

---

## O VÍDEO FEEDBACK NO FORTALECIMENTO DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

*THE VIDEO FEEDBACK IN STRENGTHENING OF HEALTH COMMUNICATION*

Débora Aparecida SANTIAGO-GREGÓRIO<sup>1</sup>  
Kellem Regina Rosendo VINCHA<sup>2</sup>  
Ana Maria CERVATO-MANCUSO<sup>3</sup>

### Resumo

Com o objetivo de identificar a aplicabilidade do vídeo *feedback* na facilitação grupal como técnica para qualificar a comunicação por meio da autoavaliação, foi realizado um estudo exploratório, à luz do Interacionismo Simbólico, com 11 profissionais da saúde do município de São Paulo. Os dados foram produzidos dentro de grupos educativos em dois Momentos (1 e 2) compostos por etapas de filmagem do profissional, exibição da filmagem, entrevista semiestruturada e qualificação da comunicação, sendo a última realizada apenas no Momento 1. Os dados das entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática. Das falas dos Momentos 1 e 2 emergiram as mesmas categorias, mas com perspectivas diferentes. Enquanto no momento 1 os profissionais percorreram o reconhecimento ou não de sua comunicação, trazendo suas dificuldades e potencialidades, no Momento 2 alguns evidenciaram a comunicação consciente como fator preponderante de sua melhoria. A técnica de vídeo *feedback* foi considerada aplicável na rotina de trabalho desses profissionais, mas com necessidade de adequações de acordo com o contexto. A técnica parece ser promissora para a Educação Permanente em Saúde, resultando no fortalecimento de seus princípios em consonância com os propósitos da Atenção Primária à Saúde, sobretudo quando se trata de grupos educativos.

**Palavras-chave:** Autoavaliação; Comunicação em Saúde; Educação Continuada; Atenção Primária à Saúde.

---

<sup>1</sup> Nutricionista da Prefeitura Municipal de São José dos Campos/SP, mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Email: debora.santiago@hotmail.com

<sup>2</sup> Professora substituta na Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Email: kvincha@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Professora associada ao Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Email: cervato@usp.br

## **Abstract**

With the objective of identifying the applicability of video feedback in group facilitation as a technique to qualify communication through self-assessment, an exploratory study was carried out based on Symbolic Interactionism and 11 health professionals of the São Paulo city were involved. This study was developed within educational groups in two moments (1 and 2) composed by stages of the filming of the professional, filming exhibition, semi-structured interview and communication qualification, the last one being held only in moment 1. The data of the interviews were analyzed through the Thematic Content Analysis. The same categories emerged from moments 1 and 2, but with different perspectives. While in moment 1 the professionals recognized or not their communication, reporting their difficulties and potentialities, in the Moment 2 some of them evidenced the conscious communication as a preponderant factor of its improvement. The video feedback technique was considered applicable in the work routine of these professionals, but with the need for adjustments according to the context. The technique seems to be promising for the Permanent Education in Health, resulting in the strengthening of its principles in consonance with the purposes of the Primary Health Care, especially about educational groups.

**Key words:** Self-Assessment; Health Communication; Education continued; Primary Health Care.

## **Introdução**

A comunicação é uma competência a ser adquirida pelos egressos nos cursos de graduação na área da saúde (BRASIL, 2011), sendo influente na incorporação das demais habilidades e competências requisitadas; afinal, o eixo central do trabalho desses profissionais é a relação interpessoal na qual o processo comunicativo se faz inserido (SILVA, 2014).

Por mais que o tema comunicação seja abordado durante a graduação, a rotina profissional inibe a autopercepção do comportamento no ambiente de trabalho (DAY, 1974<sup>4</sup> apud SILVA, 2014), interrompendo a prática constante do conhecimento técnico-científico adquirido há tempos. Assim, a necessidade de desenvolvimento contínuo dos profissionais em relação à comunicação em saúde acentua a importância da inclusão desse tema nos espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS), que devem prezar pela aprendizagem no trabalho e para o trabalho, tendo por base a aprendizagem significativa e a transformação das práticas profissionais construídas a partir da problematização da realidade de trabalho, dos conhecimentos e das experiências dos envolvidos (BRASIL, 2009).

---

<sup>4</sup> DAY, R.H. **Psicologia da percepção**. 24 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1974.  
v. 3, n. 1, p. 19-37, 2019

Sabendo que os profissionais que atuam como mediadores de grupos educativos precisam estimular o compartilhamento de vivências e conhecimentos – envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (SILVA; SOARES, 2013)–, a prática da comunicação terapêutica por esses profissionais merece devida atenção para que suas ações no cuidado sejam efetivas.

A comunicação terapêutica é compreendida como:

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

De modo geral, a comunicação terapêutica é alcançada pela sincronia, ou pelo menor distanciamento da comunicação verbal e da não verbal (STEFANELLI; CARVALHO, 2005). A primeira contempla as palavras expressas em falas e escritas (SILVA, 2014), por meio das quais as ideias são expostas, as experiências são compartilhadas e os significados das mensagens são validados (STEFANELLI, 1993). A segunda ocorre por meio de gestos, expressões faciais, características físicas, distância mantida entre as pessoas, maneira com que as palavras são proferidas e outros recursos capazes de emitirem mensagens, exceto pelas palavras (SILVA, 2014).

Reconhecidos seus conceitos, destaca-se que a comunicação pode ser aperfeiçoada pelos profissionais da saúde em benefício do cuidado dos usuários dos serviços. Alguns autores recomendam estratégias como: realizar a interação em ambientes confortáveis, manter contato visual e inclinar-se para os usuários enquanto fala ou escuta, verbalizar aceitação e interesse pela fala do outro, fazer gestos sincronizados e que ilustrem o que está sendo dito em palavras (DICKSON; HARGIE; MORROW, 1989; HOLLI; CALABRESE, 1986; SILVA, 2014; STEFANELLI, 1993). Contudo, essas e outras estratégias devem ser adaptadas ou não de acordo com o contexto, que implica em considerar os objetivos e as características comportamentais das pessoas envolvidas no processo comunicativo.

Assim sendo, quando se trata da comunicação terapêutica no ambiente grupal, o profissional precisa estar atento à linguagem verbal e não verbal dos participantes em interação para que, interpretando suas mensagens, ele consiga mediar o grupo

ao alcance dos seus objetivos. Contudo, para melhor interpretar o outro, o autoconhecimento é tarefa primordial, à medida que possibilita a análise do quanto as dimensões emocionais estão em consonância com aquilo que é verbalizado, potencializando a comprovação da intencionalidade da mensagem enviada aos participantes e evitando mal-entendidos (RENNÓ; CAMPOS, 2014).

Uma técnica que propõe o exercício do autoconhecimento em comunicação é o vídeo *feedback*. Descrita por Kurtz, Silverman e Draper (2005) como padrão ouro para ensinar sobre comunicação verbal e não verbal, a técnica consiste na gravação em áudio e vídeo de um indivíduo que posteriormente visualiza a filmagem criticamente (FUKKINK; TRIENEKENS; KRAMER, 2010).

Estudos que utilizam o vídeo *feedback* para aprimorar o processo comunicativo de profissionais da saúde têm sido realizados à nível de atendimento individual com enfermeiros (AMMENTORP, 2007; NOORDMAN; WEIJDEN; DULMEN, 2014; VAN-WEERT *et al.*, 2011), médicos (AMMENTORP, 2007; NOORDMAN; VERHAAK; DULMEN, 2011) e estudantes de Medicina (HUNUKUMBURE; SMITH; DAS, 2017). Também são verificados estudos que utilizam a técnica em questão para averiguar a autopercepção do processo comunicativo na prática profissional de enfermeiros (PEREIRA; SILVA, 2000) e de docentes de Enfermagem (AMORIM; SILVA, 2014). Contudo, a autoavaliação da comunicação de profissionais da saúde atuantes no ambiente grupal ainda não parece consolidada.

Nos grupos educativos são abordados diversos temas intrínsecos do cuidado com a saúde, dentre os quais se inclui 'alimentação e nutrição' (CARVALHO-GEBRAN; VINCHA; CERVATO-MANCUSO, 2018). O estímulo ao pensamento crítico dos participantes desses grupos sobre suas escolhas alimentares é previsto no campo da Educação Alimentar e Nutricional (EAN), frente ao seu conceito definido no Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (BRASIL, 2012). Para tanto, neste documento consta que os profissionais envolvidos em ações que tratam sobre o tema devem ter acesso a programas de formação e de EPS que possibilitem a formulação e ampliação do acesso a métodos de ensino para a prática de EAN. Nesse sentido, técnicas que permitem a autoavaliação podem colocar em evidência potencialidades dos profissionais sujeitas a serem consideradas nos grupos educativos que tratam sobre alimentação e nutrição.

Diante do apresentado, os objetivos do estudo foram: conhecer a percepção de profissionais da saúde, que tratam sobre alimentação e nutrição em grupo, sobre sua

comunicação a partir da autoavaliação, assumindo que a efetividade dos grupos educativos é influenciada pelo modo como eles interpretam a comunicação e suas aplicações na saúde; e conhecer a percepção desses profissionais sobre a aplicação do vídeo *feedback* como técnica de EPS no processo comunicativo.

### **Encaminhamento metodológico**

O estudo é do tipo exploratório à luz da abordagem qualitativa, sob a perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, cujas premissas permitem interpretar a influência de novos conhecimentos sobre as (re)significações de coisas e situações que conduzem a ação humana (BLUMER, 1986).

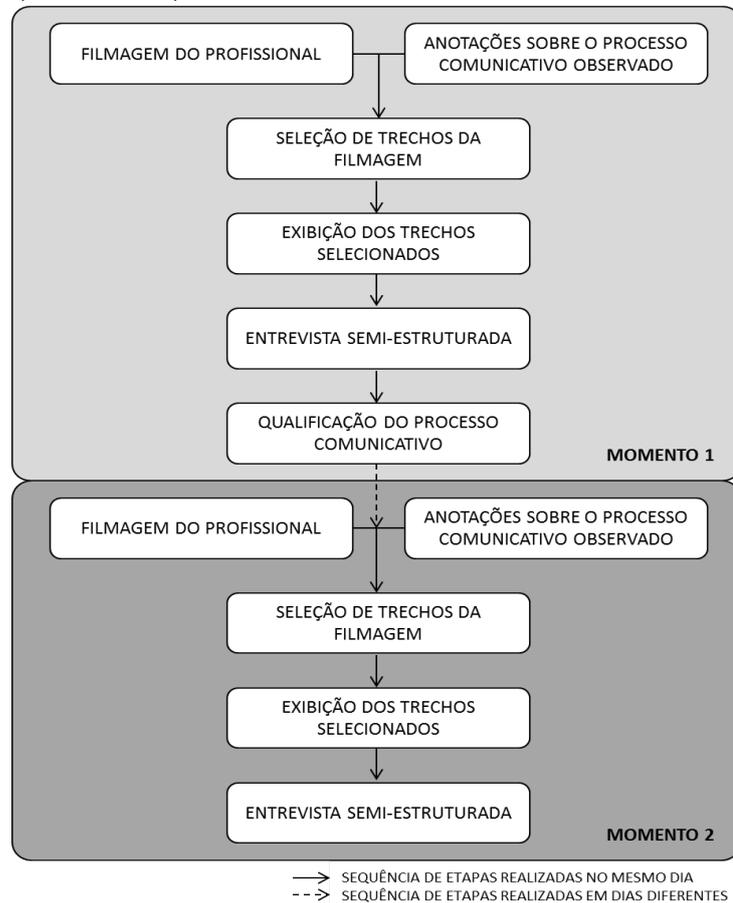
Os dados foram produzidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Paulo, configurada como UBS mista por conter equipes de modalidades tradicionais e de Estratégia Saúde da Família (ESF). Estas, por sua vez, são formadas por enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de promoção ambiental, profissionais da saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física), responsáveis pelo acompanhamento de aproximadamente 17700 usuários.

Para o estudo foram convidados a participar, de forma voluntária, os profissionais das equipes de ESF que: mediavam grupos educativos cujo tema alimentação e nutrição se fazia presente em pelo menos um de seus encontros; mediavam grupos com uma programação de encontros compatível com o período de trabalho em campo para realização de dois momentos (equivalentes a dois dias) de investigação; tinham disponibilidade de tempo para cumprimento das etapas de investigação. O número de profissionais envolvidos foi baseado na constatação de saturação teórica (MINAYO, 2004) para três pré-categorias elaboradas na pesquisa que embasa o presente artigo.

Os dados foram produzidos no período de julho a novembro de 2015, a partir de uma sequência de etapas que caracterizou a técnica de vídeo *feedback* realizada em dois momentos de investigação (Figura 1), agendados conforme a disponibilidade dos profissionais, sendo possível que cada profissional fosse acompanhado mediando

dois encontros do mesmo grupo ou encontros de dois diferentes grupos (um no Momento 1 e outro no Momento 2).

**Figura 1:** Etapas do vídeo *feedback* segundo os momentos de investigação (1 e 2) da produção de dados, São Paulo, 2016.



Fonte: Elaborada pelos autores

O momento 1 foi composto pelas etapas: filmagem do profissional e anotações sobre o processo comunicativo observado, seleção de trechos da filmagem, exibição dos trechos, entrevista semiestruturada e qualificação do processo comunicativo.

Para a filmagem foi utilizada uma câmera sobre um tripé, a qual permaneceu ligada e focalizada no profissional enquanto o mesmo mediava o grupo. Concomitantemente à filmagem, foram feitas anotações sobre o processo comunicativo observado, de modo a ser registrado o tempo em que as principais fragilidades e potencialidades comunicativas do profissional aconteciam. Depois, esses trechos foram exibidos em um computador portátil por meio do programa *Windows Media Player*.

Na sequência, o profissional participou de uma entrevista semiestruturada (GIL, 1999) gravada em áudio e guiada por um roteiro de questões (testado previamente) que, além de identificar o profissional e o grupo educativo filmado, procurava conhecer a percepção do profissional quanto à sua comunicação verbal e não verbal a partir do vídeo *feedback* e quanto à aplicação da técnica na sua prática profissional.

Ainda no Momento 1, realizou-se a qualificação do processo comunicativo do profissional (HOLLI; CALABRESE, 1986; SILVA, 2014) na configuração de uma EPS. Para tanto, os trechos da gravação pré-selecionados foram reexibidos ao profissional, dessa vez sendo realizadas pausas para facilitar os processos de ensino e aprendizagem diante da discussão de itens sobre comunicação – nomeados de acordo com as classificações de Silva (2014) e Holli e Calabrese (1986) – observados em determinadas cenas. Com o intuito de valorizar as particularidades comunicativas dos profissionais e de respeitar o tempo disponibilizado para realização do vídeo *feedback*, foi abordada a quantidade de itens que fosse necessária com cada um deles, priorizando aqueles identificados pelo profissional durante a exibição do vídeo e a entrevista.

Para a autoavaliação foram utilizadas perguntas disparadoras, como: “o que você estava pensando/sentindo neste momento que estamos visualizando na filmagem?”, “qual mensagem você gostaria de transmitir?”, “você acredita que conseguiu transmitir a mensagem que gostaria?”. Depois, houve a problematização dos trechos relacionando-os à teoria da comunicação terapêutica.

No Momento 2 houve, novamente, a realização das etapas de filmagem do profissional e anotações sobre o processo comunicativo observado, seleção de trechos da filmagem, exibição dos trechos selecionados (DICKSON; HARGIE; MORROW, 1989) e da entrevista semiestruturada (GIL, 1999).

Depois de gravadas (em áudio) e transcritas as entrevistas, as respostas referentes à identificação do profissional da saúde e do grupo educativo filmado foram sistematizadas e os dados gerados a partir da autoavaliação da comunicação do profissional foram tratados por meio da Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 1977).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (parecer nº1.038.206) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (parecer

nº1.057.539). Os profissionais aceitaram participar do estudo mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e Discussão

Participaram do estudo 11 profissionais (Tabela 1): quatro enfermeiras, dois auxiliares de enfermagem, uma nutricionista, uma farmacêutica, uma técnica em saúde bucal, uma auxiliar em saúde bucal e uma agente de promoção ambiental. Vale destacar que a saturação teórica foi atingida na quinta entrevista para uma das categorias abordadas neste artigo – significando que as entrevistas subsequentes não trouxeram novos elementos capazes de gerar um aprofundamento da teorização – e na décima primeira entrevista para a outra categoria, sendo que, neste caso, a interrupção da produção de dados foi decorrente do tempo limitado disponível para a realização de trabalho em campo (FONTANELLA; RICAS; TURANO, 2008).

**Tabela 1:** Profissionais da saúde participantes do estudo, São Paulo, 2016.

Identificação do profissional	Atuação
P1	Farmacêutica
P2	Enfermeira
P3	Técnica em saúde bucal
P4	Auxiliar de enfermagem
P5	Enfermeira
P6	Auxiliar de enfermagem
P7	Enfermeira
P8	Nutricionista
P9	Enfermeira
P10	Auxiliar de consultório dentário
P11	Agente de promoção ambiental

Fonte: Elaborada pelos autores

No total, oito diferentes grupos educativos foram acompanhados, cada qual com objetivos divergentes entre si: cessar o tabaco, prevenir verminose e pediculose em crianças, prevenir doenças bucais em gestantes, incentivar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade, monitorar e orientar pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*, aconselhar sobre hábitos alimentares e estilo de vida, orientar sobre o acompanhamento odontológico e a saúde bucal e proporcionar bem-estar às pessoas com dores crônicas.

Dado que as datas para realização dos momentos de investigação foram definidas pelos profissionais, houve diferenças de tempo expressivas entre Momento 1 e Momento 2 de um profissional para outro, variando de sete a 61 dias. Também houve diferença de tempo nas etapas de qualificação com cada profissional (nove a 50 minutos).

Os dados produzidos por meio da autoavaliação do profissional sobre sua comunicação verbal e não verbal fizeram emergir categorias, sendo que, no presente artigo, serão apresentadas as categorias ‘o vídeo *feedback* e a autopercepção da comunicação’ e ‘o vídeo *feedback* e a percepção dos profissionais sobre sua aplicabilidade’, de acordo com os dois momentos da investigação.

### **Momento 1**

A categoria ‘o vídeo *feedback* e a autopercepção da comunicação’ foi composta pelas subcategorias: ‘reconhecendo-se’ e ‘não se reconhecendo’ (Quadro 1). Na primeira, quatro profissionais confirmaram as expectativas criadas a respeito da autopercepção de sua comunicação ao utilizarem o vídeo *feedback*, seja pelo reconhecimento da comunicação verbal ou da não verbal ou, ainda, pelo reconhecimento de dificuldades em se comunicar com os usuários, conforme mostra a fala de um dos profissionais:

*Me observar agora confirmou a questão de trabalhar muito com as mãos. Isso só confirma aquilo que eu penso em relação a gesto (P2).*

Ao se reconhecerem, esses profissionais percebem-se como pessoas nas interações, constituídas, portanto, de sentimentos, medos, ansiedades, insatisfações e, conseqüentemente, (re)significam suas formas de agir sob o olhar do profissional-pessoa.

Em contrapartida, ao lidarem com a autoavaliação, oito profissionais relataram que as expectativas sobre seu processo comunicativo não foram atingidas, ilustrando momentos de não reconhecimento de si, que caracterizou a segunda subcategoria ‘não se reconhecendo’, especialmente em relação à comunicação não verbal. Além disso, esse não reconhecimento de si é apresentado como possível consequência da rotina de trabalho dos profissionais, a qual provoca ações automatizadas, evidenciada na fala:

*Engraçado. Porque eu tinha a impressão que eu passava... eu não sei... não é que eu passava insegurança... eu acho que está parecendo que eu estou cansada para dar o grupo. Não sei! Tive essa impressão de estar cansada. [...]. Não sei se é porque a rotina está corrida, não sei se é por falta de entusiasmo. Eu não sei! Olhando assim é engraçado. Na hora eu achei que não estava, mas eu olhando assim parece que estou cansada, sabe? [...] Sei lá! Engraçado. (P10).*

A baixa sensibilidade auto perceptiva dos entrevistados pode ser consequência de estranhamento gerado perante a visualização de sua própria imagem na filmagem, da dificuldade de identificar elementos que lhe permitissem julgar sobre seu comportamento e da falta de oportunidade de realizar auto-observações prévias (PEREIRA; SILVA, 2000).

**Quadro 1** – Categoria e subcategorias emergentes no Momento 1 em relação à autoavaliação dos profissionais da saúde sobre suas comunicações, São Paulo, 2016.

Categoria	Subcategorias	Unidades de registro
<b>O vídeo feedback e a autopercepção da comunicação</b>	Reconhecendo-se	“Me observar agora confirmou a questão de trabalhar muito com as mãos. Isso só confirma aquilo que eu penso em relação a gesto.” (P2)
		“Eu sempre faço meu grupo assim. Eu converso mais com eles ali, no momento. Não sou muito de chegar e jogar conteúdo para eles; em falar. Eu chego e falo, dependendo de cada grupo, mas pouco.” (P4)
		“Eu não fico parada! Eu acho que eu até tentei me controlar lá, porque eu fico mesmo [em constante movimento].” (P9)
		“Apesar de ter bastante ponto negativo, eu achei que seria assim mesmo. Eu já sabia das dificuldades que eu tinha e acabei observando o que realmente eu já observava [risos].” (P11)
	Não se reconhecendo	“(…) geralmente eu falo baixo; minha voz é baixa, mas, pelo menos na gravação, eu acho que não ficou baixa)” (P1)
		“Olha a minha cara! A gente faz umas caretas desnecessárias, né?! [Risos] Ai, caramba! Olha os cacoetes danados que a gente fica [fazendo]! [Risos]” (P3)
		“É complicado falar disso [sobre sua forma de se comunicar vista na filmagem]. Porque, quando você se vê, é bem diferente, né?! Você encontra falhas! [...] [Conduzir grupos educativos] é uma coisa tão rotineira que a gente faz tanto no dia-a-dia, que você não imagina que vai acontecer isso, né?! E quando você vê é diferente!” (P5)
		“Eu nunca tinha parado, assim, para pensar em como eu faço tanto gesto [risos] ou como eu gaguejo.” (P6)
		“(…) eu acho que, assim, agora para quando eu fiz o curso [de comunicação verbal], eu achei que melhorou bastante (...) agora eu falo com um pouco de vício de linguagem, mas falo bem menos do que antes.” (P8)
		“Aí, eu fiquei até um pouco surpresa comigo [risos]. Da questão (...) da forma que eu fui falando (...) gesticulando [risos]. Eu acho que eu poderia ter segurado um pouco.” (P9)
		“Engraçado. Porque eu tinha a impressão que eu passava... eu não sei... não é que eu passava insegurança... eu acho que está parecendo que eu estou cansada para dar o grupo. Não sei! Tive essa impressão de estar cansada. [...]. Não sei se é porque a rotina está corrida, não sei se é por falta de entusiasmo. Eu não sei! Olhando assim é engraçado. Na hora eu achei que não estava, mas eu olhando assim parece que estou cansada, sabe? [...] Sei lá! Engraçado.” (P10)
“Não parece que eu faço tanto, mas, quando eu olho aí na filmagem parece que eu gesticulo bastante.” (P11)		

Fonte: Elaborado pelos autores

## Momento 2

A experiência dos profissionais de lidarem com o vídeo *feedback* pela segunda vez foi um item levado em consideração como material comparativo e, portanto, presente em algumas falas dos profissionais em relação à autoavaliação da comunicação e à percepção sobre a aplicação da técnica.

Dessa forma, as subcategorias da categoria ‘o vídeo *feedback* e a autopercepção da comunicação’ diferenciaram-se do primeiro momento, sendo elas:

‘percebendo melhoras em sua comunicação’, ‘percebendo falhas em sua comunicação’ e ‘mantendo a percepção positiva de sua comunicação’ (Quadro 2).

**Quadro 2** – Categorias e subcategorias emergentes no Momento 2 em relação à autoavaliação dos profissionais da saúde sobre suas comunicações e a aplicabilidade da técnica vídeo *feedback*, São Paulo, 2016.

Categories	Subcategorias	Unidades de registro
O vídeo <i>feedback</i> e a autopercepção da comunicação	Percebendo melhoras em sua comunicação	“Eu acho que eu até melhorei. Não fiz muita expressão facial. Eu fiquei mais com a questão das mãos mesmo. [...] Ah! Eu acho que eu fiz menos caras e bocas também. Eu acho que talvez a comunicação hoje tenha sido mais clara, mais limpa. Eu acho que, não sei se talvez por conta da interação ter sido melhor ou alguma coisa assim. [...] Tudo bem que isso também depende muito do grupo que você está, né?!” (P2)
		“Dessa vez eu consegui (...) me soltar mais e esquecer que você estava ali (...). Me foquei mais no que eu estava falando, né?! Prestei mais atenção no que eu estava falando e procurei esquecer um pouquinho a câmera e, aí, onde eu acho que eu consegui é... me sair melhor.” (P3)
		“Eu achei que eu melhorei um pouco. (...). O trabalho de vocês foi muito importante para mim! Eu achei que, com isso, eu aprendi mais (...)” (P4)
		“Eu acho que hoje eu fiquei mais solta. Porque eu acho que depois da conversa que nós tivemos foi diferente, entendeu? (...) eu tive já mais esclarecimentos, eu tive mais uma compreensão depois da nossa fala, aí, eu acho que foi melhor, aí, agora, que eu me soltei mais.” (P5)
		“Ah, hoje eu digo que foi mais aberto, de certa forma. Eu estava um pouco mais tranquilo com eles. Então, assim, eu consegui falar mais solto, mais... relaxado, de certa forma. A outra vez eu estava um pouco mais tenso. (...). Esse [grupo] já é um pouco mais participativo, normalmente, de perguntar alguma coisa. E, aí, eles dão um pouco mais de segurança para mim até... pra conseguir me abrir um pouco mais.” (P6)
		“Mas, observando, assim: diminui muito as gírias, né?! “Né?!”, falei uma ou duas vezes pelo o que eu vi ali. Não falei toda hora, como eu falava antes. Eu acho que eu mexi as mãos no momento que deveria mexer, igual você tinha falado: conforme você vai gesticulando, tem que estar dentro de um contexto, né?!” (P8)
		“Daquela outra para essa vez aqui eu acho que mudou muita coisa, mas eu tentei melhorar mais a questão de ficar mais próxima [dos participantes], de tentar falar um pouco mais alto. Eu falo bem baixinho, você viu [risos] [...]. Hoje eu fiquei bem mais atenta à questão de não ficar de costas e falar um pouquinho alto” (P9)
		“Sabe o que eu percebi? Que não me atrapalhou, não, isso aí de tentar melhorar. Eu acho que você fica com uma postura melhor. Pior que eu não tinha percebido. Nem passou pela minha cabeça de ver, em um vídeo, que eu ficava [gesticulando] com uma mão só, com cara de cansada. Mas agora que eu dei uma erguida assim e falei direito... Nossa! Melhorou muito! Acho que agora todos os meus grupos ficarão melhores! Nossa, vão ter que ficar! Mas gostei!” (P10)
		“Pelo menos tirei a mão do bolso hoje! Hoje eu tirei a mão do bolso! Você viu que eu tirei? (P11)

(Continua...)

(Continuação do Quadro 2)

Categories	Subcategories	Unidades de registro		
Avaliando a aplicabilidade da técnica	Percebendo falhas em sua comunicação	<i>"(...) teve momentos que eu fiquei meio enroscada, meio atrapalhada"</i> (P3)		
		<i>"Fiquei meio enrolado no começo [risos], e a mesma coisa no final, porque [...] eu não cheguei a agradecer: "obrigado pela atenção! [Risos]", e nem a perguntar se eles tinham alguma dúvida. Então, eu encaro isso como uma falha mesmo."</i> (P6)		
		<i>"Única coisa que eu não consigo tirar: "mais uma coisa importante", "mais uma coisa", eu não consigo emendar um assunto no outro (...). É ruim isso! Que é legal você fazer um negócio emendado sem ficar "outra coisa...", porque tudo é importante! Uma coisa não é mais importante que a outra."</i> (P10)		
		<i>"Acho que eu estou repetindo muito algumas coisas, acho que eu preciso melhorar nisso!"</i> (P11)		
	Mantendo a percepção positiva de sua comunicação	<i>"Então, eu acho que da mesma forma que eu falei na outra entrevista, faço bastantes gestos, tenho interação com os participantes, dou a oportunidade para que eles possam expor as ideias, as opiniões deles."</i> (P1)		
		<i>"Eu acho que eu utilizo os recursos. Eu acho que não tem nada que eu mudaria, não."</i> (P7)		
	A técnica é aplicável		<i>"Ah! Eu acho que sim. (...). Poderia reunir a equipe, por exemplo. Colocar o vídeo para a gente assistir e, aí, até mesmo para elas [integrantes da equipe] me ajudarem a colocar "Olha! Esse momento, acho que não foi legal", "esse foi", entendeu? "Eu acho que esse é bom você repetir sempre", "esse eu acho bom não existir nunca mais". Porque, às vezes, você se autocriticar fica difícil. Tendo uma pessoa fica mais fácil fazer isso, entendeu?"</i> (P2)	
			<i>"Ah... eu acho que sim, viu?! Eu acho que sim, porque eu acho que, fazendo isso, você é capaz de melhorar sempre mais, entendeu?"</i> (P3)	
			<i>"Utilizaria. Porque eu acho que, visualizando, você vai melhorando cada vez mais."</i> (P4)	
			<i>"É muito importante! Utilizaria."</i> (P5)	
<i>"Eu acredito que sim, até mesmo para ter o feedback que eu estou tendo de eu poder me ver e, aí, poder corrigir nas próximas vezes daquele mesmo assunto."</i> (P6)				
<i>"Eu utilizaria."</i> (P7)				
<i>"Sim. Usaria."</i> (P9)				
<i>"Sim. Eu usaria para me acostumar sempre com alguém me avaliando. [...] se toda vez tivesse filmagem, para mim seria melhor, porque toda vez você vai querer melhorar! Então, isso é bom para quem está assistindo e para você também."</i> (P10)				
A técnica não é aplicável				<i>"Então, eu acho que, a gravação em si, não. Para mim, não."</i> (P1)
				<i>"Eu acho que, pela correria que é o dia-a-dia, nem se eu quisesse eu teria tempo, porque não é só filmar! Depois você tem que ter tempo de ver o vídeo depois. (...) na prática, não dá para filmar."</i> (P8)
	<i>"Se eu usaria? Acho que não. (...). Na verdade, (...) eu gosto de superar meus limites, mas sem precisar estar me observando."</i> (P11)			

Fonte: Elaborado pelos autores

Na primeira subcategoria, nove profissionais relataram melhoras em sua comunicação, porém, três deles não conseguiram assegurar o motivo de tal melhora, como pode ser observado na fala:

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

Também se referindo à influência externa no agir do profissional, docentes de enfermagem, a partir da visualização de simulação filmada, responderam um questionário no qual remeteram as dificuldades de aplicação da comunicação terapêutica principalmente às características dos pacientes na interação com o profissional (LÓPEZ; CARVALHO, 2006). TING et al. (2016) concluíram que os problemas em comunicação durante atendimento individual são causados tanto pelos profissionais quanto pelos pacientes, sendo que, em relação a estes últimos, a barreira está sustentada no fato de eles não quererem participar do processo de corresponsabilidade no tratamento, havendo divergência de objetivos entre os envolvidos.

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

*Daquela outra para essa vez aqui eu acho que mudou muita coisa, mas eu tentei melhorar mais a questão de ficar mais próxima [dos participantes], de tentar falar um pouco mais alto. Eu falo bem baixinho, você viu [risos] [...]. Hoje eu fiquei bem mais atenta à questão de não ficar de costas e falar um pouquinho alto.* (P9).

Da mesma forma, Noordman, Weijden e Dulmen (2014) observaram, em estudo realizado com 17 enfermeiras, que, ao utilizarem o vídeo *feedback*, essas profissionais conseguiram colocar em prática o que foi discutido em uma única sessão de *feedback* conduzida por um dos pesquisadores e, assim, melhorar os aspectos gerais de sua comunicação.

Na subcategoria ‘percebendo falhas em sua comunicação’, quatro profissionais relataram terem percebido o aparecimento de falhas ou a permanência de dificuldades:

*Acho que eu estou repetindo muito algumas coisas, acho que eu preciso melhorar nisso! (P11).*

Porém, em nenhum dos recortes da subcategoria em questão houve relação com os assuntos abordados na qualificação. Ou seja, os entrevistados refletem e, portanto, percebem suas falhas baseando-se, à princípio, apenas nos significados que eles atribuem às fragilidades comunicativas. Pautando-se nas premissas de Blumer de que o processo interpretativo é baseado nos significados construídos em vivências anteriores (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010), há de supor que as falhas verbalizadas não haviam sido observadas na primeira filmagem, de modo que a interpretação das mesmas ainda não tinha sido estimulada.

Em contrapartida, dois profissionais não notaram melhoras ou falhas ao se observarem, ‘mantendo a percepção positiva de sua comunicação’ já manifestada no Momento 1 ou estabelecida como satisfatória em todos os âmbitos do processo comunicativo:

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

Essa percepção pode ser atribuída à experiência profissional que os mediadores adquiriram com o tempo. Isso porque, com a experiência, aliviam-se ansiedades e se ganha confiança no desempenho de tarefas, de modo que essas sensações podem ser confundidas com eficácia na atuação, acarretando na constatação precipitada de que não há necessidade em mudar a forma de se comunicar com os participantes dos grupos. Entretanto, a experiência profissional por si só não garante a competência em comunicação, diferentemente do conhecimento técnico do cuidado em saúde; ao contrário, a comunicação pode vir a deteriorar-se à medida que não é qualificada ao longo da prática profissional (YUDKOWSKY; DOWNING; OMMERT, 2006) podendo produzir barreiras de comunicação entre profissionais e usuários.

Para tanto, fortalecer a EPS como espaço promotor de reflexão e avaliação das ações dos profissionais nos grupos educativos, que utilize a problematização na busca da ressignificação da comunicação, torna-se essencial.

Após realizadas as autoavaliações sobre o processo comunicativo, os profissionais manifestaram suas percepções sobre a aplicabilidade da técnica de

vídeo *feedback*. Diante disso, emergiu a categoria ‘o vídeo *feedback* e a percepção dos profissionais sobre sua aplicabilidade’ (Quadro 2), na qual se inserem as falas de oito profissionais que consideraram a técnica aplicável na sua rotina:

*Ah... eu acho que sim, viu?! Eu acho que sim [a técnica é aplicável], porque eu acho que, fazendo isso, você é capaz de melhorar sempre mais, entendeu? (P3).*

Assim como verificado no estudo de Noordman, Weijden e Dulmen (2014), a maioria dos profissionais do estudo aqui apresentado relatou que a aplicabilidade da técnica é compatível com o contexto e que utilizariam o vídeo *feedback* novamente. Há de se salientar que um deles ainda apresentou a possibilidade de a técnica ser aplicada com a equipe de ESF para otimizar a aprendizagem não só por meio da autoavaliação, mas também do *feedback* de outros profissionais. Diante disso, vale o conhecimento sobre como dar e receber *feedback* de maneira equilibrada para não haver desentendimentos a ponto de causar desarmonia na interação. Silva (2014) lembra que aquele que busca *feedback* precisa estar preparado para receber as reações dos outros como algo que vai auxiliar no seu aperfeiçoamento profissional e pessoal.

Em oposição, três disseram que não aplicariam a técnica, tendo cada qual apresentado uma justificativa para sua resposta: a conclusão de que a técnica é dispensável para si; a ausência de tempo como fator que impossibilita a realização dos procedimentos da técnica como um todo; a dificuldade em se autoavaliar como implicação maior de um conjunto de fatores que influencia a escolha pela utilização ou não da técnica.

De todo modo, tais limitações não se sobrepõem às vantagens e nem ao menos comprometem a relevância dos achados à medida que, ao ter sido aplicada na realidade do serviço e a partir dos conhecimentos e das experiências dos profissionais envolvidos, o vídeo *feedback* está suscetível à reprodução com as devidas considerações.

Argumenta-se que a técnica, quando aplicada e ajustada ao contexto de trabalho para os profissionais que buscam aprender, é possível não apenas aperfeiçoar a comunicação terapêutica, mas também a autocrítica e a confiança profissional, o que fortalece a comunicação (HUNUKUMBURE; SMITH; DAS, 2017).

## Considerações finais

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

Diante disso e das premissas do Interacionismo Simbólico, foi verificado que a aplicabilidade da técnica, durante o processo de trabalho, oportuniza a transformação dos significados atribuídos à comunicação pelos profissionais da saúde, impulsionando-os a reorientarem suas ações de cuidado aos usuários, de acordo com o contexto. Nesse sentido, há de se destacar que as etapas que constituem o vídeo *feedback* podem ser aplicadas como recurso educacional inovador na qualificação da comunicação em saúde.

Por fim, espera-se que os resultados desta pesquisa possam influenciar na (re)elaboração de políticas públicas de saúde, de modo que a comunicação terapêutica seja valorizada nos grupos educativos. Assim, a comunicação poderá ser tema central nos espaços de educação permanente com o uso de técnicas como o vídeo *feedback* que, como demonstrado neste estudo, é passível de ser aplicada na APS, estimulando o profissional a aperfeiçoar sua prática educativa por meio da autoavaliação.

## Referências

AMMENTORP, J. et al. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: a randomized controlled trial. **Patient Educ Couns**, v. 66, n. 3, p. 270-277, 2007.

AMORIM, R. K. F. C. C.; SILVA, M. J. P. Opinião de docentes de enfermagem sobre a efetividade da comunicação não verbal durante a aula. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 3, p. 194-199, 2014.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. London: University  
v. 3, n. 1, p. 19-37, 2019

California Press, 1986.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília: Diário Oficial da União, 2011. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 36 p.

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

CARVALHO-GEBRAN, F. W.; VINCHA, K. R. R.; CERVATO-MANCUSO, A. M. The role of educator in food and nutrition by health professionals in the context of Family Health Care. **Rev Nutr**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 71-81, 2018.

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

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

FUKKINK, R. G.; TRIENEKENS, N.; KRAMER, L. J. C. Video feedback in education and training: putting learning in the picture. **Educ Psychol Rev**, v. 23, n. 1, p. 45-63, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOLLI, B. B.; CALABRESE, R. J. **Communication and education skills: the dietitian's guide**. Philadelphia: Lea & Febiger, 1986.

HUNUKUMBURE, A. D.; SMITH, S. F.; DAS, S. Holistic feedback approach with video and peer discussion under teacher supervision. **BMC Medical Education**, v.17, n. 179, 2017.

KURTZ, S.; SILVERMAN, J.; DRAPER, J. **Teaching and learning communication skills in medicine**. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.

LÓPEZ, M. L.; CARVALHO, E. C. A comunicação terapêutica durante instalação de terapia endovenosa: uso de simulação filmada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 658-665, 2006.

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

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

NOORDMAN, J.; WEIJDEN, T. V. D.; DULMEN, S. V. Effects of videofeedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nurses: a pre-test posttest control group study. **J Adv Nurs**, v. 70, n. 10, p. 2272-2283, 2014.

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

RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Interpersonal communication research: valorization of the oncological patient in a high complexity oncology unit. **Reme, Rev Min Enferm**, v. 18, n. 1, p. 106-115, 2014.

SILVA, L. B.; SOARES, S. M. Comunicação nas práticas de coordenação de grupos socioeducativos na saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 640-647, 2013.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 10.ed. São Paulo: Loyola, 2014.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. São Paulo: Robe, 1993.

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

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

VAN-WEERT, J. C. M. et al. Effects of communication skills training and a Question Prompt Sheet to improve communication with older cancer patients: a randomized controlled trial. **Crit Rev Oncol/hematol**, v. 80, n. 1, p. 45-59, 2011.

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

Recebido em: 05/05/2018

Aprovado em: 08/07/2019