurso itálico.
- Quando um autor for citado no corpo do texto, colocar unicamente o número da referência ao final da citação, em fonte sobrescrita, conforme exemplo: Potter 1.
- Tratados internacionais citados no corpo do texto devem ser grafados em itálico (exemplo: Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos ou Declaração de Helsinkí).
- Não serão aceitos trabalhos com notas de rodapé. Toda e qualquer explicação ou consideração deve ser inserida no corpo do texto.

ARTIGOS DE PESQUISA

- A publicação de trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos é de responsabilidade dos autores e deve estar em conformidade com as Normas e Diretrizes para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/2012) e com a Resolução CNS 510/2016 sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Devem ser considerados ainda os princípios da Declaração de Helsinkí da Associação Médica Mundial (1964 e reformulações subsequentes, anteriores a 2008), além de atender à legislação específica do país onde a pesquisa foi desenvolvida.

- Pesquisas empreendidas no Brasil devem informar o número do parecer de aprovação no Sistema CEP/Conep, além de anexar, na plataforma de submissão, a cópia do parecer de aprovação.
- A Revista Bioética apoia as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Internacional Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional em acesso aberto de informação sobre estudos clínicos. Portanto, só serão aceitos artigos de pesquisa sobre ensaios clínicos que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS/ICMJE, o qual deve ser apresentado ao final do resumo.
- A descrição do método de pesquisa deve ser completa e detalhada. É indispensável identificar quais foram os sujeitos de pesquisa, como, onde e quando foi realizado o estudo, quais técnicas de levantamento e análise de dados foram empregadas, incluindo o nome dos programas utilizados e medidas de mensuração adotadas.
- Quando da aprovação de artigos de pesquisa, os autores devem enviar um termo de responsabilidade referente ao conteúdo do trabalho, atestando, inclusive, a inexistência de conflito de interesse que possa ter influenciado os resultados.

AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Bioética considera que a submissão do trabalho à análise dos editores e do Corpo Editorial caracterizam a aceitação dos autores para publicação. Quando aceito o artigo, todos os autores devem enviar a autorização para publicação da versão final por meio eletrônico; o principal autor também deve fazê-lo por escrito, na forma de carta, assinada de próprio punho,

endereçada à Revista Bioética, conforme modelo enviado pelos editores. Os artigos publicados estarão sob a guarda da Revista Bioética, que deve ser citada em caso de reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico.

QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Cada artigo só pode ser acompanhado de três quadros, tabelas ou figuras, formatados no corpo do texto, abertos para revisão e não copiados em formato de imagem ou PDF. Figuras não editáveis deverão ser encaminhadas em extensão JPEG ou TIF, com resolução mínima de 300 dpi. Devem ser numeradas sequencialmente e indicar a fonte das informações apresentadas na parte inferior. Nos quadros, identificar as medidas estatísticas de variações, como o desvio padrão e o erro padrão da média.

REFERÊNCIAS

- As referências, em sua maioria, seguirão as normas propostas pelo ICMJE, no estilo Vancouver com algumas adaptações: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
 - As referências devem ser indicadas em algarismos arábicos sobrescritos (por exemplo, Potter 2) e numeradas consecutivamente, pela ordem em que forem sendo citadas.
 - Todas as referências devem ser listadas, ao final do artigo, na ordem numérica correspondente.
 - Todas as citações das fontes apresentadas no texto devem fazer parte das referências, incluindo documentos, tratados, reportagens, livros e capítulos de livros.
 - Todas as referências eletrônicas utilizadas também devem informar na lista ao final o link ou DOI e a data de acesso.
-
- Referências literais, que reproduzem *ipsis litteris* texto já publicado, devem informar na lista de referências ao final o número de página no original da qual o trecho foi retirado.
 - As referências citadas apenas em quadros ou legendas de figuras devem estar de acordo com a sequência estabelecida.
 - Nas referências, artigos com até seis autores devem informar todos os nomes, conforme exemplo a seguir. Quando esse número for excedido, deve-se informar os primeiros seis autores seguidos de et al.
 - Deve-se sempre buscar a referência original que se quer destacar e evitar referência de segunda ordem, ou seja, quando o autor citado está se referindo a outro. Se o apud for inevitável, isso deve ser explicitado no texto. Por exemplo: “Analisando o trabalho de Potter, Pessini 3 descreve...”.
 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo, conforme os exemplos a seguir. Títulos de livros, local e nome de editoras não devem ser abreviados.
 - Não serão aceitos – em hipótese alguma – artigos com referências feitas por meio de recursos de formatação de programas de edição de texto, como “Controle de alterações”, “Notas de rodapé” e/ou “Notas de fim”.
 - Não serão aceitos artigos com referências em ordem alfabética.
 - A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade dos autores.

ANEXO E – Normas para revista artigo 2

Revista Saúde e Pesquisa

Disponível em: Submissões | Saúde e Pesquisa (unicesumar.edu.br)

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e que não estejam em avaliação simultânea em outro periódico. A submissão de um artigo para avaliação em vários periódicos simultaneamente constitui grave falta de ética do autor; O arquivo não deve conter nenhuma informação que identifique os autores;
- Conter no máximo seis autores na elaboração do artigo;
- Item obrigatório 1 - Cadastrar os coautores no momento da submissão no 3º passo - Dados da submissão – Lista de coautores. Submissões incompletas quanto ao preenchimento correto serão rejeitadas. Veja Tutorial de cadastro de artigo;
- Item obrigatório 2 - Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB) e não contenham informações pessoais e ocultas.
- Item obrigatório 3 - Ler e preparar o artigo conforme os itens 1.9; 1.9.1 que está descrito em normas de Submissão no site;
- Item obrigatório 4 - que a autoria do manuscrito declare a existência ou não de conflitos de interesse. Veja o item 1.9.3;
- O número de figuras, tabelas, gráficos e quadros aceitos no artigo deverá ser no máximo de 7 (sete) no conjunto. Tabelas e quadros não devem ultrapassar uma página;
- Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.
- O texto segue os padrões de estilo Vancouver e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Submissões.

Diretrizes para Autores

1 ORIENTAÇÕES GERAIS:

1.1 - A revista enfatiza ao(s) autor(es) que busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em língua portuguesa, inglesa e espanhol) antes de submeter(em) originais que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa “meu estudo...”, ou primeira pessoa do plural “percebemos...”, pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.

1.2 Publicação bilíngue

Visando à internacionalização da Revista Saúde e Pesquisa, a partir do v. 13, n. 2 (2020), a publicação do artigo será bilíngue. Após o aceite do artigo para publicação o processamento será o seguinte.

- Artigos submetidos em português deverão ser traduzidos para o inglês;
- Artigos submetidos em inglês deverão ser traduzidos para o português;
- Artigos submetidos em espanhol deverão ser traduzidos para o inglês.

1.2.1 A revisão do artigo (correção ortográfica e gramatical, no idioma da submissão) e a tradução, bem como, os custos da tradução e revisão do manuscrito aprovado são de responsabilidade do(s) autor(es) dos artigos. Estes deverão enviar os textos (exemplo: português e inglês) com o envio da declaração emitida pelos revisores/tradutores credenciados no Item 6>

1.3 Taxas de Processamento de Artigo (Article Processing Charge - APC) e Submissão: A revista Saúde e Pesquisa não cobra nenhuma taxa para avaliação de manuscritos e publicação de artigos;

1.4 Para submissão de manuscritos no idioma inglês e espanhol, obrigatoriamente deverá passar por revisores e/ou tradutores certificados na língua estrangeira, indicados pela revista Saúde e Pesquisa, ver item 6;

1.5 Autores 1: Conter no, máximo seis autores na elaboração do artigo, e se enquadrar em uma das diferentes seções da revista, descritas no item 2 - Tipos de artigos publicados;

1.6 Autores 2: Como publicação de referência na área, a revista exige o grau mínimo de "Doutor" para autores interessados na submissão de artigos. No caso de autoria coletiva, pelo menos, um dos autores deve possuir tal titulação.

1.6.1 Autores 2: As informações relacionadas aos autores (nome, e-mail; Instituição/afiliação, URL lattes, ORCID) deverão ser preenchidas obrigatoriamente no momento da submissão do artigo no 3º passo - Dados da submissão – Lista de coautores. Clique Tutorial de Cadastro de Artigo;

1.7 Os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Normas para envio de artigos, bem como o arquivo formatado corretamente (Anexo 1 e Anexo 2) e com os documentos obrigatórios transferidos no momento da submissão (Ver o item 1.9 completo - Check-list, Parecer do CEP e Declaração de Conflito). Caso contrário, serão rejeitados e os os (as) autores (as) serão informados por e-mail para correções e orientados a realizar nova submissão, caso haja necessidade;

1.7.1 O(s) autor(es) se responsabiliza(m) integralmente pelo conteúdo dos textos enviados. Todos os conteúdos publicados na Revista Saúde e Pesquisa estão sob licença da Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

1.8 Somente para Artigos Aceitos - Prova Prelo: Após os trâmites de aprovação a Prova do Prelo (Artigo Diagramado) será enviado ao autor de correspondência por e-mail indicado. O autor deverá enviar o retorno no prazo de 48 h a partir da data de envio, informando a autorização da publicação para Núcleo Apoio à Editoração e Pesquisa (NAEP). Neste momento não serão aceitas grandes alterações na versão aprovada.

1.9 DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA: Além do manuscrito, os autores devem enviar no momento da submissão o Check-list como documento suplementar no ITEM 2 - TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO;

1.9.1 CheckList Abrir documento, os autores devem utilizar este arquivo para a elaboração do manuscrito conforme as normas da revista Saúde e Pesquisa, o mesmo deverá ser preenchido e transferido no momento da submissão, conforme orientação no item 1.9;

1.9.2 A Carta de aprovação do Comitê de Ética, em se tratando de pesquisas com seres humanos ou animais, deverá ser anexada após o aceite do artigo conforme informações que serão enviadas posteriormente. O número da aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa deverá constar na seção métodos/metodologia;

1.9.3 Conflitos de Interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos que possam influenciar na avaliação do seu trabalho. A não declaração de possíveis conflitos de interesse irá pressupor a inexistência dos mesmos. (Clique [AQUI](#) e faça o download do exemplo).

2 TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS (SEÇÕES)

- Artigos Originais: divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução; Metodologia; Resultados; Discussão e conclusão. A seção Agradecimentos é opcional;
 - Relatos de Caso ou Técnicas: apresentação da experiência profissional, baseada em estudo de casos peculiares e/ou de novas técnicas;
 - Promoção da Saúde: trabalhos inéditos com o tema: Promoção da Saúde.
 - Artigos de Revisão: Artigos de revisão a partir de 2016 serão aceitos apenas por convite do editor. Sugestões de assuntos para artigos de revisão podem ser feitas diretamente ao editor, mas os artigos não podem ser submetidos sem um convite prévio (limites máximos: 4.000 palavras, título, resumo não estruturado, 7 figuras ou tabelas no total e 40 referências no máximo).
- SEÇÃO SUSPensa TEMPORARIAMENTE

3 NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

3.1 A revista Saúde e Pesquisa publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação simultânea em outro periódico. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificado a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão de um artigo para avaliação em vários periódicos simultaneamente constitui grave falta de ética do autor;

3.2 O procedimento adotado para aceitação definitiva será:

- Primeira Etapa: Seleção dos artigos segundo critérios editoriais. O Conselho Editorial constitui a instância responsável por essa etapa;

•Segunda Etapa: Se o conselho editorial achar necessária solicitação de parecer de Consultores ad hoc. Os pareceres comportam três possibilidades:

- a) Aceitação na íntegra;
- b) Aceitação com modificações;
- c) Recusa integral.

3.3 Em sendo aprovado, o artigo será publicado no primeiro número da revista com espaço disponível.

3.4 O periódico não tem como critério exclusivo de publicação a ordem cronológica na qual recebe os textos e sim sua aceitação nas etapas descritas acima. O Conselho Editorial não se compromete a devolver os originais enviados.

3.4.1 O prazo médio entre submissão, avaliação dos editores, peer-review e eventual aprovação para publicação é de cinco meses.

3.5 Direitos Autorais: Os direitos autorais para os artigos publicados nesta revista são de direito do autor, com direitos da revista sobre a declaração de concessão enviada pelos autores para a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente a revista Saúde e Pesquisa como o meio da publicação original. Em virtude de tratar-se de um periódico de acesso aberto, é permitido o uso gratuito dos artigos, principalmente em aplicações educacionais e científicas, desde que citada a fonte original.

3.6 Política contra má Conduta e Plágio em Pesquisa A Ética na Pesquisa quanto aos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, são de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas compostas na Declaração de Helsinki abrir (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 2000 e 2008) da Associação Médica Mundial. Para pesquisas que apresentam resultados envolvendo Seres Humanos no Brasil, obrigatoriamente os autores devem observar, integralmente, as normas constantes na Resolução CNS RESOLUÇÃO Nº 510, de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde Abrir. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção “Metodologia”, que o consentimento dos sujeitos foi obtido e a indicação de que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, bem como citar o número do parecer ou protocolo de aprovação.

3.7 Ética na Pesquisa Animal Estudos que envolvam experimentos envolvendo animais, deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008; e as normas estabelecidas no Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos), de 1996, e os Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA Abrir. O(s) autor(es) devem mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), credenciada pelo Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA), órgão integrante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

3.8 Ensaio Clínicos: Para os Ensaio Clínicos, é obrigatório a indicação do Número do Registro do ensaio no CheckList e também através da apresentação através do envio em Documentos Suplementares no momento da submissão. A revista Saúde e Pesquisa aceita

qualquer registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas Abrir. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço Abrir.

3.9 Critérios de Autoria: A revista Saúde e Pesquisa adota os critérios de autoria para artigos segundo as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors ICMJE Abrir. Desta maneira, apenas aquelas pessoas que colaboraram diretamente para o conteúdo intelectual do manuscrito devem ser listadas como autores.

Abaixo os três principais critérios que os autores devem observar, de forma a poderem ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho:

1. Ter concebido e planejado as atividades que levaram ao trabalho ou interpretado os resultados a que ele chegou, ou ambos;
2. Ter escrito o trabalho ou revisado as versões sucessivas e tomado parte no processo de revisão;
3. Ter aprovado a versão final.

Além dos itens acima a revista Saúde e Pesquisa também considera a participação no artigo os itens abaixo:

1. Concepção e delineamento;
2. Procedimentos técnicos;
3. Aquisição dos dados;
4. Análise estatística;
5. Preparação do manuscrito.

A responsabilidade pela temática dos manuscritos submetidos à revista Saúde e Pesquisa é dos autores. Embora as informações nesta Revista sejam consideradas original e real ao serem publicadas, tanto o Editor, bem como os membros do Conselho Editorial não podem aceitar qualquer responsabilidade legal por quaisquer erros ou omissões que possam ser feitas. Pessoas que não preencham tais requisitos, podem ser citadas na seção Agradecimentos.

4 NORMAS GRÁFICAS

4.1 A partir de 2018 a revista Saúde e Pesquisa adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou veja aqui (versão traduzida em português).

4.2 Formatação do artigo

Todos os artigos submetidos devem seguir criteriosamente as Normas submissão e Diretrizes para autores da Revista Saúde e Pesquisa.

Artigos submetidos fora das Normas de formatação, bem como submetidos com cadastro incompletos em metadados no Passo 3 – submissão, que tenham a falta de: Id ORCID; Id Lattes; não preenchimento da filiação; não preenchimento em "Resumo da biografia" os itens: última titulação acadêmica, departamento/programa de mestrado/doutorado e IES vinculados, bem como cidade, estado e país, serão automaticamente arquivados/rejeitados na pré-avaliação. Orientamos que façam o download dos arquivos de apoio: Tutorial de Cadastro de Artigo (Item 1.6.1), Anexo 1 e Anexo 2.

Clique aqui para saber como preparar o artigo dentro das normas de formatação da revista para artigos científicos (Anexo 1)

5REFERÊNCIAS

A revista Saúde e Pesquisa adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Estilo Vancouver, disponível no site: veja aqui (versão traduzida em português).

Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Portanto, devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver.

- Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.
- Quando o documento possuir de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula. Quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina "et al".
- Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: Aqui.
- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: Aqui eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
- Com relação à abreviatura dos meses dos periódicos - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver.
- As referências deverão conter o DOI

