

Thais Titonel Abreu

**Comunicação com o doente em consulta remota: construção de instrumento de avaliação**



Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2023



Thais Titonel Abreu

**Comunicação com o doente em consulta remota: construção de instrumento de avaliação**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2023

© 2023  
Thais Titonel Abreu  
“TODOS OS DIREITOS RESERVADOS”

Thais Titonel Abreu

Comunicação com o doente em consulta remota: construção de instrumento de avaliação

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutora em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, Especialidade Perturbações da Linguagem, sob orientação da Professora Doutora Isabel Maria Sousa Lopes Silva (Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal), em cotutela da Professora Doutora Carolina Villa Nova Aguiar (Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Bahia, Brasil).

---

## RESUMO

THAIS TITONEL ABREU: Comunicação com o doente em consulta remota:  
construção de instrumento de avaliação.

(Sob orientação da Professora Doutora. Isabel Maria Sousa Lopes Silva - Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal e Professora Doutora. Carolina Villa Nova Aguiar - Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Bahia, Brasil).

Nos últimos anos, o campo da saúde tem passado por uma transformação significativa devido aos avanços tecnológicos, especialmente no que se refere às consultas remotas. Assim, a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes ocorre além das paredes dos consultórios, permitindo interações virtuais que visam fornecer cuidados de saúde eficazes e acessíveis. Essa mudança apresenta desafios únicos que precisam ser cuidadosamente avaliados, a fim de promover uma boa prática na área da saúde, a exemplo da qualidade da comunicação dos estudantes e profissionais de saúde com o paciente. Esta tese tem como objetivo construir e determinar a qualidade de um instrumento educacional de avaliação da comunicação entre estudantes/profissionais de saúde e pacientes durante consultas remotas síncronas, realizadas por vídeo interação. O referido estudo é composto por uma introdução, três artigos complementares e uma conclusão geral. Na introdução, ocorre uma revisão narrativa sobre a natureza e os processos da comunicação. Em seguida, o primeiro artigo analisou instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente, elaborados e/ ou validados para o Brasil e concluiu, mediante estudo de 9 artigos, que o país carece de tais instrumentos com boas propriedades. O segundo estudo verificou 15 investigações e pontuou que o processo de ensino- aprendizagem da competência comunicativa é facilitado por recursos variados de ensino, empregados por profissional capacitado, e com realização de feedback estruturado verbal baseado em um instrumento validado e fornecido por paciente simulado. O último artigo representa o objetivo da tese e constatou que o questionário elaborado, composto por 3 dimensões e 11 itens, possui validade, confiabilidade, sensibilidade e praticidade. A conclusão geral da tese aborda brevemente

desde os achados da introdução até os do último artigo, além de contextualizar o período de elaboração de todo trabalho desenvolvido.

**Palavras-chave:** Avaliação, comunicação, consulta remota, telessaúde, validação

## **ABSTRACT**

THAIS TITONEL ABREU: Communication with the patient in remote consultation: construction of an evaluation instrument.

(Under the supervision of the Professors Dr. Isabel Maria Sousa Lopes Silva – from Fernando Pessoa University, in Porto, Portugal and Dr. Carolina Villa Nova Aguiar – from The School of Medicine and Public Health in Bahia, Brazil).

In recent years, the healthcare field has undergone a significant transformation resulting from technological innovations, especially those related to remote consultations. Thus, communication between health professionals and patients takes place beyond the office walls, allowing for virtual interactions supposed to provide effective and accessible health care. This change presents unique challenges that need to be carefully evaluated in order to promote good practice in the field of healthcare, such as the quality of communication between healthcare students and professionals with the patient. This thesis aims to build and determine the quality of an educational instrument to assess the communication between healthcare students and professionals with patients during synchronous remote consultations, carried out by video interaction. This study consists of an introduction, three complementary articles and a general conclusion. In the introduction, there is a narrative review of the nature and processes of communication. Then, the first article analyzed instruments for assessing the professional communication with the patient, developed and/or validated for Brazil and concluded, through a study of 9 articles, that there is a need in the country for instruments with good properties. The second study verified 15 investigations and pointed out that the teaching-learning process of communicative competence is facilitated by varied teaching resources, employed by a qualified professional, and with structured verbal feedback based on a validated instrument and provided by a simulated patient. The last article represents the objective of the thesis and found that the elaborated questionnaire, composed of 3 dimensions and 11 items, has validity, reliability, sensitivity and functionality. The general conclusion of the thesis briefly approaches from the findings of the introduction to those of the last article, in addition to contextualizing the period of elaboration of all the work developed.

**Keywords:** Assessment, communication, remote consultation, telehealth, validation

## RÉSUMÉ

THAIS TITONEL ABREU : Communication avec le patient en consultation à distance : construction d'un instrument d'évaluation.

(Sous la direction des professeurs Dr. Isabel Maria Sousa Lopes Silva, de l'Université Fernando Pessoa, Porto, Portugal) et Dr. Carolina Villa Nova Aguiar, de l'École de Médecine et Santé Publique de Bahia, Brésil).

Ces dernières années, le domaine de la santé a connu une transformation importante résultant des innovations technologiques, notamment celles liées aux consultations à distance. Ainsi, la communication entre les professionnels de santé et les patients se fait au-delà des murs des bureaux, permettant des interactions virtuelles censées fournir des soins de santé efficaces et accessibles. Ce changement présente des défis uniques qui doivent être soigneusement évalués afin de promouvoir les bonnes pratiques dans le domaine de la santé, comme la qualité de la communication entre les étudiants et les professionnels de la santé avec le patient. Cette thèse vise à construire et déterminer la qualité d'un instrument pédagogique d'évaluation de la communication entre étudiants et professionnels de santé avec les patients lors de téléconsultations synchrones, réalisées par interaction vidéo. Cette étude se compose d'une introduction, de trois articles complémentaires et d'une conclusion générale. Dans l'introduction, il y a un examen narratif de la nature et des processus de communication. Ensuite, le premier article a analysé des instruments d'évaluation de la communication professionnelle avec le patient, développés et/ou validés pour le Brésil et a conclu, à travers une étude de 9 articles, qu'il existe un besoin dans le pays d'instruments avec de bonnes propriétés. La deuxième étude a vérifié 15 investigations et a souligné que le processus d'enseignement-apprentissage de la compétence communicative est facilité par des ressources pédagogiques variées, employées par un professionnel qualifié, et avec une rétroaction verbale structurée basée sur un instrument validé et fournie par un patient simulé. Le dernier article représente l'objectif de la thèse et a constaté que le questionnaire élaboré, composé de 3 dimensions et 11 items, a validité, fiabilité, sensibilité et praticité. La conclusion générale de la thèse aborde brièvement les résultats de l'introduction à ceux du dernier article, en plus de contextualiser la période d'élaboration de tous les travaux développés.

**Mots-clés :** Évaluation, communication, téléconsultation, télésanté, validation

## RESUMEN

THAIS TITONEL ABREU: Comunicación con el paciente en consulta remota:  
construcción de un instrumento de evaluación.

(Bajo la supervisión de las Profesoras Dra. Isabel Maria Sousa Lopes Silva, de la Universidad Fernando Pessoa, Porto, Portugal, y Dra. Carolina Villa Nova Aguiar, de la - Facultad de Medicina y Salud Pública de Bahia, Brasil).

En los últimos años, el ámbito de la salud ha experimentado una importante transformación fruto de las innovaciones tecnológicas, especialmente las relacionadas con las consultas a distancia. Así, la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes se produce más allá de las paredes del consultorio, lo que permite interacciones virtuales que se supone que brindan una atención médica efectiva y accesible. Este cambio presenta desafíos únicos que deben ser evaluados cuidadosamente para promover buenas prácticas en el campo de la atención médica, como la calidad de la comunicación entre los estudiantes y profesionales de la salud con el paciente. Esta tesis tiene como objetivo construir y determinar la calidad de un instrumento educativo para evaluar la comunicación entre estudiantes y profesionales de la salud con pacientes durante consultas remotas sincrónicas, realizadas por video interacción. Este estudio consta de una introducción, tres artículos complementarios y una conclusión general. En la introducción, hay una revisión narrativa de la naturaleza y los procesos de comunicación. Luego, el primer artículo analizó instrumentos para evaluar la comunicación profesional con el paciente, desarrollados y/o validados para Brasil y concluyó, a través de un estudio de 9 artículos, que existe una necesidad en el país de instrumentos con buenas propiedades. El segundo estudio verificó 15 investigaciones y señaló que el proceso de enseñanza-aprendizaje de la competencia comunicativa es facilitado por recursos didácticos variados, empleados por un profesional calificado, y con retroalimentación verbal estructurada a partir de un instrumento validado y proporcionado por un paciente simulado. El último artículo representa el objetivo de la tesis y encontró que el cuestionario elaborado, compuesto por 3 dimensiones y 11 ítems, tiene validez, confiabilidad, sensibilidad y practicidad. La conclusión general de la tesis aborda brevemente desde los hallazgos de la introducción a los del último artículo, además de contextualizar el período de elaboración de todo el trabajo desarrollado.

**Palabras clave:** Evaluación, comunicación, consulta remota, telesalud, validación

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por minha existência.

Ao meu marido, Ediriomar Peixoto Matos, por me guiar e apoiar nas decisões e iluminar meu caminho.

Às minhas orientadoras, pelos incentivos, orientações e condução desse trabalho.

Às minhas famílias: Titonel Abreu, Peixoto Matos, Shiva's, pela constante presença e torcida pelo meu sucesso.

À minha madrinha, amiga, tia, Cristina Jacintho, pelo acolhimento, incentivo e carinho.

Aos meus amigos, principalmente a Dalmira, Manuca, Neide Braga, Sandro e Regina, por todo carinho, companhia e compreensão.

A Marcus Taccola (InfoGo) e Alexandre Salema (Geneve Partner / InFogo), por ceder o uso da plataforma InfoGo e me ajudar na captura dos dados dessa tese.

A Rafael Bastos (PsicoDados), pela contribuição na análise estatística.

Aos atores, Juliana Sousa e Felipe Reis e a todos os participantes dessa pesquisa.

A todos os meus professores e colegas de turma, por contribuírem com meu desenvolvimento.

**Como é por dentro outra pessoa**

**Fernando Pessoa**

Como é por dentro outra pessoa?

Quem é que o saberá sonhar?

A alma de outrem é outro universo

Com que não há comunicação possível,

Com que não há verdadeiro entendimento.

Nada sabemos da alma

Senão da nossa;

As dos outros são olhares,

São gestos, são palavras,

Com a suposição de qualquer semelhança

No fundo.

*Poesias Inéditas* (1930-1935). Fernando Pessoa. (Nota prévia de Jorge Nemésio.) Lisboa: Ática, 1955 (imp. 1990). – 159 p.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO GERAL</b>	<b>1</b>
Abordagem multiteórica da comunicação	5
Bases para a caracterização de uma comunicação e um comunicador eficaz	19
Facilitadores e barreiras da comunicação humana	20
<b>CAPÍTULO I – ARTIGO 1</b>	
<b>Estudo sobre a qualidade de instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente/ família no Brasil</b>	<b>23</b>
<b>RESUMO</b>	<b>24</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>26</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>30</b>
Critérios de elegibilidade	31
Estratégia de busca por estudos	31
Seleção de estudos	32
Extração de dados	32
Avaliação da qualidade dos estudos quanto a confiabilidade – risco de viés	33
Apresentação e análise dos dados	33
<b>RESULTADOS</b>	<b>35</b>
Seleção de estudos	35
Análise das características gerais e específicas dos estudos	35
ESTUDO 1	36
ESTUDO 2	39
ESTUDO 3	43
ESTUDO 4	50
ESTUDO 5	54
ESTUDO 6	60
ESTUDO 7	66
ESTUDO 8	70
ESTUDO 9	74
Avaliação da qualidade dos estudos quanto a confiabilidade – risco de viés	83

<b>DISCUSSÃO</b>	<b>84</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>87</b>
APÊNDICE 1 – Estratégia de busca geral	93
Anexo 1 - <i>Health Communication Assessment Tool</i> - HCAT	94
Anexo 2 - Versão brasileira da HCAT	95
Anexo 3 – <i>Small Communication Strategies Scale</i> (SCSS)	96
Anexo 4 – Escala Breve de Comunicação de Estratégias de Comunicação (EBEC)	97
Anexo 5 – <i>Communication Assessment Tool</i> - CAT	98
Anexo 6 – <i>Four Habits Coding Scheme</i> – 4HCS	99
Anexo 7 – <i>Patient-doctor relationship questionnaire</i> (PDRQ-9)	103
Anexo 8 - Versão do PDRQ-9 em português brasileiro	104
Anexo 9 - <i>Gap- Kalamazoo Communication Skills Assessment Form</i> (GKCSAF)	105
Anexo 10 - Versão brasileira do <i>Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form</i>	107
Anexo 11 - <i>Quality of Communication Questionnaire</i> (QOC)	110
Anexo 12 – Questionário sobre a Qualidade da Comunicação	113
Anexo 13 - <i>Interpersonal Communication Competence Scale</i>	114
Anexo 14 - Escala de Competência em Comunicação Interpessoal (ECCI)	115
Anexo 15 – Questionário para avaliar a Comunicação de Más Notícias (QCMN)	116
<b>CAPÍTULO II - ARTIGO 2</b>	
<b>Efetividade do treinamento em comunicação de profissionais e estudantes de saúde na relação com o paciente: revisão sistemática</b>	<b>118</b>
<b>RESUMO</b>	<b>119</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>121</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>125</b>
Critérios de elegibilidade	126
Estratégia de busca por estudos	126
Seleção de estudos	127
Extração e gerenciamento de dados	128
Avaliação da qualidade metodológica dos estudos	128

<b>RESULTADOS</b>	<b>128</b>
Seleção de estudos	128
Descrição dos estudos incluídos	130
Descrição das intervenções	130
Descrição da avaliação das habilidades de comunicação	131
Descrição da efetividade das intervenções	135
Avaliação da qualidade metodológica dos estudos	136
<b>DISCUSSÃO</b>	<b>140</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>143</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>143</b>
APÊNDICE 1 - ESTRUTURA DE BUSCA GERAL	149

### CAPÍTULO III - ARTIGO 3

<b>Construção e determinação da adequabilidade de um instrumento de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente durante consulta remota, síncrona, por vídeo interação</b>	<b>150</b>
<b>RESUMO</b>	<b>151</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>153</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>156</b>
DELINEAMENTO DO ESTUDO E PRECEITOS ÉTICOS	156
DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO	157
(1) Elaboração do constructo, do propósito, do modelo conceitual e da hipótese	157
(2) Escolha do método de medida	159
(3) Seleção dos itens e identificação de seus domínios	159
(4) Definição da escala de medida	160
(5) Teste- piloto (obtenção da validade de conteúdo)	161
(6) Teste de campo	162
(7) Estruturação do instrumento final	169
<b>RESULTADOS</b>	<b>169</b>
(1) Elaboração do constructo, do propósito, do modelo conceitual e da hipótese	169
(2) Escolha do método de medida	170
(3) Seleção dos itens e identificação de seus domínios	171
(4) Definição da escala de medida	171

(5) Teste- piloto (obtenção da validade de conteúdo)	172
(6) Teste de campo	174
(7) Estruturação do instrumento final	187
<b>DISCUSSÃO</b>	<b>188</b>
Validade de conteúdo	189
Validade de constructo – tipo estrutural	192
Confiabilidade – tipo consistência interna	193
Evidência de confiabilidade tipo equivalência e porcentagem de acordo entre juízes	194
Validade de constructo – teste de hipótese	196
Aplicabilidade e interpretabilidade do questionário	196
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>197</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>199</b>
APÊNDICE 1 - TCLE Participantes	203
APÊNDICE 2 – <i>Links</i> de acesso aos vídeos	206
APÊNDICE 3 – Instrumento versão 5 dimensões e 33 itens	207
APÊNDICE 4 – Instrumento versão 7 dimensões e 27 itens	210
APÊNDICE 5 – Instrumento versão 3 dimensões e 11 itens	213
FICHA 1 – FICHA DO PACIENTE	213
FICHA 2 – FICHA DO OBSERVADOR	214
FICHA 3 – FICHA DO PROFISSIONAL	215
<b>CONCLUSÃO GERAL</b>	<b>217</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>222</b>

## ÍNDICE DAS FIGURAS

### **CAPÍTULO I – ARTIGO 1: Estudo sobre a qualidade de instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente/ família no Brasil**

**Figura 1** Fluxograma do processo de seleção dos estudos 34

### **CAPÍTULO II - ARTIGO 2: Efetividade do treinamento em comunicação de profissionais e estudantes de saúde na relação com o paciente: revisão sistemática**

**Figura 1** Fluxograma do processo de seleção dos estudos 129

### **CAPÍTULO III - Artigo 3: Construção e determinação da adequabilidade de um instrumento de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente durante consulta remota, síncrona, por vídeo interação**

**Figura 1** *Exploratory Graph Analysis* dos 27 itens 177

**Figura 2** *Exploratory Graph Analysis* dos 25 itens 178

**Figura 3** Estabilidade do Item na versão de 25 itens 179

**Figura 4** *Exploratory Graph Analysis* dos 17 itens 180

**Figura 5** Estabilidade do Item na versão de 17 itens 181

**Figura 6** *Exploratory Graph Analysis* dos 11 itens 182

**Figura 7** Estabilidade do Item na versão de 11 itens 182

**Figura 8** *Raincloud Plot* das diferenças entre questionários 187

## ÍNDICE DAS TABELAS

### INTRODUÇÃO GERAL

<b>Tabela 1</b>	Distâncias discerníveis entre as pessoas durante uma interação	16
<b>CAPÍTULO 1 – ARTIGO 1: Estudo sobre a qualidade de instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente/ família no Brasil</b>		
<b>Tabela 1</b>	Avaliação da Qualidade dos Estudos Quanto à Confiabilidade – Risco de Viés	83
<b>CAPÍTULO II - ARTIGO 2: Efetividade do treinamento em comunicação de profissionais e estudantes de saúde na relação com o paciente: revisão sistemática</b>		
<b>Tabela 1</b>	Síntese dos dados dos estudos incluídos na revisão	132
<b>Tabela 2</b>	Síntese da avaliação do risco de vieses dos estudos	139
<b>CAPÍTULO III - Artigo 3: Construção e determinação da adequabilidade de um instrumento de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente durante consulta remota, síncrona, por vídeo interação</b>		
<b>Tabela 1</b>	Valores absolutos e frequências de respostas por categorias para os três vídeos	175
<b>Tabela 2</b>	Cargas de Redes para o Instrumento Versão 11 Itens	183
<b>Tabela 3</b>	Valores e interpretações para <i>Kappa de Fleiss</i> , p- valor e porcentagem de concordância por fatores e categorias de respostas para o Vídeo 1 (11 itens, 122 respondentes)	184
<b>Tabela 4</b>	Valores e interpretações de <i>Kappa de Fleiss</i> , p- valor e porcentagem de concordância por categorias de respostas para o Vídeo 1 (11 itens, 122 respondentes)	185
<b>Tabela 5</b>	Valores e interpretações de porcentagem de concordância por fatores e categorias de respostas para o Vídeo 2 (11 itens, 32 respondentes)	185
<b>Tabela 6</b>	Valores e interpretações de porcentagem de concordância por fatores e categorias de respostas para o Vídeo 3 (11 itens, 33 respondentes)	185
<b>Tabela 7</b>	Valores e interpretações de porcentagem de concordância (%) por categorias de respostas para os Vídeos 2 e 3 (11 itens)	186
<b>Tabela 8</b>	Comparações <i>Post-Hoc</i> com correção Bonferroni	186

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### **CAPÍTULO II - ARTIGO 2: Efetividade do treinamento em comunicação de profissionais e estudantes de saúde na relação com o paciente: revisão sistemática**

<b>Gráfico 1</b>	Gráfico do risco de viés dos artigos incluídos na revisão	139
------------------	---	-----

## ÍNDICE DE QUADROS

### **CAPÍTULO I - ARTIGO 1: Estudo sobre a qualidade de instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente/ família no Brasil**

<b>Quadro 1</b>	Quadro das principais características dos estudos incluídos na revisão	35
-----------------	--	----

### **CAPÍTULO III - ARTIGO 3: Comunicação com o doente em consulta remota: construção de instrumento de avaliação**

<b>Quadro 2</b>	Quadro dos domínios e número de itens do instrumento inicial	171
<b>Quadro 3</b>	Quadro dos domínios e número de itens do instrumento após primeira rodada de validação de conteúdo	173
<b>Quadro 4</b>	Quadro das dimensões do instrumento após validade de constructo	183

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>4HCS</b>	Four Habits Coding Scheme
<b>AFE</b>	Análise Fatorial Exploratória
<b>ANOVA</b>	Análise de Variância
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ASD</b>	<i>Aging Semantic Differential</i>
<b>bootEGA</b>	<i>Bootstrap Exploratory Graph Analysis</i>
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CARE</b>	<i>Consultation and Relational Empathy</i>
<b>CAT</b>	<i>Communication Assessment Tool</i>
<b>CINAHL</b>	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
<b>COSMIN</b>	<i>COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments</i>
<b>DA</b>	Doença de Alzheimer
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>EBEC</b>	Escala Breve de Comunicação de Estratégias de Comunicação
<b>EBIC</b>	<i>Extended Bayesian information criterion</i>
<b>EC4H</b>	Escala de Codificação de Quatro Hábitos
<b>EGA</b>	<i>Exploratory Graph Analysis</i>
<b>ERIC</b>	<i>Education Resources Information Center</i>
<b>FAQ2</b>	<i>Facts on Aging Quiz 2</i>
<b>KCSA</b>	<i>Kalamazoo Communication Skills Assessment</i>
<b>GKCSAF</b>	<i>Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form</i>
<b>GLASSO</b>	<i>Graphical least absolute shrinkage and selection operator</i>
<b>HCAT</b>	<i>Health Communication Assessment Tool</i>
<b>HLAQs</b>	<i>Health Literacy Assessment Questions</i>
<b>IVC</b>	Índice de Validade de Conteúdo
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MEDLINE</b>	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
<b>MeSH</b>	Medical Subject Headings
<b>NIH</b>	<i>National Institutes of Health</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OSCE</b>	<i>Objective Structured Clinical Examination</i> (Exame Clínico Objetivo e Estruturado)
<b>PDRQ-9</b>	<i>Patient-Doctor Relationship Questionnaire</i>
<b>QCMN</b>	Qualidade da Comunicação de Más Notícias
<b>QOC</b>	Quality of Communication Questionnaire
<b>RVC</b>	Razão de validade de conteúdo
<b>SCAG</b>	<i>Structured Communication Adolescent Guide</i>
<b>SciELO</b>	<i>Scientific Electronic Library Online</i> (Biblioteca Eletrônica Científica Online)
<b>SCSS</b>	<i>Small Communication Strategies Scales</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TIC</b>	Tecnologia da Informação e Comunicação
<b>UTI</b>	Unidade de Tratamento Intensivo
<b>vs</b>	Versus
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## **INTRODUÇÃO GERAL**

Comunicação e linguagem estão intrinsecamente relacionadas, uma vez que a linguagem é a principal ferramenta utilizada para facilitar a troca de informações, ideias, pensamentos e sentimentos entre as pessoas. A linguagem funciona como um sistema que permite articular e transmitir significados, tornando possível a interação e a compreensão entre os indivíduos.

A linguagem constitui-se em uma habilidade exclusiva dos seres humanos e é aquilo que permite o compartilhamento e transmissão de conhecimento complexo. A linguagem pode ser falada, escrita ou não verbal (envolvendo gestos, expressões faciais e linguagem corporal) e pode ser aprimorada em qualquer época da vida. A linguagem também é estruturada, com regras gramaticais e sintáticas que ajudam a organizar as palavras em frases e dar significado às mensagens.

Além disso, a linguagem é um meio de expressão cultural e individual e reflete as características e valores de uma determinada comunidade ou grupo social, variando de uma região para outra.

A comunicação é essencial para a interação humana, seja no âmbito pessoal, profissional, acadêmico ou social. Ela desempenha um papel fundamental na transmissão de informações, no estabelecimento de relacionamentos, na resolução de conflitos e na colaboração em atividades. Através da comunicação, o ser humano é capaz de compartilhar experiências, expressar necessidades e emoções, influenciar e persuadir os outros.

No entanto, é importante lembrar que a comunicação nem sempre é eficaz. Barreiras como diferenças culturais, falta de clareza na expressão, preconceitos ou ruídos físicos podem interferir na compreensão da mensagem. Portanto, é fundamental desenvolver habilidades de comunicação eficazes, como ouvir ativamente, articular ideias de forma clara, adaptar-se ao público-alvo e ser sensível às nuances da linguagem não verbal, para que se possa transmitir mensagens com clareza e eficiência.

O processo para o desenvolvimento dessas habilidades inicia-se com uma identificação adequada dos pontos fortes e fracos da competência comunicativa da pessoa, através de uma avaliação específica. Essa deve envolver a análise de diferentes aspectos, como expressão verbal, compreensão verbal, uso adequado da linguagem e capacidade de interação social com o objetivo de identificar possíveis dificuldades ou áreas que necessitam de desenvolvimento.

Com base nos resultados, um plano de intervenção pode ser elaborado para fornecer suporte adequado e treinamento, visando melhorar as habilidades comunicativas e linguísticas da pessoa avaliada.

Desta forma, a avaliação da comunicação é um procedimento fundamental para compreender as necessidades e direcionar o desenvolvimento de habilidades comunicativas de uma pessoa.

É importante salientar que a avaliação da comunicação deve ser realizada de maneira abrangente, considerando o contexto individual, social e cultural da pessoa. Em um mundo cada vez mais conectado digitalmente, um desses contextos relevantes é a consulta remota.

A consulta remota, também conhecida como teleconsulta ou consulta online, é um serviço que permite que os pacientes se comuniquem com profissionais de saúde por meio de tecnologias de comunicação, como videochamadas, telefonemas ou mensagens eletrônicas. Essa modalidade de consulta tem se tornado comum no Brasil e em outros países devido aos avanços tecnológicos e à necessidade de oferecer acesso rápido e conveniente aos cuidados de saúde. No Brasil, a consulta remota vem sendo regulamentada e ganhando maior aceitação nos últimos anos, principalmente após a pandemia COVID - 19.

A comunicação entre profissionais da saúde e pacientes agora ocorre além das paredes tradicionais dos consultórios, permitindo uma interação virtual que visa proporcionar cuidados de saúde eficazes e acessíveis. No entanto, com essa mudança para as consultas remotas surgem desafios únicos que requerem uma avaliação cuidadosa.

Apesar de a consulta remota poder ser uma opção viável e conveniente em muitas situações, proporcionando acesso rápido e eficiente aos cuidados de saúde, nem todos os

casos são adequados para essa modalidade de consulta, requerendo uma avaliação presencial. Portanto, ao decidir sobre a modalidade de consulta, é importante, considerar as necessidades específicas do caso e a natureza da avaliação a ser realizada. Profissionais qualificados poderão avaliar se a consulta remota é apropriada ou se uma avaliação presencial é mais indicada para garantir um atendimento completo e preciso.

Já se sabe que a comunicação eficaz desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde de qualidade, e compreender como ela é afetada pela transição para as consultas remotas é de extrema importância para garantir uma prática ética e eficiente.

Ao avaliar a comunicação durante uma consulta remota, é importante levar em conta a adaptação das práticas tradicionais de comunicação ao ambiente virtual. Assim, é necessário considerar algumas questões específicas ao realizar avaliações da comunicação em consultas remotas. Por exemplo, haver limitações na observação de certos aspectos não verbais, como expressões faciais e linguagem corporal. Além disso, podem surgir desafios técnicos, como problemas de conexão ou qualidade de áudio e vídeo, que podem afetar a interação. Portanto, ao realizar avaliação da comunicação na consulta remota, é fundamental adaptar as práticas e metodologias utilizadas para garantir a validade e a precisão dos resultados.

Ao analisar a clareza da comunicação, a interação entre profissionais de saúde e pacientes, a qualidade da conexão virtual, a expressão de empatia, a usabilidade da tecnologia, a confidencialidade das informações e a acessibilidade para diferentes grupos de pacientes, esta tese pretende oferecer uma avaliação abrangente da comunicação em consultas remotas. Com base nessa análise, serão exploradas possíveis estratégias e recomendações para aprimorar a comunicação nesse contexto, visando a otimização da qualidade do atendimento e a satisfação tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes.

Ao examinar de perto a comunicação em consultas remotas, espera-se contribuir para a compreensão dos desafios e oportunidades apresentados por essa modalidade de cuidado de saúde, e fornecer insights valiosos que possam informar a prática em saúde e orientar a implementação de medidas que melhorem a comunicação, promovendo assim uma prestação de cuidados mais eficaz e centrada no paciente.

Diante disso, torna-se necessário usar um instrumento de avaliação da comunicação em consulta remota que considere diferentes aspectos. Entre eles, destacam-se a clareza e eficácia da comunicação verbal, a adequação das habilidades de escuta e empatia, a organização da consulta, o uso adequado das tecnologias de comunicação, e a capacidade de estabelecer uma relação de confiança e segurança com o paciente mesmo à distância.

Esse instrumento tem como objetivo analisar e mensurar a qualidade da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes durante as consultas remotas, identificando pontos fortes e áreas que precisam ser aprimoradas. Além disso, a avaliação da comunicação em consulta remota permite fornecer um feedback construtivo aos profissionais de saúde, ajudando-os a aperfeiçoar suas habilidades de comunicação nesse contexto específico, como também a orientar a capacitação e treinamento dos profissionais de saúde, visando aprimorar suas habilidades de comunicação nesse ambiente virtual, contribuindo para a melhoria contínua do atendimento nesse contexto.

Esta tese busca desenvolver e avaliar um instrumento de avaliação da comunicação em consulta remota, a fim de contribuir para a promoção de uma interação eficaz, empática e de qualidade entre profissionais de saúde e pacientes nesse formato de atendimento. A partir dos resultados obtidos, espera-se fornecer subsídios para o aprimoramento das práticas de comunicação em consulta remota, promovendo uma experiência satisfatória e segura para pacientes e profissionais de saúde.

Este trabalho é constituído por uma introdução geral, por três capítulos - representados cada um por um artigo científico original e inédito - e pela conclusão geral.

Na introdução geral, ora aqui apresentada, foi exposto um quadro de referência para o estudo multidisciplinar da comunicação, foram apresentados os seguintes assuntos: abordagem multi teórica da comunicação; bases para caracterização de uma comunicação e um comunicador eficaz e facilitadores e barreiras da comunicação humana. Seu objetivo foi a aproximação ao tema principal da tese, qual seja a comunicação humana. Importante frisar que as teorias da comunicação datam de décadas, contudo, continuam fundamentando todos os estudos atuais na área, inclusive nos campos da saúde humana.

Em seguida, o primeiro capítulo constitui-se em uma revisão sistemática intitulada “Estudo sobre a qualidade de instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/

profissional de saúde com o paciente/ família no Brasil” cujo objetivo foi avaliar a validade, a confiabilidade e a aplicabilidade de instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente/ família no Brasil. Nele também são discutidos elementos constituintes de uma boa comunicação interpessoal em saúde. Essa revisão foi realizada para conhecer as características e qualidades psicométricas dos instrumentos brasileiros disponíveis na literatura.

O segundo capítulo - também uma revisão sistemática - é intitulado “Efetividade do treinamento em comunicação de profissionais e estudantes de saúde na relação com o paciente: revisão sistemática” e seu objetivo foi avaliar a efetividade de estratégias de ensino para o desenvolvimento da habilidade comunicativa do profissional/ estudante de saúde na sua relação com o paciente. Como o instrumento a ser elaborado por essa tese possui um cunho educativo, pretendeu-se compreender mais profundamente sobre quais as melhores estratégias de ensino- aprendizagem da habilidade comunicativa para que o instrumento pudesse convergir com esse processo.

O último capítulo refere-se ao estudo empírico cujo objetivo foi elaborar e determinar a validade e a confiabilidade de um instrumento de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente durante consulta remota, síncrona, por videoconferência, em português do Brasil e que pudesse ser aplicado no contexto educativo das diversas profissões de saúde.

Após esses capítulos, apresenta-se uma conclusão geral do trabalho desenvolvido. Nesta oportunidade, o leitor poderá recapitular o contexto, os objetivos, os resultados obtidos e conhecer as principais limitações deste trabalho. Finaliza-se esta conclusão com apresentação de sugestões de estudos futuros assim como uma contextualização do período de desenvolvimento desta tese.

### **Abordagem multiteórica da comunicação**

Existe uma profusão de teorias sobre a comunicação, cada uma delas representando uma vasta gama de disciplinas. Essas diversas teorias observam o objeto considerado sob um prisma diferente, proporcionando insights próprios sobre os comportamentos e eventos comunicacionais. Isso ocorre possivelmente pela natureza

ubíqua e complexa inerente do processo comunicacional (Knower, 1962, como citado em Lanigan, 2018).

Com base nesse apontamento, é possível estudar a comunicação sob uma teoria específica de acordo com o julgamento do investigador, ou através de uma abordagem que reúna as múltiplas teorias existentes.

A primeira opção é restritiva, pois tende a limitar um objeto multidisciplinar e complexo a disciplinas específicas. Além disso, a escolha de uma única teoria pode ser arbitrária e não necessariamente lógica. Por fim, não é possível afirmar que uma teoria é superior ou melhor do que outra.

Por outro lado, adotar uma abordagem multiteórica da comunicação parece razoável, uma vez que as diferentes teorias se complementam e ampliam quando estudadas em conjunto. Uma abordagem ecleticamente fundamentada pode aumentar a compreensão sobre a interação humana. Isso não significa que não se possa ter preferência por uma das teorias, mas sim que adotar essa perspectiva pode ser mais saudável para manter uma cooperação interdisciplinar frente a um objeto de estudo plural e ubíquo. Essa foi a perspectiva adotada na tese.

Portanto, neste momento, fornece-se um quadro de referência para o estudo multidisciplinar da comunicação humana, nesta perspectiva, a comunicação foi abordada amplamente, sem delimitações de áreas do saber. Com esta mentalidade, objetiva-se encontrar as melhores contribuições dos diversos estudos para a partir daí discernir padrões e generalizações que se evidenciam sobre a comunicação nos seus estudos realizados pelos pesquisadores do campo do saber da saúde humana.

Um dos quadros referenciais que ordenam as teorias da comunicação em uma abordagem multiteórica é proposto por Littlejohn (1988). Segundo esse autor, há dois tipos gerais de teoria da comunicação: as macros e as microteorias. As primeiras descrevem a essência da comunicação como um todo, enquanto as segundas apresentam detalhes específicos do seu processo. As macros e as microteorias têm sido empregadas para a caracterização da comunicação e podem ser aplicadas nas várias áreas de conteúdo específico (Freixo, 2012; Littlejohn, 1988; Thayer, 1976) incluindo o campo da saúde.

Segundo Littlejohn (1988), as macros e microteorias da comunicação revelam 3 generalizações vinculadas à comunicação: orientações gerais (definem a natureza da comunicação); processos básicos (recursos comuns a toda comunicação humana) e contextos (circunstâncias em que se realiza a comunicação). Existiria um vasto repertório de teoria relacionada a cada uma dessas generalizações, contudo, o propósito é resumir os parâmetros da comunicação das diversas teorias sem nomeá-las e delimitá-las.

Nessa perspectiva, a comunicação é descrita como um processo intrincado de eventos sociais e psicológicos e incluem interações simbólicas. Os mencionados eventos ocorrem tanto intra quanto interpessoalmente e em diferentes cenários situacionais (interpessoais, grupais, organizacionais e em massa), envolvendo codificação, significação, pensamento, informação e persuasão (Littlejohn, 1988).

Dessa definição, duas descrições são usadas para definir a natureza da comunicação: processo intrincado ou complexo (natureza de processo) e interação simbólica (natureza social).

Em sua natureza processual, a comunicação é percebida como um conjunto organizado de elementos diversos que se relacionam entre si, regidos e regulados por mecanismo de feedback, almejando um objetivo, podendo ser analisados de forma hierárquica (Littlejohn, 1988).

Os elementos formadores desse conjunto se inter relacionam e se afetam mutuamente para formar um todo orgânico (sistema) com alguma função. Há de se considerar que esses elementos possuem suas próprias características e a relação entre eles implica em um efeito mútuo (interdependência) (Littlejohn, 1988).

Partindo-se dessa premissa, em uma consulta de saúde, o conjunto complexo seria formado por dois elementos únicos, cada um com suas próprias características, quando vistos separadamente: o profissional e o paciente. Se ocorrer uma interação mútua entre eles, esses elementos estariam agora correlacionados ou interdependentes, e passariam a integrar um sistema vivo, orgânico e complexo. A partir dessa perspectiva de interdependência, tem-se que uma comunicação de qualidade entre o profissional e o paciente é importante porque constitui a base de todas as futuras transações de assistência à saúde e que definirá o tom e a agenda para os relacionamentos futuros não apenas com

esse profissional individualmente, mas também com todos os outros profissionais de saúde que integram o sistema saúde.

A correlação também pode ser interpretada como uma coibição. Um elemento dentro de um sistema é sempre coibido pela sua interdependência com o outro elemento e, em decorrência disso, afirma-se que uma mudança num elemento ou parte do sistema produzirá alterações em todo o sistema (Littlejohn, 1988) quiçá em outros sistemas externos também.

Dessa maneira, cada elemento participante da consulta de saúde é coibido pela presença do outro, ou seja, embora cada um deles possua algum grau de liberdade, todos eles são mais ou menos dependentes uns dos outros. Por exemplo, se o profissional de saúde está de mau humor na hora do atendimento, talvez seja difícil para o paciente dialogar com ele. Por outro lado, se o paciente se encontra muito fragilizado emocionalmente, ou com alteração importante de sua pressão arterial, talvez o profissional de saúde deva esperar mais algum tempo para apresentar uma nova informação. Assim, os comportamentos do profissional de saúde e do paciente dentro de uma consulta não são independentes, livres ou aleatórios, ao invés, são padronizados, regulados e inter-relacionam-se mutuamente.

Assim, outra qualidade do sistema seria a autorregulação e o autocontrole. Isso significa que o sistema, orientado para alcançar determinado fim, regularia seu comportamento para atingir sua(s) meta(s). Dessa forma, os elementos do sistema se comportariam de acordo com suas regras e se adaptariam ao ambiente por meio de feedback (Littlejohn, 1988). Em outras palavras, o sistema deve ser capaz de detectar desvios de suas normas estabelecidas e corrigir essas tendências para alcançar sua meta. Isso ocorreria por meio do mecanismo de feedback, que aconteceria tanto intra como interelementos, bem como com o ambiente.

Em uma comunicação interpessoal, deve haver um ato expressivo por um dos elementos do sistema que é percebido conscientemente ou não pelo outro. Posteriormente, o elemento originador da mensagem deve receber reconhecimento de que a mensagem foi recebida através do feedback. E, somente assim, um elemento do sistema poderá ajustar-se ao outro (Ruesch & Bateson, 1951).

Perceber o feedback do outro, do sistema ou do meio, exige que todos os envolvidos observem os comportamentos apresentados em nível proposital e que tenham sensibilidade para detectá-lo em seus múltiplos aspectos e estilos. Ou seja, os elementos do sistema e ele próprio devem possuir uma sensibilidade em detectar e aferir o efeito provocado no outro ou no meio e realizar os ajustes necessários para alcançar seus objetivos (Littlejohn, 1988).

Basicamente, o feedback pode ser qualificado como negativo ou positivo. O primeiro é compreendido como um desvio em relação a um propósito, devendo o sistema ou seus elementos ajustarem-se para reduzi-los, consertarem ou neutralizarem esse desvio. O feedback positivo indicaria a ocorrência de fatos consoante o propósito pretendido. Neste caso, o sistema ou seus elementos poderiam manter ou ampliar suas ações (Littlejohn, 1988).

Em uma consulta de saúde, quando o locutor (paciente ou profissional de saúde) recebe o feedback negativo do outro, ele sabe que não está atingindo seu propósito e isso requer dele uma mudança de estratégia ou de rota, seja repetindo, diminuindo ou descontinuando a ação, por exemplo. Por outro lado, o inverso ocorre com o feedback positivo que acarretaria uma manutenção, aumento ou prosseguimento da ação. Esses comportamentos também poderiam ser aplicados no processo de ensino-aprendizado, sendo a interação entre o tutor e o aprendiz.

Em suma, em uma consulta ou em um processo de aprendizagem, o profissional deve observar constantemente os efeitos de seus atos sobre o outro e usar essa informação para adaptação à situação. Assim, o profissional formula mensagens, recebe feedback, prediz e volta a ajustar-se - esse é um processo central de toda comunicação humana (Littlejohn, 1988).

Outro aspecto a ser observado é a relação do sistema com o meio. Littlejohn (1988) informa que esse sistema sobrevive devido ao seu intercâmbio com o meio externo (tempo, espaço, características físicas do ambiente), formatando-se assim como um sistema aberto, dependente de inputs de outros sistemas.

Dessa maneira, a comunicação deve ser vista e pensada dentro de um contexto de tempo, espaço e lugar, uma vez que esses fatores ou sistemas - a depender da perspectiva - podem afetar de alguma maneira o sistema em questão. Em linhas práticas, deduz-se

que, no contexto da saúde, a consulta é influenciada não somente pelos seus elementos constituintes, mas também pelo local, cultura, sistema, política e o tempo em que ela é realizada.

Como o meio está em constante mudança, para sobreviver, o sistema deve ser adaptável. Isto é observável ao longo da história da saúde, a consulta a um especialista de saúde já foi considerada como um domínio somente deste, estando toda a conduta do atendimento sob sua direção e responsabilidade. De acordo com essa perspectiva, o paciente era alguém totalmente submisso (Scheeffler, 1993). Com as mudanças sociais e o avanço das tecnologias, essa visão de atendimento precisou adaptar-se.

Com o aumento da conscientização pública sobre questões de saúde e a pronta disponibilidade de informações, as pessoas passaram a ser mais informadas sobre as condições de saúde-doença, seus direitos e os tratamentos disponíveis, passando a chegar a uma consulta mais informados e mais questionadores do que as gerações anteriores, por exemplo. Isto exige uma reorganização do sistema de atendimento até então adotado.

Outro fator contribuinte na adaptação do sistema de atendimento centralizador foram os estudos que apontaram que algumas abordagens de comunicação com o paciente são mais eficazes em influenciar os resultados da consulta do que outras. Por exemplo, o atendimento centrado no paciente - em que ideias, informações e as decisões são todas compartilhadas - é mais eficaz do que abordagens mais tradicionais para a consulta (Stewart, 1995). Esse novo paradigma tem causado mudanças na maneira de abordar o paciente nas instituições de saúde e nas próprias políticas de saúde.

Continuando com as qualidades da comunicação como sistema, têm-se que os sistemas complexos consistem em uma série de níveis de crescente complexidade (Koestler, 1969). Assim, considerando-se o indivíduo como um elemento dentro de um sistema (uma consulta, por exemplo), ele consistiria em uma formação hierarquicamente organizada de células, órgãos, sistemas de órgãos, corpo, grupo cultural, sociedade etc. O profissional de saúde deve considerar todos esses níveis de complexidade e suas interações para que o atendimento seja mais eficiente.

Finalmente, menciona-se a última qualidade de um sistema complexo aberto que é a equifinalidade que significa que um certo estado final pode ser realizado de muitas maneiras e desde diversos pontos de partida. Assim, o sistema adaptável pode alcançar

seu objetivo em várias condições ambientais diferentes (Littlejohn, 1988). Na consulta, por exemplo, o profissional de saúde pode relatar a mesma informação básica de muitas formas diferentes para obter os mesmos resultados.

Até este momento, discutiu-se a comunicação em sua natureza de processo. Uma segunda generalização importante sobre a comunicação é a de que essa é um processo de interação simbólica (natureza social).

As interações entre os elementos do sistema comunicacional ocorrem por meio de trocas de mensagens simbólicas (Littlejohn, 1988). Entende-se por simbólico as representações figurativas e hipotéticas que se faz das relações, objetos, pessoas etc e que são aprendidas através das interações com os membros do grupo social em que se vive. O sistema simbólico primordial é representado pela linguagem (Littlejohn, 1988; Silva, 2012).

A concepção da interação simbólica é a de que se age com base em significados que se atribui a objetos, pessoas, interações etc. Desse modo, por meio da leitura que se faz sobre a atitude, ação ou comportamento do outro, elaboram-se estratégias de comportamento para lidar com esse outro, ou seja, o que se vê e se percebe de uma determinada situação são parâmetros que determinam as atitudes (Silva, 2012).

Mead (1936) e Blumer (1955) apontam que o indivíduo interpreta o que é visto e ouvido, definindo a situação experienciada e que cada um possui um aspecto criativo e ativo que proporciona mudanças (Mead, 1936).

Essa é uma perspectiva que percebe os indivíduos como capazes de empregar o raciocínio e a simbolização para interpretar e adaptarem-se às circunstâncias, a depender de como elas próprias definem a situação (Hall, 1987; Kanter, 1972).

Portanto, para que o profissional de saúde compreenda os comportamentos de seu paciente, é necessário que conheça como seu paciente formula as interpretações sobre a doença, a saúde, a cura, o tratamento, os obstáculos e suas alternativas. A partir desse compartilhamento simbólico, o profissional poderá mobilizar ações com maior potencialidade de causar mudanças de comportamentos, opiniões, expectativas e exigências no paciente.

\*\*\*

Até esse momento, foram apresentados os conceitos sobre as orientações gerais da comunicação que foi apresentada como um processo ou sistema complexo que ocorre por meio de interação simbólica. Passa-se agora a compreender os processos básicos que ocorrem em toda comunicação humana: codificação, significado, pensamento, informação e persuasão (Littlejohn, 1988).

A interação simbólica é um movimento de ir e vir de mensagens codificadas. A codificação representa a relação de signos com objetos, eventos e condições, configurando-se como um processo complexo de uso de signos que podem ser manipulados de acordo com o intuito do comunicador para que formem pensamentos e coisas conceituais (Littlejohn, 1988).

Ou seja, pode-se manipular pensamentos, comportamentos, evocar identificação e conscientização, julgar ou suscitar respostas de julgamento sobre objetos, eventos ou condições e planejar ações através dos signos. Portanto, o signo se relaciona com todas as fases do comportamento humano: percepção, manipulação e consumação do ato (Morris, 1955).

Para elucidar, vamos imaginar uma consulta entre um profissional de saúde e um paciente. O profissional verbaliza uma informação sobre a necessidade do paciente em adquirir um novo hábito, escutar o profissional representa o estágio perceptual do ato. Após ouvir o profissional, o paciente talvez permaneça algum tempo pensando sobre a informação apresentada, poderá pensar sobre o que o profissional pretendeu dizer com as afirmações apresentadas e talvez decida que a informação se reveste de importância para si. Este é o estágio da manipulação, quando o paciente está dominado pelo processamento da informação que recebeu e isto está fazendo com que a sua decisão atue sobre o meio ambiente de algum modo (no caso, adotar ou não o hábito). Se decidir adotar o novo hábito, ocorrerá o estágio final de consumação, ou seja, o paciente realizará o novo hábito, permitindo que este o afete (dependência).

Em cada um desses processos são usados signos. No estágio perceptual, há o predomínio de signos designativos; no estágio manipulatório, há preponderância de signos prescritivos e, na consumação, há primazia de signos avaliatórios (Morris, 1964).

Os signos da linguagem podem ser analisados em termos semânticos (como os símbolos relacionam-se com as coisas), pragmáticos (como os signos afetam o

comportamento humano) ou sintáticos (relação de signos com outros signos), podendo ainda serem classificados como verbais e não verbais (Morris, 1946).

Os signos verbais representam uma língua que é uma sequência estruturada de sons da fala organizados em frases que obedecem a regras gramaticais (Littlejohn, 1988). A língua, por sua vez, seria aprendida, convencionada, possuindo homogeneização dentro de uma comunidade (Freixo, 2012). Dentro do cenário da saúde, o profissional de saúde deve estar atento a essas questões para poder usar seu conhecimento gramatical para compreender, selecionar os signos adequados ou criar novas frases conforme o contexto, o paciente e o período histórico em que vive.

Os signos não verbais são representados por comportamentos corporais (teoria cinésica), espaciais (teoria proxêmica) e vocais (teoria da paralinguagem) e transmitem significados e emoções, regulando a interação (Littlejohn, 1988). Eles estão inter-relacionados entre si e com os signos verbais, quando presentes, de maneira que signos verbais podem ser contrariados e desmentidos por signos não verbais que o acompanham (Freixo, 2012).

Importante destacar que o comunicante se utiliza de signos verbais e não verbais para se comunicar e que o significado da mensagem advém da imagem global do complexo desses signos (verbais e não verbais) (Littlejohn, 1988).

A teoria cinésica que centra-se no estudo dos movimentos, gestos, posturas e expressões do corpo informa que as interpretações de cada um desses se enquadram em códigos culturais específicos, embora pareça existir práticas e posturas comuns a diferentes culturas (Littlejohn, 1988). Freixo (2012), por exemplo, descreve que o gesto intermitente, de cima para baixo, indica tentativa de domínio, enquanto gestos contínuos e circulares expressariam um desejo de conquistar simpatia ou de explicar algo.

Segundo essa teoria, todo movimento ou expressão corporal possui significado dentro do contexto em que ocorre; está sujeito à análise sistemática; é considerado como um fator social pertencente a um grupo e influencia no comportamento do outro (Littlejohn, 1988).

A teoria proxêmica estuda o uso do espaço utilizado pelos indivíduos durante uma interação. Segundo essa teoria, existiriam um espaço de características fixas, composto

por estruturas físicas inalteráveis (paredes, por exemplo); um espaço de características semifixas, sendo o modo como são dispostos os obstáculos móveis (mesas e cadeiras, por exemplo) e o espaço informal o qual corresponde ao território pessoal em torno do corpo da pessoa. Esse último determinaria a distância entre as pessoas durante uma relação (Freixo, 2012).

Essa distância entre os indivíduos durante uma relação seria influenciada por oito fatores: postura, orientação, distância interpessoal, contato corporal, código visual, código térmico, código olfativo e volume de voz (Bitti & Zani, 1993).

O fator postura considera a posição em pé, sentada ou deitada da pessoa e o sexo do participante. Apesar das posturas poderem ser determinadas pelo contexto e dependerem da cultura, ainda assim é possível diferenciar posturas dominantes e de inferioridade. As primeiras poderiam ser representadas por uma postura em pé, com porte alinhado, cabeça levantada e mãos nos quadris, ou em uma postura sentada em posição central, de frente para os presentes. Ocorrendo um posicionamento corporal diametralmente oposto, na identificação de uma postura de inferioridade (Bitti & Zani, 1993).

A postura também é influenciada pelo estado emocional da pessoa, pela imagem que tem de si e pela atitude perante o receptor da mensagem. (Bitti & Zani, 1993). Estudiosos como Weil & Tompakow (2014) e Matsching (2017) revelam as posições dos corpos e seus significados durante uma interação.

Em suma, poder-se-ia afirmar que a maneira como a pessoa se senta, levanta ou deita-se poderia comunicar significados como amistosidade, hostilidade, superioridade e inferioridade. Ainda, a postura pode indicar um estado emocional como tensão e descontração.

Quando se compara a postura corporal com a mímica facial, poder-se-ia afirmar que a postura teria controle mais difícil do que a mímica facial, de maneira que a ansiedade, por exemplo, poderia ser mascarada pela face, mas não pela postura corporal (Freixo, 2012).

Outro fator que interfere no distanciamento/ proximidade com o outro é o de orientação que se relaciona com o ângulo dos ombros em relação a pessoa com quem se

interage. Olhar alguém de frente, face a face, indicaria intimidade ou agressão, enquanto estar a 90 graus em relação ao outro pode indicar cooperação e o ângulo de 45 graus ser percebido como confortável. Ao adotar-se algum posicionamento frente a outra pessoa, deve-se estar atento para observar a reação corporal do outro (feedback) para compreender como esse está se sentindo (Matsching, 2017), e a partir daí mudar a linguagem corporal, tornando-se mais positivo na relação e com maiores chances de se estabelecer uma comunicação efetiva.

O terceiro fator é a distância interpessoal, classificada em íntima, pessoal, social e pública. O espaço entre as pessoas aumentaria gradativamente da distância íntima para a distância pública e seria influenciado tanto pela personalidade do sujeito quanto pelas características do ambiente e o grau de relacionamento entre os comunicantes (Freixo, 2012). Também os sentidos sensoriais se comportam diferentemente em cada uma dessas situações, quanto maior a distância entre os indivíduos, menor a importância dos acenos de cabeça e mudanças na expressão facial, por exemplo (Bitti & Zani, 1993) (Tabela 1).

O quarto fator é contato pessoal que transmite um sentido de intimidade. Há diferenças quanto a frequência do toque e seu tipo de acordo com a cultura e o grau de intimidade entre as pessoas (Freixo, 2012). Assim, o cumprimento de mãos, aceitos por algumas culturas, assume diferentes configurações e revelam o sentimento de dominação ou de timidez de uma pessoa, por exemplo (Matschnig, 2017).

**Tabela 1***Distâncias discerníveis entre as pessoas durante uma interação (Freixo, 2012)*

<b>Classificação</b>	<b>Modo</b>	<b>Distância</b>	<b>Significado</b>
Íntima	Próximo	Zero a 15cm	Contato físico ou sua iminência de acordo com o desejo da pessoa. Demarca comportamento sexual, de luta, reconforto e proteção.
	Afastado	15 a 40cm	Iminência de contato físico acordo com o desejo da pessoa. Possibilidade de percepção olfativa e de calor irradiado
Pessoal	Próximo	45 a 75cm	Proporciona a possibilidade do toque aos interessados
	Afastado	75 a 125cm	Sem contato. As posições corporais revelam a natureza da relação e dos sentimentos presentes
Social	Próximo	1,20 a 2,10m	Marca o limite de poder de um sobre o outro. Sem percepção dos pormenores da face. Não se espera o toque. Caracteriza as negociações e reuniões informais.
	Afastado	2,10 a 3,60m	As relações são mais formais. Ainda é possível visualizar a qualidade dos cabelos e vestuário.
Pública	Próximo	3,60 a 7,50m	Modo de fuga ou de defesa. Pode desencadear a reação de fuga subliminar. A voz eleva-se, há uma elaboração do vocabulário e do estilo, com transformações de ordem gramatical e sintática.
	Afastado	7,50m ou mais	Imposta por personalidades importantes. Perde-se os pormenores das expressões e dos gestos. Necessidade de elevação da intensidade vocal. A comunicação não verbal ocorre mais por gestos e posturas. A elocução abranda, melhor articulação das palavras e mudanças estilísticas podem ser observados.

O quinto fator (movimentos dos olhos e o contato visual) incluem desde o comportamento olho no olho até a ausência de contato visual. O olhar transmite sentimentos ao outro, por exemplo, o falante que não olha nos olhos do interlocutor pode ser interpretado como indiferente, como “está me rejeitando” ou como falta de sinceridade. O olhar fixo, sem verbalização, pode denotar comportamento de esquiva ou de domínio (Freixo, 2012).

Por último, o código térmico corresponde à percepção do calor emitido pelo outro; o olfativo inclui a espécie e o grau de odor percebido pelo outro e o volume de voz corresponde a intensidade utilizada na emissão vocal e encontra-se relacionada diretamente ao espaço interpessoal (Freixo, 2012).

Ainda dentro da teoria cinésica, Bitti & Zanni (1993) assinalam a mímica do rosto. Para eles, o rosto é considerado como a área do corpo de maior importância para a expressão das emoções e para a comunicação (Ekman, 2011).

A paralinguagem, terceira categoria de comportamento não verbal, constitui-se na fronteira entre os aspectos verbais e não verbais da comunicação, existiram 4 tipos: qualidade vocal (inclui intensidade vocal, qualidade da articulação e ritmo), caracterizadores vocais (inclui os ruídos como riso, choro, bocejo), qualificadores da voz (refere-se a maneira como as palavras e frases são proferidas) e segregados vocais (incluem fatores rítmicos que contribuem para o fluxo da fala como pausas, “hum”) (Littlejohn, 1988).

Após o entendimento sobre a codificação, analisa-se outro processo básico envolvido em toda comunicação: o significado. O signo seria um estímulo com significado compartilhado entre pessoas do mesmo grupo e se relaciona com a imagem que as pessoas possuem do seu meio e com seus estados internos. Desse modo, o significado advém da representação do signo para a pessoa, sendo preferível analisar o significado nas intenções do falante quando este usa a linguagem, ao invés de analisar a linguagem em si e os significados intrínsecos (Littlejohn, 1988).

Como usuários de signos, os seres humanos rotulam os estímulos percebidos, organizando o que se sabe sobre algo. O pensamento humano modela os signos e os seus grupos formando a mensagem, através de uma lógica de relações, para o planejamento e solução de problemas. Sem essa capacidade de usar os signos, não haveria comunicação (Littlejohn, 1988).

Um quarto processo básico da comunicação envolve a informação. A teoria da informação aborda o estudo quantitativo da informação presentes nas mensagens e o fluxo de informações entre os interlocutores, preocupa-se com a exatidão de transmissão da informação, dos significados da informação para a fonte e o receptor (nível semântico) e da influência da informação sobre o receptor (nível de eficiência) (Littlejohn, 1988).

O último processo básico da comunicação é a persuasão. Essa seria o processo de induzir mudanças de atitudes, valores ou comportamentos do outro através da manipulação de mensagens, estando essas mudanças correlacionadas entre si. Contudo, a mudança resultaria não somente das condições na mensagem, mas também em função

dos mediadores internos das pessoas, nomeadamente o ego e a influenciabilidade. Destaca-se que se a pessoa for exposta a um clima de argumentação sobre uma questão, estaria-se estimulando nessa pessoa uma resistência à persuasão subsequente (Littlejohn, 1988).

Com essas generalizações apresentadas até aqui sobre as orientações gerais e processos básicos da comunicação, pode-se considerar a comunicação como um sistema complexo de interação simbólica, que ocorre através dos processos de codificação, significação, pensamento, informação e persuasão, podendo ocorrer em diferentes contextos: interpessoal, pequeno grupo, organizacional e massa.

Nesse estudo, considerou-se somente o contexto interpessoal que representa o estabelecimento e manutenção de relações entre pessoas, no modo presencial, face a face, através da comunicação oral e direta, concentrando-se na troca mútua de pistas verbais e não verbais. Em outras palavras, a comunicação interpessoal exige a presença de duas ou mais pessoas - e essas devem ser capazes de perceber a presença uma das outras - que estabelecem e mantêm a relação definida por percepções mútuas e necessidades interpessoais (inclusão, controle e afeição). Também, a comunicação face a face envolve a interdependência comunicativa (o comportamento comunicativo de um indivíduo relaciona-se com a conduta do outro) além da troca de mensagens - que podem ser codificadas de maneira verbal e não verbal. Por último, ela é marcada pela informalidade estrutural e pela flexibilidade (Littlejohn, 1988).

Vista como um processo, a comunicação interpessoal possui diferentes fatores: as pessoas se apresentam às outras com a finalidade de manejar impressões; quando uma pessoa se comunica com a outra, revela aspectos do seu “eu”, o que pode contribuir para a compreensão mútua (uma de suas metas primárias); ocorre a atração interpessoal (simpatia ou aversão aos outro) e pode gerar conflitos. Particularmente, a compreensão mútua requer abertura e transparência entre os envolvidos (Littlejohn, 1988).

Assim, nesse tipo de interação, a comunicação ocorrerá nos níveis direto ou de conteúdo e no nível de percepção do outro que determinará e manterá ou não a relação. Em outras palavras, a capacidade de um indivíduo em receber a comunicação vai além da capacidade de ouvir, ela depende da riqueza e da profundidade do seu sistema comunicacional e estrutura mental (processamento de informações) e da natureza de suas

atitudes para consigo mesmo, com os outros e todo o complexo de outros fatores até aqui citados. Com igualdade, a habilidade de comunicar-se vai além da capacidade de falar bem.

Desse raciocínio, ainda pode-se depreender que aquilo que um indivíduo ouve - ou como interpreta o que ouve - é um produto dele e não de quem falou. Assim, a mensagem de um emissor pode configurar-se como uma condição necessária para modificar o comportamento do ouvinte, porém a condição suficiente é exclusivamente do ouvinte, de como ele processou a declaração do emissor, isto porque o emissor não encontra uma mente inativa no receptor da mensagem. Ao contrário, este possui seus próprios pensamentos, emoções, histórias, sistema de prioridade e atenção por exemplo. A declaração do emissor poderá ser significativa para o ouvinte somente se este tiver desenvolvido os recursos necessários para apreender e compreender a declaração do emissor, no contexto em que ocorre.

Assim, evidencia-se a existência de condições que determinam o sucesso ou o fracasso da comunicação os quais inclusive estão além do controle do comunicador ou do receptor. Afinal, o que seria uma comunicação eficaz? E quais as habilidades de um comunicador eficiente?

### **Bases para a caracterização de uma comunicação e um comunicador eficaz**

Sobre essas questões, Thayer (1976) esclarece que a eficácia comunicativa é determinada por todos os elementos envolvidos na comunicação: a mensagem emitida, o desempenho do comunicador, o próprio comunicador, a situação, o receptor da mensagem, a mensagem que o receptor capta, as habilidades e aptidões para compreender do receptor etc.

Para ele, a medida de eficácia comunicativa seria dada pelo sucesso do comunicador em adquirir a informação de que precisa acrescida do sucesso em atingir suas intenções comunicativas para consigo mesmo e para com os outros em seu meio ambiente e com a situação em que se presencia ou vive.

A eficácia do comunicador dependeria das circunstâncias, da sua competência para discernir em que tipo de situação se encontra, de sua habilidade para otimizar as situações desafiadoras e de seu conhecimento tático (Thayer, 1976).

As circunstâncias possuem facilitadores e inibidores que estabelecem a possibilidade, a inevitabilidade ou a impossibilidade de alcançar os resultados pretendidos. O comunicador eficaz seria aquele com capacidade de perceber e avaliar muito bem essas circunstâncias e empregar corretamente habilidades compensatórias - para as circunstâncias em que são impossíveis alcançar certas intenções ou metas comunicativas - ou competência tática - para situações em que só é possível realizar seus objetivos até certo ponto (Thayer, 1976).

Assim, as técnicas comunicativas só serão eficientes se, antes de seu uso, o emissor perceber e avaliar a situação plena e exatamente como ocorre, determinando suas possibilidades. Também, o emissor somente será eficiente em situações difíceis (porém possíveis) dependendo de possuir ou não as técnicas apropriadas e adequadas. Resumidamente, o comunicador eficaz seria aquele que atinge suas intenções comunicativas até onde permitem os limites situacionais.

### **Facilitadores e barreiras da comunicação humana**

Os facilitadores e barreiras da comunicação ocorrem em todas as situações comunicacionais.

As barreiras da comunicação são fatores que impedem ou dificultam a troca efetiva de informações entre as pessoas. Algumas das principais barreiras são: barreiras linguísticas (quando os interlocutores não compartilham o mesmo idioma ou há diferenças regionais); barreiras culturais (quando há diferenças de valores, crenças e costumes entre as pessoas envolvidas na comunicação); barreiras psicológicas (quando há preconceitos, estereótipos, emoções negativas ou bloqueios emocionais que impedem a compreensão da mensagem); barreiras físicas (quando há obstáculos físicos, como ruídos, distância, falta de iluminação adequada, que dificultam a audição ou visibilidade da mensagem); barreiras técnicas (quando há falhas no equipamento ou sistema de comunicação, como problemas na conexão de internet) (Thayer, 1976).

Por outro lado, os facilitadores da comunicação são elementos que auxiliam no processo de transmissão de informações, tais como clareza na mensagem (quando a mensagem é clara, objetiva e compreensível, facilitando a compreensão por parte do receptor); empatia (quando os interlocutores conseguem se colocar no lugar um do outro, entendendo suas perspectivas e necessidades); feedback (quando há a possibilidade de

resposta por parte do receptor, permitindo que o emissor possa ajustar a mensagem para melhor compreensão); uso adequado do canal (quando o canal escolhido para a comunicação é o mais adequado para o contexto e objetivo da mensagem); contextualização (quando a mensagem é adequada ao contexto e situação em que se encontra a comunicação, considerando as características dos interlocutores e o ambiente em que ocorre) (Thayer, 1976).

Em suma, a comunicação com o receptor será facilitada quando este precisar do que está comunicativamente disponível para ele, quando o mensageiro comunicar algo que o receptor possa levar em consideração e quando a linguagem não verbal do comunicador alinhar-se com a verbal, servindo para fortalecer a consideração do receptor. Quando alguma dessas condições não for satisfeita, ocorrerão barreiras na comunicação (Thayer, 1976).

\*\*\*

De todo o exposto, conclui-se que a comunicação é o processo de troca de informações, ideias, sentimentos ou significados entre duas ou mais pessoas ou grupos, através de diversos meios, como linguagem verbal e não verbal, escrita, mídia, entre outros. A comunicação pode ocorrer de forma interpessoal, em grupo, organizacional ou em massa, e envolve diversos elementos, como emissor, receptor, mensagem, canal, código, contexto e *feedback*.

Além disso, a comunicação é uma habilidade fundamental para o sucesso em diversos campos, como nas relações pessoais e profissionais, na educação, na saúde e na política. Ela pode ser utilizada para persuadir, influenciar, informar, educar e resolver conflitos. A compreensão da comunicação como um processo complexo e dinâmico é fundamental para o desenvolvimento de competências comunicativas eficazes e para a construção de relações interpessoais saudáveis e produtivas.

A efetividade da comunicação depende da capacidade de transmitir uma mensagem de forma clara e compreensível, considerando o contexto e os objetivos do processo comunicativo. E um comunicador eficaz deve ser capaz de adaptar sua linguagem e estilo de comunicação de acordo com o público-alvo, além de utilizar os recursos adequados para garantir a compreensão da mensagem, como gestos, expressões faciais, tom de voz, entre outros. Além disso, um comunicador eficaz deve ser capaz de

receber e interpretar o feedback do receptor da mensagem, a fim de realizar ajustes e garantir a compreensão da mensagem.

Os processos que dificultam ou facilitam uma comunicação estão presentes em todas as situações e devem ser percebidos pelo comunicador eficaz para o sucesso comunicativo.

## **CAPÍTULO I – ARTIGO 1**

### **Estudo sobre a qualidade de instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente/ família no Brasil**

## **Estudo sobre a qualidade de instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente/ família no Brasil**

Thais Titonel Abreu<sup>1</sup>

Isabel Maria Sousa Lopes Silva<sup>2</sup>

Carolina Villa Nova Aguiar<sup>3</sup>

Ediriomar Peixoto Matos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Doutoranda da Universidade Fernando Pessoa (Porto/ Portugal). <sup>2</sup>Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. <sup>3</sup>Escola de Psicologia. Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (Bahia/ Brasil). <sup>4</sup>Universidade Federal da Bahia – UFBA (Bahia/ Brasil)

<sup>1</sup>Autor correspondente: E-mail: thais.abreu@saude.ba.gov.br

### **RESUMO**

O conhecimento sobre a qualidade comunicativa do estudante/ profissional de saúde pode contribuir para que fragilidades na sua competência comunicativa possam ser identificadas e melhoradas. Uma revisão sobre a qualidade de instrumentos que avaliam a comunicação interpessoal pode ser útil para selecionar um instrumento de medida mais adequado (de acordo com o propósito, contexto e população), válido e confiável para tal fim. Assim, o objetivo deste artigo foi caracterizar, analisar e sintetizar o conhecimento atual sobre instrumentos avaliativos da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente desenvolvidos ou adaptados para o Brasil. Para isso, realizou-se uma revisão sistemática guiada pelo *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN). As perguntas norteadoras da pesquisa foram: quais são os instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente elaborados ou validados para o português do Brasil? Quais são suas características? Quais suas evidências de qualidade? Foram considerados capítulos de livros, coletâneas e tratados, periódicos científicos e de divulgação científica, monografias, dissertações e teses com objetivo de elaborar e validar ou somente validar para o português brasileiro instrumentos de avaliação da comunicação interpessoal do estudante/ profissional de saúde com o paciente, publicados integralmente até março de 2022, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram extraídos dados para caracterizar os instrumentos, avaliar características psicométricas (validade e confiabilidade) e

viabilidade. A avaliação da qualidade dos estudos quanto a confiabilidade - risco de viés - foi realizada usando-se o método de contagem da pior pontuação para a partir daí chegar a uma classificação geral do estudo segundo o proposto pelo COSMIN. Ao final, nove artigos foram incluídos: oito deles objetivaram a adaptação transcultural e um, a elaboração do instrumento. O número de itens dos instrumentos validados variou entre 10 e 34. Os domínios avaliados foram diversos e variavam entre características da comunicação ou do comunicador. O tipo de escala de resposta predominante foi a de Likert de cinco pontos. Dos 9 estudos, 5 realizaram análise de confiabilidade sendo que todos foram classificados como inadequados neste quesito. Conclui-se que os nove instrumentos encontrados nesta revisão variaram quanto à estrutura geral, conteúdo e métodos de avaliação além de apresentarem confiabilidade inadequada. Assim, desenvolvimento de instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente, pautado em rigor metodológico, faz-se essencial no Brasil.

**Palavras-chave:** comunicação, instrumento, avaliação, qualidade.

## **ABSTRACT**

Assessing the quality of the communication of healthcare students and professionals with the patient can contribute to the identification of weaknesses in the communicative competence and help promote improvements to it. A review of the quality of instruments assessing interpersonal communication can be useful for selecting the most appropriate measurement instruments (according to the purpose, context, and population), and help establish their validity and reliability. The aim of this article is to characterize, analyze and synthesize the current knowledge about the instruments used to assess the quality of the communication of both healthcare students and professionals with the patient, developed or adapted for Brazil. It includes a systematic review guided by the COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN). The guiding questions were: which instruments developed or validated in Brazil are currently available for evaluating the communication between the healthcare professional and the patient? What are their main features? What is the quality evidence? Book chapters, collections and treatises, specialized publications, scientific journals, monographs, doctoral theses and dissertations were included with the objective of elaborating and validating or only validating for the Brazilian Portuguese language

instruments assessing the communication of healthcare professionals with the patient, published until March 2022, in either Portuguese, English or Spanish. Data were extracted from them to characterize the instruments, assess psychometric characteristics (validity and reliability) and feasibility. The evaluation of the quality of the studies in terms of reliability - risk of bias - was carried out using the method of counting the worst score and, from there, to arrive at a general classification of the study, as proposed by COSMIN. Nine articles were included. Eight of them aimed at cross-cultural adaptation, and one at the elaboration of the instrument. The number of items in the validated instruments ranged from 10 to 34. The domains assessed were diverse and varied between communication and communicator characteristics. The predominant type of response scale was the five-point Likert scale. Of the 9 studies, 5 performed reliability analysis and all were classified as inadequate in this regard. The nine instruments found in this review varied in terms of general structure, content, and evaluation methods, besides showing inadequate reliability. We conclude that it is essential to develop instruments in Brazil based on methodological rigor to assess the communication of healthcare students and professionals with the patient.

**Keywords:** communication, assessment, instrument, quality.

## INTRODUÇÃO

Os estudos multiteóricos clássicos sobre a interação humana, há décadas, definem a comunicação como um conjunto organizado de elementos diversos que se relacionam e se influenciam (interdependência), regidos e regulados por mecanismo de feedback, com um objetivo definido e que pode ser analisado de forma hierárquica (Freixo, 2012; Littlejohn, 1988; Thayer, 1976). Atualmente, essas concepções são corroboradas por estudos mais avançados como a neurociência experimental que, através da técnica de hiper digitalização (Montague et al., 2002) e pela perspectiva da “segunda pessoa” ou “neurociência de duas pessoas” (Hari & Kujala, 2009; Hari et al., 2015; Hasson & Frith, 2016; Redcay & Schilbach, 2019; Schilbach et al., 2013), demonstra que a comunicação linguística está associada a um padrão de sincronização neural interpessoal ou acoplamento neural entre parceiros.

A partir desta perspectiva de interdependência do sistema comunicacional interpessoal, Parsons (1975) já distinguia três situações na relação profissional-paciente: atividade-passividade, em que o profissional é ativo e o paciente é passivo; gestão-cooperação, na qual o paciente segue a orientação dada e participação mútua, na qual o profissional orienta os pacientes através da ajuda deles mesmos. O modelo atual de qualidade de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) está alinhado com esta terceira situação relacional profissional – paciente ao definir que a prestação de cuidados ao paciente deve ser consistente com os valores, necessidades e desejos deste e isso só é alcançado quando os profissionais envolvem os pacientes nas discussões e decisões sobre sua saúde (Mead & Bower, 2000).

Esta diretriz conhecida como Método Clínico Centrado no Paciente integra os conceitos de saúde, doença e experiência da doença (sentimentos, ideias sobre o que está errado, efeito da doença em suas atividades, expectativas em relação ao atendimento) com o entendimento da pessoa como um todo, incluindo a conscientização quanto ao estágio em que a pessoa se encontra e seu contexto de vida. Uma das duas metas centrais deste método é a elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas que reflita as necessidades, valores e preferências do paciente e que, ao mesmo tempo, seja fundamentado em evidências e diretrizes. A outra meta é a intensificação da relação entre a pessoa e o profissional de saúde (Santiago et al., 2020; Stewart et al., 2017). Este processo complexo é desenvolvido pela colaboração entre o profissional e a pessoa, com base em confiança, compaixão, empatia, cuidado, compartilhamento e respeito mútuo. Acredita-se que o cuidado centrado no paciente tenha muitos benefícios e tem sido proposto como um meio de alcançar melhores resultados de saúde, maior satisfação e segurança do paciente, melhor relacionamento profissional-paciente, maior qualidade assistencial além de redução de custos de saúde (Kinnersley et al., 2000; Loh & Sivalingam, 2008; Stewart et al., 2017; Stewart, 1995; Teutsch, 2003).

Com base nisso, fica evidente a necessidade da discussão em torno da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. Sendo assim, é importante analisar quais características e comportamentos comunicacionais são mais favorecedores para proporcionar um diálogo informativo, respeitoso e acolhedor entre eles. Em uma primeira análise, deve-se entender que a comunicação interpessoal oral nasce da combinação da linguagem oral (comunicação verbal) com gestos, mímica, postura, movimento, aparência (comunicação não verbal) e com atributos da voz que acompanham

a palavra, como entonação, a inflexão da voz, tom, ritmo, fluxo (formas paraverbais), podendo ser influenciada por uma série de fatores: grau de proximidade ou proximidade espacial; limites e extensão do contato físico; estilo amigável ou autoritário de comunicação; troca de olhares; volume e ritmo das interações e dinâmica do autodesenvolvimento recíproco (Jiang et al., 2021; van Servellen, 2009). A comunicação não-verbal e as formas paraverbais são importantes do ponto de vista de seu efeito emocional e formação de confiabilidade e simpatia que devem existir entre os dois lados, essas formas são desprovidas de valores semânticos e lógicos (Chichirez & Purcărea, 2018).

A comunicação durante um atendimento em saúde é um processo ativo de transmissão e recepção de informações verbais e não verbais, e, pelo menos o profissional de saúde deve ter habilidades de escuta ativa, de compreensão da mensagem verbal e não verbal do paciente e de utilizar a linguagem verbal e não verbal de maneira a compreender a perspectiva do paciente, explorar seus pensamentos e emoções, orientando-o para a melhora de sua saúde (Ditton-Phare et al., 2017; Haskard et al., 2008; van Servellen, 2009). A qualidade das informações obtidas pelo profissional durante a consulta está intimamente ligada às habilidades de comunicação do profissional e do paciente. Na literatura, é mencionado que a escuta, as habilidades de explicação e empatia do profissional têm efeito profundo sobre o estado de saúde do paciente e seu funcionamento, bem como em sua satisfação em relação aos cuidados no estabelecimento de saúde (Brock, 2013; Matusitz & Spear, 2014).

Na comunicação com o paciente, a escuta e disponibilidade (tempo) são elementos fundamentais para manter atenção ao falante, independentemente do estado emocional e modo de funcionamento cognitivo do paciente (Oliver, 2015). Algumas regras devem ser atendidas para que a escuta seja eficiente: precisa ser um processo ativo, total, empático, receptivo e com uma certa crítica. Em primeiro lugar, a escuta deve ser ativa, o que envolve além da participação mental (atenção e concentração) uma mobilização física, por exemplo, a adoção de posições corporais sugestivas de interesse pelo outro como o tronco em direção a quem fala e manejo vertical com a cabeça. Ao mesmo tempo, deve ser total, significando que, além de receber e compreender a mensagem verbal, atenção especial deve ser dada ao componente não verbal da mensagem; responsiva, tratando as afirmações problemáticas do paciente objetivamente) e envolver algumas críticas (exagerada tolerância para com o falante vai gerar uma forma de desonestidade que

afetará adversamente o relacionamento) (Chichirez & Purcărea, 2018). É aconselhável ainda que o profissional, durante a interação com o paciente, adote uma atitude aberta, paciente, calma e empática. Assim, o contato visual deve ser mantido, mas não antinatural; a expressão facial deve ser monitorada para que o paciente não se sinta preocupado, frustrado ou desmotivado. A empatia envolve não apenas uma mera simpatia ou intuição das emoções do paciente, mas a identificação de seus sentimentos, com suas características biológicas e psicológicas (Babaii et al., 2021; Larson & Yao, 2005).

Outro elemento fundamental na comunicação com o paciente é a mensagem verbal que deve ser precisa, justa, adequada à situação, informativa, clara, respeitosa, sem ser formal, e sem esquecer que o tom de voz importa e que a oscilação, hesitação ou atraso na oferta de uma solução tem uma influência negativa sobre a relação. O estabelecimento do diagnóstico e tratamento, embora continue sendo o objetivo principal da relação profissional-paciente, deve ser realizada de acordo com a necessidade do paciente. A comunicação com o paciente deve ser adequada ao seu status, insight e possibilidades associadas a elementos de suporte de um relacionamento positivo (Chandra & Mohammadnezhad, 2021).

No Brasil, as políticas governamentais da saúde encontram-se alinhadas com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (2020), assim, o desenvolvimento de competências como atitudes de escuta, empatia e comunicação pelos profissionais de saúde tem sido reconhecido como essencial para um cuidado seguro e de qualidade na saúde (Brasil, 2017).

Pelo exposto, fica evidente que conhecer a qualidade comunicativa do estudante/profissional de saúde, através do uso de instrumentos de medida confiáveis e adequados ao contexto, é essencial para alcançar melhores resultados de saúde, maior satisfação e segurança do paciente, maior qualidade assistencial além de redução de custos de saúde. Portanto, uma revisão sobre as qualidades desses instrumentos pode ser útil para selecionar uma ferramenta de medida adequada (de acordo com o propósito, contexto e população), válida e confiável. O objetivo dessa revisão foi caracterizar, analisar e sintetizar o conhecimento atual sobre instrumentos avaliativos da comunicação do estudante/profissional de saúde com o paciente desenvolvidos ou adaptados para o Brasil. Resultados deste estudo poderão orientar educadores para selecionar as melhores e mais atuais ferramentas de avaliação da competência comunicativa do estudante/profissional

de saúde. Também poderá orientar pesquisadores que buscam desenvolver novos instrumentos ou ultrapassar limitações dos instrumentos existentes.

Para testar a aplicabilidade do estudo, definir sua questão de pesquisa e seus termos como também para obter maior familiaridade com o tema, foi realizada uma busca por informações primárias (PubMed, Embase, LILACS, Google Acadêmico) e secundárias publicadas de janeiro de 2017 a janeiro de 2022, em inglês, espanhol ou português, nos bancos de dados *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, Cochrane Library, PubMed e PROSPERO.

Nessa oportunidade, foram encontrados diversos artigos primários e um secundário. A revisão encontrada era uma revisão de escopo, realizada com estudos de validação transcultural para o português do Brasil, publicados entre 2012 e fevereiro de 2019. Para além de identificar estudos, esta revisão pretendeu também caracterizar e resumir as evidências psicométricas relatadas. E incluiu além de validações transculturais, instrumentos desenvolvidos no Brasil.

## **MÉTODOS**

Este estudo constitui-se em uma revisão sistemática guiada pelo *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments* - COSMIN (Mokkink et al., 2021).

Na primeira fase deste trabalho, ocorreu a realização da busca em centros de pesquisas para auxiliar na determinação de estratégias de busca. Após, elaborou-se um protocolo de pesquisa preliminar que foi avaliado por um profissional externo. As perguntas da pesquisa foram: quais são os instrumentos de avaliação da comunicação interpessoal do estudante/ profissional de saúde com o paciente ou sua família elaborados ou validados para o português do Brasil? Quais são suas características? Quais suas evidências de qualidade psicométrica? Qual sua viabilidade de uso no Brasil?

Para testar a aplicabilidade do estudo, definir sua questão de pesquisa e seus termos como também para obter maior familiaridade com o tema, foi realizada uma busca por informações primárias (PubMed, Embase, LILACS, Google Acadêmico) e secundárias publicadas de janeiro de 2017 a janeiro de 2022, em inglês, espanhol ou

português, nos bancos de dados JBI *Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *Cochrane Library*, PubMed e PROSPERO.

Nessa oportunidade, foram encontrados diversos artigos primários e um secundário. A revisão encontrada era uma revisão de escopo, realizada somente com estudos de validação transcultural para o português do Brasil, publicados entre 2012 e fevereiro de 2019. Para além de identificar estudos, a presente revisão pretendeu também caracterizar as evidências psicométricas e de viabilidade do instrumento no Brasil. E incluiu além de validações transculturais, instrumentos desenvolvidos no Brasil.

### **Crítérios de elegibilidade**

Os estudos a serem incluídos nessa revisão deveriam possuir como *constructo* a comunicação oral do estudante, cuidador ou profissional de saúde; como *população*, estudantes (graduandos e/ou pós-graduandos), cuidadores (familiares ou técnicos) e profissionais (técnicos ou graduados) de qualquer área da saúde humana, sexo, gênero ou idade além de familiares ou pacientes (reais, padronizados ou simulados) de qualquer idade, com qualquer doença ou em qualquer estágio de tratamento. Como *tipo de instrumento a ser validado ou elaborado*, quaisquer instrumentos de avaliação específica da comunicação interpessoal entre estudante/ profissional de saúde e paciente ou sua família com fins educacionais ou avaliativos, não projetados para uso exclusivo em pesquisa e validados para o português brasileiro. Foram incluídas medidas de resultados relatadas pelo paciente/família, pelo profissional de saúde ou por um observador de maneira individual ou conjunta. O *contexto* do estudo poderia ser primeira consulta ou consulta subsequente, presencial ou virtual, real, simulada ou padronizada do paciente ou seus familiares. Foram incluídos capítulos de livros, coletâneas e tratados, periódicos (científicos e de divulgação científica), monografias, dissertações e teses brasileiros com objetivo de elaborar e validar ou somente validar para o português do Brasil instrumentos de avaliação da comunicação, publicados integralmente até março de 2022, nos idiomas português, inglês ou espanhol.

### **Estratégia de busca por estudos**

Para a definição dos termos de busca, realizou-se uma pesquisa preliminar no PubMed, Embase, LILACS e Google Acadêmico. Também foram consideradas as estratégias de busca apresentadas pela revisão sistemática encontrada (Araújo et al.,

2020). Nessa oportunidade, foram capturadas palavras-chave (retiradas do título ou do resumo) e descritores (MeSH e DeCS). Essa busca foi realizada por um dos revisores, de forma independente. Os termos e as estratégias de busca elaboradas foram validados por pares. Os termos distintos foram combinados utilizando-se o operador booleano “AND”. E entre os sinônimos de um componente da busca, utilizou-se o “OR”. Para a busca foram utilizadas equações de pesquisa com os termos principais e seus sinônimos: 1) communication 2) instrument 3) validation 4) portuguese language. A estratégia de busca principal pode ser encontrada no Apêndice 1. Finalmente, foram realizadas as buscas finais com a lógica de busca adaptada de acordo com a base pesquisada. Foram adotados como limites: campo em que se deseja localizar o termo (título, resumo e palavras-chave), idiomas (português, inglês e espanhol), país de origem do estudo Brasil. Foram pesquisadas as bases de dados SciELO; LILACS; Index Psicologia; PubMed (NIH); ERIC; Web of Science; CINAHL (EBSCO); Portal de Periódicos CAPES (incluindo teses e dissertações); Google Acadêmico (5 primeiras páginas). As referências de cada estudo incluído foram analisadas para busca de materiais relevantes a esse estudo. Toda a busca por estudos foi realizada no período de janeiro a março de 2022.

### **Seleção de estudos**

Concluída a busca, a avaliação dos resultados e seleção dos estudos elegíveis foram feitas por dois revisores, realizando a seleção de maneira independente e com base nos critérios de elegibilidade da revisão. Cada revisor registrou se concordava ou não com a inclusão do estudo, com base na avaliação dos títulos e resumo. Desacordos foram resolvidos por consenso alcançado por meio de discussão. Os artigos selecionados foram avaliados em texto completo, observando-se se de fato atendiam aos critérios da pesquisa. Os estudos excluídos nessa etapa tiveram seus motivos de exclusão registrados. A lista de referências dos artigos selecionados foi escrutinada. Para operacionalizar essa etapa foi utilizado o programa Rayyan (2016). Registros duplicados foram removidos. O processo de triagem e seleção foi representado em um fluxograma PRISMA (Page et al., 2021).

### **Extração de dados**

Foram extraídas informações gerais e específicas dos estudos incluídos. Os dados gerais extraídos foram: nome do artigo, objetivo (validação transcultural ou elaboração), método, instrumento original validado e seu respectivo país de origem (quando de estudo

de validação transcultural), ano de publicação do artigo, ano de validação do instrumento adaptado ou elaborado para o Brasil, nome do instrumento validado ou elaborado para uso no Brasil, constructo do instrumento, contexto de uso do instrumento, público- alvo, domínios/ dimensões, número de itens, tipo de técnica utilizada na avaliação (questionário, teste, inventário, escala, entrevista, observação naturalista, lista de verificação ou lista de classificação), tipo de escala de medida (nominais/ categóricas, ordinais, de intervalo, de rácio), técnica de medida (classificação categorial, escala de *Likert*, escolha forçada, dicotômica), tipo de preenchimento (pelo próprio avaliado ou pelo avaliador). Os dados específicos foram: dados das propriedades psicométricas (validade e confiabilidade), dados de outras análises estatísticas, viabilidade (equipamento, tempo, ações preparatórias gerais e específicas, ações para coleta de dados, ações para processamento e armazenamento de dados, ações de atribuição de pontuações). Quando os dados de viabilidade estiverem ausentes, foi realizada uma suposição deles pelos autores do atual trabalho. Com exceção para o fator tempo por possuir muitas particularidades como número de itens, tipo de escala de resposta, formato de apresentação do questionário, respondentes etc.

### **Avaliação da qualidade dos estudos quanto a confiabilidade – risco de viés**

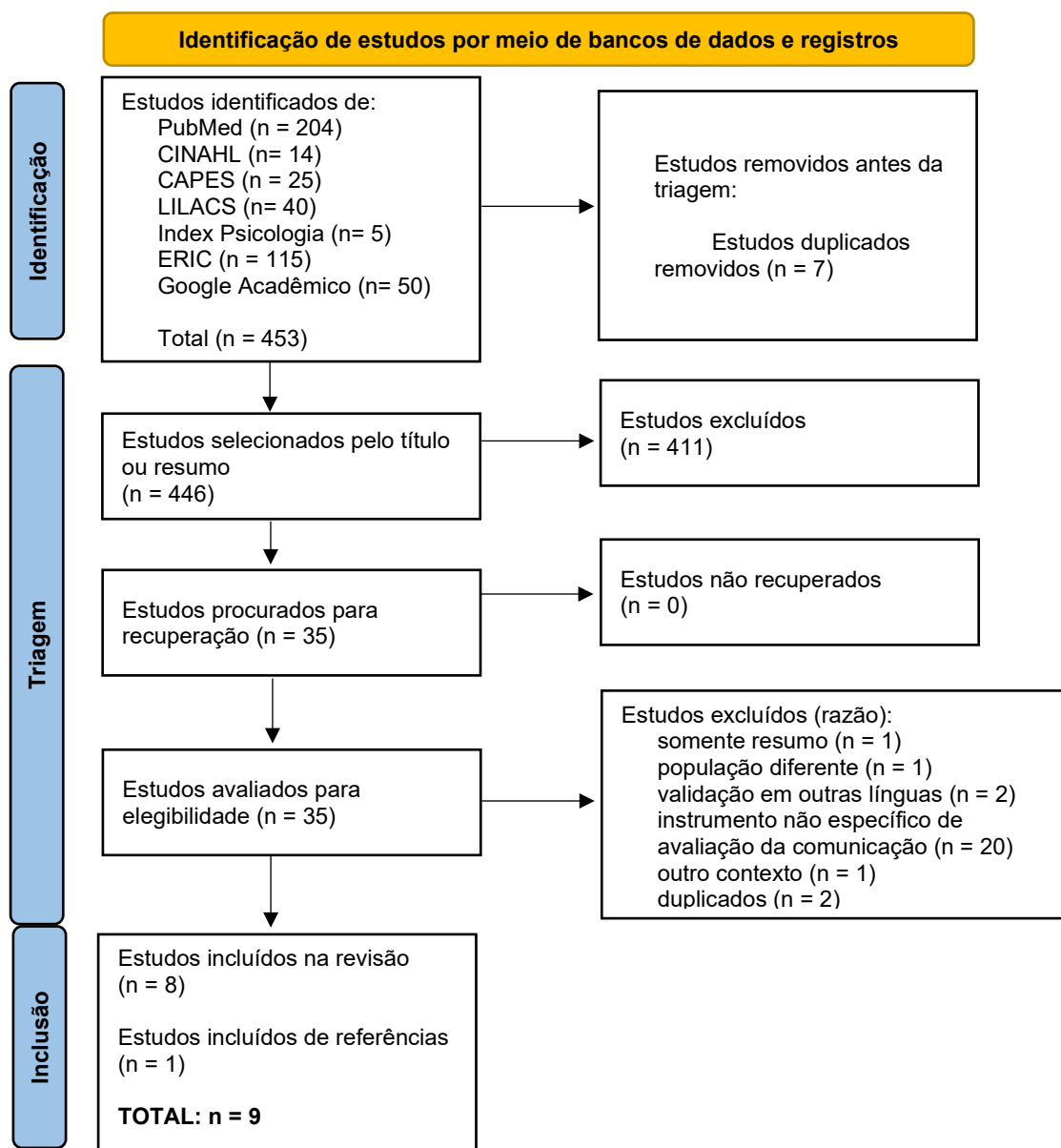
Para a avaliação da qualidade dos estudos quanto a confiabilidade - risco de viés - foi utilizado o proposto pelo *COSMIN Risk of Bias* (Mokkink et al., 2021). Assim, a análise de dados de confiabilidade foi pontuada em um sistema de classificação de quatro pontos (“muito bom”, “adequado”, “duvidoso” ou “inadequado”). A classificação “muito bom” ocorreu quando foram fornecidas evidências ou argumentos convincentes de que o padrão foi atendido; “adequado”, quando é presumido, embora não explicitamente descrito, que o padrão foi atendido; “duvidoso” quando não ficou claro se o padrão foi atendido; e “inadequado” quando houve evidência de que o padrão não foi atendido. A classificação mais baixa dada em um caixa determinou a classificação final. Essa etapa foi realizada por dois revisores independentes. Em desacordos, buscou-se o consenso.

### **Apresentação e análise dos dados**

Os dados foram apresentados de maneira descritiva e em tabela, e foram analisados descritivamente.

**Figura 1**

*Fluxograma do processo de seleção dos estudos*



## RESULTADOS

### SELEÇÃO DE ESTUDOS

Foram recuperados 453 estudos dos quais 445 foram excluídos por diferentes razões. Um artigo foi somado ao estudo e foi capturado das referências de um dos estudos incluídos. Ao final, nove artigos foram incluídos para essa revisão (Figura 1).

### ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS GERAIS E ESPECÍFICAS DOS ESTUDOS

Os estudos foram desenvolvidos entre 2014 e 2018, em 6 estudos não foram encontrados o período em que o trabalho foi realizado. Os contextos foram diversos entre todos os estudos, as dimensões variaram entre 1 a 9 e os itens, entre 9 e 69. Seis estudos utilizaram a escala Likert e 3 empregaram a escala nominal. Todos os estudos realizaram algum tipo de validação, sendo a validade de conteúdo a predominante. Quatro estudos realizaram testes de consistência interna e nenhum deles avaliou a sensibilidade (Quadro XX).

#### Quadro 1

Quadro das principais características dos estudos incluídos na revisão

Nome do instrumento Autor - Ano	Contexto	Domínios Itens	Escala	Validade	Confiabilidade	Sensibilidade
<b>Versão Brasileira da HCAT</b> Reis et al. - 2017	Enfermeiro em consulta simulada	5 23	Nominal	Conteúdo	NA	NA
<b>Escala breve de comunicação de estratégias de comunicação</b> Delfino et al. - 2017?	Cuidadores familiares de pessoas com Alzheimer	3 10	Nominal	Conteúdo	NA	NA
<b>Versão português brasileiro do CAT</b> Rocha et al. - 2018	Comunicação de más notícias (residentes médicos)	Uni 14	<i>Likert</i>	Conteúdo	Consistência interna	NA
<b>Escala de Codificação de Quatro Hábitos</b> Catani et al. - 2018?	Estudante ou profissional de saúde em situações de vida real	4 69	Nominal	Conteúdo	NA	NA
<b>Versão PDRQ-9 em português brasileiro</b> Wollmann et al. - 2018?	Consultas de retorno na consulta médica (Atenção primária)	9 9	<i>Likert</i>	Conteúdo	Consistência interna	NA
<b>Versão brasileira do Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form</b> Amaral et al. - 2014	Residente médicos em simulação clínica	9 34	<i>Likert</i>	Conteúdo	Consistência interna	NA
<b>Questionário sobre a qualidade da comunicação</b> Castanhel e Grosseman. - 2017?	Médico de UTI	2 13	<i>Likert</i>	Conteúdo	NA	NA
<b>Escala de competência em comunicação interpessoal</b> Puggina e Silva. - 2014?	Estudantes, profissionais etc	5 17	<i>Likert</i>	Conteúdo Constructo	NA	NA
<b>Questionário para avaliar a comunicação de más notícias</b> Burg. - 2021?	Más notícias - médicos em cenários reais	1 14	<i>Likert</i>	Conteúdo Constructo	Consistência interna	NA

Legenda: NA = Não se aplica

Informações mais detalhadas sobre cada um dos estudos incluídos são apresentadas abaixo.

***ESTUDO 1: (ARTIGO) - ADAPTAÇÃO CULTURAL DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE (HCAT) PARA A LÍNGUA PORTUGUESA, BRASIL.*** (Nélida Beatriz Caldas dos Reis, Fernanda Santos Nogueira Góes, Natália DelÁngelo Aredes, Suzanne Hetzel Campbell. 2018).

**Objetivo geral:** adaptar culturalmente a versão original do instrumento para o Brasil.

**Instrumento original validado e seu respectivo país de origem:** a *Health Communication Assessment Tool* (HCAT) (Anexo 1). O desenvolvimento do HCAT começou em 2006 pela Dra. Suzanne Hetzel Campbell, Dra. Eileen O'Shea e Dr. Michael Pagano na Fairfield University (Campbell et al., 2013). Com base em análise de gravações de simulações clínicas realizados por 350 estudantes de enfermagem, apresentou consistência interna e utilidade na avaliação de comportamentos de comunicação. A análise fatorial exploratória mostrou um modelo de cinco fatores com os seguintes temas: comportamentos empáticos, comportamentos de introdução, comportamentos de construção de confiança, comportamentos de educação do paciente/família e comportamentos de compartilhamento de poder. A versão atualizada contém 22 afirmações com uma escala de cinco pontos (1 = concordo fortemente; 2 = concordo; 3 = indeciso; 4 = discordo; 5 = discordo fortemente) e uma questão aberta para que o facilitador identifique o uso de jargões da saúde (O'Shea et al., 2011; Campbell, et al., 2013). Essa é uma escala que avalia comportamentos de comunicação em simulação clínica.

**Método:** a tradução inicial para a língua portuguesa brasileira foi realizada por dois tradutores independentes. As duas versões foram comparadas para a escolha das frases de melhor expressão realizada por consenso. A avaliação da versão traduzida passou por um comitê de juízes. Esse comitê foi formado por cinco docentes de enfermagem com experiência de três ou mais anos na docência de enfermagem, fluência na língua inglesa e realizassem atividades de ensino, pesquisa ou extensão sobre os temas comunicação e/ou adaptação cultural de instrumentos. Esse comitê avaliou equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural. A retro tradução foi realizada por dois tradutores

independentes e avaliada pelos autores da escala original. Avaliação semântica realizada por dez docentes de enfermagem do Brasil. Nove eram enfermeiras e uma era pedagoga. Tinham entre 5 e 26 anos de atuação na docência. E todas possuíam experiência de ensino teórico e prático sobre comunicação.

**Ano de validação do instrumento adaptado ou elaborado para o Brasil:** 2017.

**Nome do instrumento validado ou elaborado para uso no Brasil:** Versão brasileira da HCAT (Anexo 2).

**Constructo:** comunicação do enfermeiro.

**Contexto de uso:** avaliação da comunicação do enfermeiro durante consulta clínica simulada.

**Público- alvo:** enfermeiros.

**Domínios/ dimensões:** estabelecimento de vínculo, valorização/ estímulo à autonomia do paciente, educação/ capacitação do paciente, empatia e evitando falhas de comunicação.

**Número de itens:** 22 itens fechados mais 1 item aberto para anotações de jargões da área.

**Tipo de técnica utilizada na avaliação:** lista de classificação.

**Tipo de escala de medida:** escala ordinal.

**Técnica de medida:** escala tipo *Likert* de cinco pontos.

**Tipo de preenchimento:** a versão original é preenchida por um avaliador. Não foi encontrada menção sobre área de atuação do mesmo.

**Dados das propriedades psicométricas:**

### ***Validade***

Validade de conteúdo: avaliação qualitativa e quantitativa (somente para avaliação semântica) por meio de comparação entre as traduções e retrotraduções com consenso entre os juízes. Não foram encontrados relatos de dados qualitativos no texto

do artigo. A frequência mínima foi de 80%, com exceção de um item, para a concordância do comitê de juízes na avaliação semântica.

### ***Confiabilidade***

Não foram realizados estudos psicométricos de confiabilidade. Os autores do estudo em questão informam que realizarão em pesquisas futuras.

### **Dados de outras análises estatísticas:**

Na avaliação semântica, para a elaboração da segunda versão consensual em língua portuguesa, verificou-se que cada um dos itens da versão brasileira do HCAT obteve concordância de 80% no mínimo. Com exceção do item 8 que obteve 70% de concordância.

### **Viabilidade:**

Não foi encontrado uso empírico do instrumento traduzido para o português brasileiro. Não sendo possível captar dados sobre a aplicação e interpretação do instrumento. Os autores do atual estudo consideraram como:

### ***Equipamento***

Possibilidade de formulário eletrônico ou físico (papel e caneta). Cronômetro. Avaliadores treinados. Equipamento áudio-visual para filmagem, salas de simulação clínica. Atores e avaliadores.

### ***Ações preparatórias gerais e específicas***

Formação, educação ou experiência necessária para os avaliadores e atores. Preparação do ambiente de filmagem e dos casos clínicos simulados.

### ***Ações para coleta de dados***

Dados capturados manualmente ou por digitação.

### ***Ações para processamento e armazenamento de dados***

Possibilidade de armazenagem física ou em banco de dados próprio.

### *Ações de atribuição de pontuações*

Contagem simples direta e média do melhor resultado.



***ESTUDO 2: (ARTIGO) - BRAZILIAN TRANSCULTURAL ADAPTATION OF NA INSTRUMENT ON COMUNICATIVE STRATEGIES OF CAREGIVERS OF ELDERLY WITH DEMENTIA. (Lais Lopes Delfino, Ricardo Shoiti Komatsu, Caroline Komatsu, Anita Liberalesco Neri, Meire Cachioni. 2017)***

**Objetivo geral:** adaptar culturalmente a versão original do instrumento para o Brasil.

**Instrumento original validado e seu respectivo país de origem:** *Small Communication Strategies Scales* (SCSS) (Anexo 3) (Apud Delfino, 2017), desenvolvida por especialistas no Canadá. Constitui-se em um questionário de 10 itens, construído a partir de 10 estratégias comunicativas mais recorrentes na literatura para cuidadores de pessoas com Alzheimer. A seleção das estratégias baseou-se no cumprimento de todos os seguintes critérios: a estratégia foi recorrente em todas as publicações; a estratégia envolveu linguagem e comportamento modificados ou características ambientais como formas de acomodar as necessidades de comunicação da pessoa com a doença de Alzheimer; e a estratégia provavelmente seria compreendida por cuidadores leigos. Os autores da escala selecionaram duas fontes principais: associações nacionais que fornecem informações e/ou assistência a cuidadores familiares e livros de autoria destinados ao cuidador familiar de pessoas com a doença de Alzheimer. Para além dessa estratégia, foi solicitado a um grupo de cuidadores que respondessem a duas questões. Primeiramente, foi solicitado ao cuidador que indicasse com que frequência utilizava cada estratégia ao se comunicar com a pessoa com doença de Alzheimer, marcando uma das cinco opções: sempre, frequentemente, ocasionalmente, raramente ou nunca. Em segundo lugar, eles tiveram que indicar o quanto eles acham que a estratégia melhora a comunicação, marcando uma das quatro opções: muito, bastante, um pouco ou nada. Os autores da escala consideram que, embora seja provável que a frequência de uso da estratégia dependa das ocasiões em que uma determinada estratégia pode ser usada adequadamente, eles argumentam que todas as estratégias podem ser usadas adequadamente em todas as interações comunicativas em casa. Assim, assumiu-se que os cuidadores estão respondendo à questão "frequência de uso" com a frequência com que implementam a estratégia em

qualquer interação comunicativa. Os itens da escala incluem comportamentos, comunicação não verbal e comunicação simplificada.

**Método:** estudo guiado por diretrizes estabelecidas para a adaptação transcultural de instrumentos. Primeiramente, a escala foi traduzida para a língua portuguesa do Brasil; duas traduções foram realizadas por tradutores independentes que não trocaram informações entre si. Após, foi realizada a síntese da primeira versão em português do Brasil. Utilizando a escala e as duas traduções, um terceiro profissional brasileiro, um gerontólogo bilíngue português-inglês, realizou a síntese das duas traduções. Foi produzido um relatório detalhado descrevendo as discrepâncias ocorridas e as razões das escolhas feitas. Utilizando a versão sintetizada em português, foi realizada a produção das retrotraduções por dois tradutores, cuja língua materna era o inglês, mesmo idioma da escala original, sem acesso à versão publicada da escala. Ambos eram britânicos, residindo no Brasil há mais de dez anos. A etapa seguinte, envolveu a consolidação da versão semanticamente aceitável para o português brasileiro. Essa etapa foi realizada por um comitê de especialistas que revisou todas as traduções e chegou a um consenso sobre quaisquer discrepâncias. Empregando todas as versões da escala, um linguista especializado em traduções inglês-português elaborou um relatório para produzir a versão com equivalência semântica adaptada, após a aprovação de todos os envolvidos. A última etapa consistiu em testar a validade do conteúdo. Assim, após o preenchimento da escala, 34 sujeitos (84% do sexo feminino; 53% com idade de 51 a 60 anos; maioria de classe socioeconômica relativamente alta e com mais de 12 anos de estudo), foram entrevistados sobre o significado de cada item da escala.

**Ano de validação do instrumento adaptado ou elaborado para o Brasil:** não informado.

**Nome do instrumento validado ou elaborado para uso no Brasil:** Escala Breve de Comunicação de Estratégias de Comunicação (EBEC) (Anexo 4).

**Constructo:** comunicação de cuidadores familiares de pessoas com doença de Alzheimer.

**Contexto de uso:** cuidados gerais em domicílio.

**Público- alvo:** cuidadores familiares.

**Domínios/ dimensões:** comportamentos, comunicação não verbal e comunicação simplificada.

**Número de itens:** 10.

**Tipo de técnica utilizada na avaliação:** questionário.

**Tipo de escala de medida:** escala nominal.

**Técnica de medida:** escolha forçada, dicotômica, tipo SIM, NÃO.

**Tipo de preenchimento:** pelo avaliador representado por equipe de saúde que dá o suporte e orientações ao cuidador familiar.

**Dados das propriedades psicométricas:**

#### ***Validade***

Realizada validade de conteúdo por avaliação comparativa entre as traduções e retrotraduções com consenso entre os juízes. Não foram encontrados relatos de dados qualitativos ou quantitativos no texto do artigo sobre esse consenso.

A validade de conteúdo - no atributo compreensibilidade - foi realizada com 34 cuidadores. A amostra foi por conveniência e composta por cuidadores que prestavam cuidados diários por pelo menos quatro horas por dia e cuidavam de idosos com diagnóstico de doença de Alzheimer (DA) Foram excluídos os cuidadores de idosos com comorbidade terminal e com expectativa de vida inferior a 6 meses, segundo avaliação médica. Todos os cuidadores residiam com idosos com DA e a maioria (44,1%) não apresentava sintomas depressivos. Em entrevista única e individual, os profissionais foram convidados a ler e comentar cada item da escala. Foram consideradas as respostas para: “*Com que frequência você utiliza a estratégia ao se comunicar com seu cônjuge?*”. Na escala *Likert* de cinco pontos, os escores variavam de 10 a 50 pontos. Escores baixos indicavam que os cuidadores utilizavam mais frequentemente as estratégias comunicativas. Em relação à questão que buscava investigar a autoavaliação do cuidador quanto à eficácia de cada estratégia, esta foi definida como: “*O quanto você acredita que a estratégia seja capaz de melhorar a comunicação com seu cônjuge?*”. Nesta seção, as pontuações variavam de 10 a 40, e pontuações baixas indicavam que os cuidadores

consideraram que as estratégias melhoravam a comunicação com seus cônjuges. Os cuidadores familiares consideraram a EBEC uma importante escala de comunicação para autoavaliação da forma como se comunicam com seus familiares. Consideraram que para responder a escala é importante identificar a qualidade da relação entre o paciente com DA e seu cônjuge antes do início da doença, pois pode contribuir para a compreensão do uso das estratégias comunicativas investigadas. Consideraram uma escala simples e rápida de responder. O artigo não apresentou dados quantitativos de concordância.

### ***Confiabilidade***

Não foram realizados estudos psicométricos de confiabilidade.

### **Dados de outras análises estatísticas:**

Não foram encontrados no artigo.

### **Viabilidade:**

Não foi encontrado uso empírico do instrumento traduzido para o português brasileiro. Não sendo possível captar dados sobre a aplicação e interpretação do instrumento. Os autores do atual estudo consideraram como:

### ***Equipamento***

Possibilidade de formulário eletrônico ou físico (papel e caneta). Avaliadores treinados. Disponibilidade dos cuidadores.

### ***Ações preparatórias gerais e específicas***

Formação, educação ou experiência necessária para os avaliadores. Orientação aos cuidadores.

### ***Ações para coleta de dados***

Dados capturados manualmente ou por digitação.

### ***Ações para processamento e armazenamento de dados***

Possibilidade de armazenagem física ou em banco de dados próprio.

### *Ações de atribuição de pontuações*

Contagem simples direta e média do melhor resultado.



**ESTUDO 3: (ARTIGO) - CROSS- CULTURAL ADAPTATION OF THE COMMUNICATION ASSESSMENT TOLL FOR USE IN A SIMULATED CLINICAL SETTING.** (Sheyla Ribeiro Rocha, Gustavo Salata Romão, Maria Sílvia Velutini Setúbal, Giuliane Jesus Lajos, Adriana Gomes Luz, Carlos Fernando Collares, Eliana Amaral. 2020).

**Objetivo geral:** adaptar culturalmente a versão de 14 itens do *Communication Assessment Tool* para o Brasil. E coletar evidências de validade.

**Método:** estudo guiado por diretrizes estabelecidas para a adaptação transcultural de instrumentos. A tradução do instrumento original para português brasileiro foi realizada por dois tradutores oficiais independentes. Ambos fluentes em inglês e falantes nativos de português. Em seguida, um grupo de pesquisa composto por quatro médicos especialistas em educação e um especialista em habilidades comunicacionais reuniram-se virtualmente e presencialmente para além de comparar as duas traduções, desenvolver uma versão sintetizada em português do Brasil. Palavras e expressões inadequadas foram modificadas por consenso, e todo o processo foi documentado. A versão síntese foi retraduzida para o inglês por dois tradutores independentes, fluentes em português e falantes nativos de inglês. Nenhum dos tradutores teve acesso ao instrumento originário. Dez especialistas externos e independentes foram convidados a formar um comitê. Eles foram selecionados com base em sua experiência no ensino de habilidades comunicativas em várias escolas e regiões do Brasil. Eles avaliaram a equivalência entre a versão sintetizada e o instrumento original em quatro áreas: semântica, idiomática, experiencial e conceitual. Foi utilizada uma escala de classificação: 1 (não equivalente), 0 (indeciso) e + 1 (equivalente). Cada item foi considerado equivalente desde que 7 em cada 10 especialistas considerassem assim. Nesta etapa, os especialistas poderiam propor modificações e novas traduções que mais se adequassem a versão brasileira do CAT. Eles receberam orientações sobre o objetivo da pesquisa, os conceitos sobre adaptação cultural, a descrição do instrumento, bem como as versões originais do CAT, as duas primeiras versões iniciais traduzidas para o português e as duas versões das retrotraduções

do português para o inglês. Eles também receberam um compêndio e uma fundamentação teórica escrita pelo grupo de pesquisa que criou a versão sintetizada. Este relatório forneceu informações detalhadas, como o significado lexical e a adequação das palavras na língua original e na língua portuguesa. O grupo de pesquisa avaliou o trabalho completo fornecido por esses especialistas. E decidiu a versão brasileira do CAT através de consenso.

\*\*\*

Em seguida foram realizadas a evidência de validade de conteúdo, no atributo relevância, com uso do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) – e no atributo clareza - usando escala dicotômica do tipo SIM/ NÃO. O IVC foi aplicado para cada item (I-CVI) e para toda a escala (S-CVI). O CAT na versão do português brasileiro foi considerado como tendo excelente validade de conteúdo se os itens apresentarem um I-CVI de 0,78 ou superior, e um S-CVI de 0,90 ou superior. Essa etapa foi realizada pelos 10 especialistas em habilidades comunicativas que avaliaram a equivalência entre a versão sintetizada e o instrumento original.

\*\*\*

Para o teste da versão traduzida do CAT para o Brasil, foi utilizada o cenário de simulação clínica (OSCE) realizado durante um *workshop* anual de um dia de uma residência em Geriatria e Obstetrícia de um hospital público, terciário, universitário e com ambulatório. Durante esse *workshop*, empregam-se técnicas de simulação para ensinar aos residentes a lidar com condições clínicas típicas das emergências obstétricas usando o protocolo SPIKES. Um cenário OSCE com duas estações, de 10 minutos cada, foram realizadas. Os casos dos cenários eram padronizados. Os objetivos dos residentes eram comunicar o diagnóstico e discutir plano de cuidados. Quatro pacientes simulados (todas mulheres) participaram da OSCE. Foram recrutados de um grupo treinado em simulações. Para a aplicação da versão brasileira do CAT, estes pacientes simulados foram treinados sobre o uso do CAT durante um *workshop* de três horas, realizado pelos pesquisadores. Os pacientes simulados foram convidados a lerem os itens do instrumento e sua compreensão foi verificada. Então, receberam orientações sobre o preenchimento do CAT. Depois, os pesquisadores e os pacientes simulados discutiram o que esperar em relação ao comportamento do residente, bem como o papel do paciente simulado no

cenário. Imediatamente após a OSCE, os pacientes simulados classificaram a habilidade comunicativa dos residentes usando a versão CAT traduzida. Cada item foi pontuado em uma escala de cinco pontos (1 = “ruim”, 2 = “razoável”, 3 = “bom”, 4 = “muito bom” e 5 = “excelente”). A pontuação geral foi obtida de duas maneiras: a porcentagem de itens classificados como “Excelente” e a soma das notas dos itens (variando de 14 a 70). A pontuação do residente foi estratificada com base no sexo, treinamento anterior em habilidades comunicativas e ano de pós-graduação (residência). A análise não paramétrica (teste de Mann-Whitney) foi realizada para sexo e treinamento prévio de habilidades comunicativas. O teste de Kruskal-Wallis foi usado para ano de pós-graduação. Significado estatístico foi definido como um valor de p menor que 0,05. A análise estatística foi realizada usando GraphPad Prism. Os pacientes simulados concluíram o preenchimento do CAT (versão brasileira) em um minuto. Ao total, 28 residentes participaram da OSCE (11 eram residentes do primeiro ano; 9 eram do segundo ano e 8 eram do terceiro ano. 78,5% eram do sexo feminino e 71,4% já havia sido treinado em habilidades comunicativas durante algum período da graduação).

\*\*\*

Após a OSCE, os pacientes simulados foram entrevistados individualmente por um dos pesquisadores. O entrevistador usou duas abordagens de entrevista cognitiva: sondagem verbal e pensar em voz alta. Cada entrevista durou entre 15 e 20 minutos. A entrevista teve como objetivo esclarecer qualquer dúvida sobre o conteúdo da ferramenta, a usabilidade em um cenário simulado e o processo de resposta do paciente simulado. As entrevistas foram gravadas em áudio. E codificadas por um único pesquisador. Os dados foram analisados pela análise temática confirmatória.

Também, ao final da OSCE, os residentes e os pacientes simulados conversaram juntos por 40 minutos, discutindo os itens do CAT na versão traduzida e percepções do paciente simulado. Esse *debriefing* foi facilitado por dois pesquisadores.

\*\*\*

A consistência interna foi estimada usando o método de alfa de Cronbach. Um valor de 0,7 foi considerado bom.

**Instrumento original validado e seu respectivo país de origem:** *Communication Assessment Tool* (CAT) (Anexo 5) foi desenvolvido nos Estados Unidos por Gregory Makoul, Edward Krupat e Chih- Hung Chang em 2007 (Makoul et al., 2007). Possui 15 itens com o objetivo de avaliar as habilidades de comunicação interpessoal dos médicos a partir da perspectiva do paciente em ambientes clínicos. É autoadministrado ou administrado por um entrevistador. Estudo psicométrico mostrou que o CAT tem alta confiabilidade (alfa de Cronbach 0,96) e é unidimensional. Análises de funcionamento de itens diferenciais revelou que o escore CAT não foi afetado por características sociodemográficas e clínicas dos examinandos. Existe também uma versão de 14 itens do CAT, que é adaptado para estudantes de medicina e residentes. Esta versão se concentra apenas na habilidade de comunicação médica e omite o item relacionado ao tratamento respeitoso do paciente pela equipe médica. No estudo original, Makoul et al., segundo o autor do estudo, relataram dados para o CAT de 38 médicos de diferentes especialidades médicas. Depois disso, vários programas de residência como medicina de família, medicina interna e cirurgia geral relataram seu uso em ambientes clínicos.

**Ano de validação do instrumento adaptado ou elaborado para o Brasil:** 2018.

**Nome do instrumento validado ou elaborado para uso no Brasil:** Versão português brasileiro do CAT. Essa versão não foi encontrada no texto do artigo.

**Constructo:** comunicação de más notícias.

**Contexto de uso:** avaliação formativa de residentes médicos (geriatria e obstetrícia) para dar más notícias durante a primeira consulta de pré-natal, usando protocolo SPIKES, em ambientes simulados de condições clínicas típicas das emergências obstétricas, com pacientes simulados treinados e orientados sobre o CAT.

**Público- alvo:** residentes de ginecologia e obstetrícia.

**Domínios/ dimensões:** não encontrado no artigo.

**Número de itens:** 14.

**Tipo de técnica utilizada na avaliação:** lista de classificação.

**Tipo de escala de medida:** ordinal.

**Técnica de medida:** escala de *Likert* (5 pontos).

**Tipo de preenchimento:** pelo paciente simulado.

**Dados das propriedades psicométricas:**

#### ***Validade***

Validade de conteúdo: avaliação quantitativa por meio de comparação entre as traduções e retrotraduções com consenso entre os juízes. Cada item foi considerado equivalente desde que 7 ou mais especialistas assim o julgasse. Dez especialistas da comunicação avaliaram a tradução e adaptação de cada um dos 14 itens do CAT usando uma escala de classificação de três pontos. Nove itens foram considerados “equivalentes” por pelo menos 70% dos especialistas; quatro itens foram considerados “equivalentes” por 100% deles. Apenas um item obteve menor concordância (60%) em relação à equivalência devido ao significado da palavra no contexto brasileiro. Este item foi reescrito de acordo com as sugestões dos especialistas. Então, todos os itens foram considerados claramente escritos por 100% dos especialistas.

Dez especialistas em habilidades de comunicação classificaram cada item do CAT quanto à sua relevância. Para isso, foi utilizada uma escala de 4 pontos (1 = não relevante; 2 = pouco relevante; 3 = bastante relevante; 4 = altamente relevante). Em seguida, para cada item, um Índice de Validade de Conteúdo por nível de Item (I-CVI) foi calculado, dividindo-se o número de especialistas que classificaram o item como 3 ou 4 (excelente) pelo número total de especialistas (n=10). O IVC também foi aplicado para toda a escala (S-IVC). O S-IVC foi calculado pelo I-IVC médio entre os itens. Todos os 14 itens foram considerados associados ao construto e “relevantes” por 100% dos especialistas. O I-IVC variou de 0,90 a 1; o S-IVC foi 0,99. Baseado nesses dados, todos os itens foram mantidos na versão CAT do português brasileiro.

Os especialistas em habilidades comunicativas também avaliaram os itens do CAT para clareza usando escala dicotômica do tipo SIM/ NÃO. Cada item foi considerado claro se 7 dos 10 especialistas assim o considerassem. Todos os itens foram considerados claramente escritos por 100% dos especialistas.

O CAT na versão do português brasileiro foi considerado como tendo excelente validade de conteúdo se os itens apresentarem um I-CVI de 0,78 ou superior, e um S-CVI de 0,90 ou superior. Essa etapa foi realizada pelos 10 especialistas em habilidades comunicativas que avaliaram a equivalência entre a versão sintetizada e o instrumento original.

A validade de conteúdo nas dimensões conteúdo, usabilidade no contexto de simulação clínica e processo de resposta também foi realizada pelos usuários do instrumento (3 pacientes simulados). Essa avaliação foi realizada pela análise temática confirmatória. Eles consideraram fácil de entender e preencher o CAT na versão traduzida. Nenhum expressou dúvidas quanto ao conteúdo dos itens e à forma do instrumento. Todos consideraram o instrumento amigável para uso em ambiente simulado. Sobre o tempo de preenchimento do questionário (1 minuto), um dos pacientes simulados argumentou que

teria ficado mais “confortável” se tivesse tido mais tempo para avaliar o desempenho do residente. Todos concordaram que os comportamentos descritos pelo item “Envolveu-me nas decisões tanto quanto eu queria” e “Próximos passos discutidos, incluindo planos de acompanhamento” foram considerados os mais difíceis de avaliar. Pois, havia uma sensação de que esses itens eram mais amplos e subjetivos que os demais.

Alguns deles expressaram suas preocupações em relação a sensação de justiça durante a avaliação. À medida que avaliavam os residentes, no final da estação, alguns relataram usar suas memórias do que aconteceu durante a interação no processo de classificação. Um deles relatou ter uma percepção geral no término da consulta com base em seus sentimentos; esta percepção orientou a avaliação de cada item. Eles justificaram isso com base na ideia de que os comportamentos descritos nos itens foram mais do que uma simples tarefa. Nenhuma adaptação foi realizada após as entrevistas aos pacientes simulados.

### ***Confiabilidade***

Consistência interna com o uso do coeficiente alfa de Cronbach. A confiabilidade do CAT de 14 itens foi de 0,95. O coeficiente alfa de Cronbach também foi calculado separadamente para cada estação de simulação. Dados da análise revelaram que os coeficientes foram 0,93 e 0,95 para a estação 1 e 2, respectivamente.

### **Dados de outras análises estatísticas:**

A amplitude das respostas totais dos residentes variou de 18 a 56 pontos. As pontuações dos residentes no CAT, em média entre os cenários, variaram de 18 a 56 ( $M = 36,1$ ;  $Mdn = 36,3$ ;  $SD = 8,1$ ). A proporção média de pontuações “Excelente” variou de 0% a 32%; apenas 29% (8/28) dos residentes receberam pelo menos um item classificado como “Excelente”. Entre eles, a proporção de classificações “Excelente” variou de 4% a 32% dos itens. Não foi encontrado nenhum efeito significativo do sexo do residente (feminino:  $Mdn = 36$ ; masculino:  $Mdn = 39,25$ ),  $U = 54$ ,  $p = 0,520$ ,  $r = -0,24$ . As análises não revelaram nenhum efeito significativo de treinamento em habilidades de comunicação anterior no desempenho na OSCE (para treinados e não treinados, respectivamente,  $Mdn = 36,5$  e  $Mdn = 35,0$ ),  $U = 59$ ,  $p = 0,297$ ,  $r = 0,24$ . Também, nenhum efeito significativo do ano de pós-graduação foi encontrado (R1:  $Mdn = 34,5$ ; R2:  $Mdn = 36,5$ ; R3:  $Mdn = 38$ ),  $H(2, 27) = 0,95$ ,  $p = 0,623$ .

### **Viabilidade**

#### ***Equipamento***

Formulário físico, caneta, papel, cronômetro, estrutura de salas para simulação de casos, atores experientes em simulação de casos clínicos e tutor.

#### ***Tempo***

Caso clínico de 10 minutos. Preenchimento do instrumento em 1 minuto. Feedback de 40 minutos entre paciente simulado, residente e tutor.

#### ***Ações preparatórias gerais e específicas***

Ações preparatórias gerais como conhecimento e treinamento do instrumento pelo profissional responsável pela simulação de caso e pelo ator (paciente simulado) para preparar, administrar e atribuir pontuações. Ações preparatórias específicas como preparação do ambiente e dos casos clínicos simulados.

### ***Ações para coleta de dados***

Os pacientes simulados classificam o desempenho do residente imediatamente após a sua atuação na OSCE, preenchendo o instrumento.

### ***Ações para processamento e armazenamento de dados***

Possibilidade de armazenagem física ou em banco de dados próprio.

### ***Ações de atribuição de pontuações***

A pontuação geral pode ser obtida de duas maneiras: a porcentagem de itens classificados como “Excelente” e a média da soma das notas dos itens. Os desenvolvedores sugeriram que a pontuação com base na proporção de itens classificados como “Excelente” pelos pacientes simulados foi mais útil do que resumir pontuações por médias.



***ESTUDO 4: (ARTIGO) - CROSS- CULTURAL ADAPTATION OF THE FOUR HABITS CODING SCHEME (4HCS) FOR TEACHING AND ASSESSING PATIENT- CENTERED COMMUNICATION SKILLS IN BRAZIL. (Renata Rodrigues Catani, Emiliana dos Santos Valadares, Julianni Bernardelli Lacombe, Tânia Maria da Silva Mendonça, Carlos Henrique Martins da Silva, Helena Borges Martins da Silva Paro. 2018).***

**Objetivo geral:** traduzir e adaptar transcultural a versão original do instrumento para o português do Brasil.

**Método:** a adaptação transcultural foi realizada de acordo com diretrizes internacionais. Na primeira etapa - tradução direta - dois tradutores bilíngues nativos do português brasileiro produziram duas traduções independentes do instrumento do inglês para o português brasileiro. Na segunda etapa, um profissional de saúde bilíngue nativo do português brasileiro realizou a conciliação das traduções anteriores. Na terceira etapa - retrotradução - um tradutor americano fluente em português traduziu a versão reconciliada de volta para o idioma original. Na quarta etapa, o autor do instrumento fez comentários sobre a versão retrotraduzida. Na quinta etapa, itens, categorias de

comportamento, expressões, frases ou palavras identificadas como sem equivalências semânticas, idiomáticas, experimentais ou conceituais em qualquer etapa do processo de tradução foram enviados para revisão. Cinco revisores bilíngues nativos do português brasileiro (dois tradutores profissionais e três médicos com experiência no processo de tradução de medidas de resultado) avaliaram todas as etapas anteriores para escolher a melhor opção traduzida para o instrumento. A técnica Delphi modificada foi utilizada para alcançar o consenso entre os revisores em rodadas eletrônicas interativas organizadas por dois coordenadores de pesquisa em questionários semiestruturados no site *Delphi Decision Aid*. Após cada rodada, revisores independentes receberam *feedback* sobre a análise estatística das respostas. Eles também receberam sugestões feitas por outros revisores em cada rodada. Os questionários respondidos pelos revisores independentes compreenderam todo o processo de tradução e ficaram à disposição dos revisores durante todo o processo, que totalizou quatro rodadas. O processo foi concluído após reunir pelo menos 80% de consenso entre os participantes. Após ajustes feitos pelo coordenador de linguagem (estágio seis), o instrumento foi enviado ao seu autor para a produção da versão pré-final. Três professores experientes no ensino de habilidades de comunicação, que não participaram das etapas anteriores, pré-testaram a versão pré-final (etapa sete). Eles avaliaram quatro vídeos de consultas reais fornecidas por estudantes de medicina e residentes. Após a observação dos vídeos, os professores responderam a uma entrevista cognitiva e retrospectiva com o objetivo de avaliar a compreensão, aplicabilidade e pertinência dos itens e categorias de comportamento. Também forneceram sugestões para aprimoramento do instrumento.

**Instrumento original validado e seu respectivo país de origem:** o *Four Habits Coding Scheme* (4HCS) é um instrumento americano (Estados Unidos) desenvolvido por Edward Krupat, Richard Frankel e Terry Stein em 2006 (Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J., 2006) (Anexo 6). É usado para o ensino e avaliação das habilidades de comunicação em uma abordagem de cuidado centrado na pessoa. Consiste em 23 itens classificados em uma escala *Likert* de 5 pontos, com os examinandos sendo classificados em 5 níveis de desempenho (categorias de comportamento). Escores mais altos indicam maiores habilidades de comunicação centrada no paciente. Os itens são divididos em quatro domínios que descrevem e mensuram os comportamentos do examinando. O modelo apresenta uma forma organizada de pensar e agir em um encontro clínico em uma abordagem centrada no paciente: (1) Investir no início (6 itens); (2) Elicitar a perspectiva

do paciente (3 itens); (3) Demonstrar empatia (4 itens); (4) Investir no final (10 itens). O 4HCS foi originalmente concebido para uso entre estudante e profissionais de saúde em situações da vida real.

**Ano de validação do instrumento adaptado ou elaborado para o Brasil:** não encontrado no artigo.

**Nome do instrumento validado ou elaborado para uso no Brasil:** Escala de Codificação de Quatro Hábitos (EC4H) (Acesso restrito pelo link [http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/public\\_site/arquivo/suplementar\\_2178.pdf](http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/public_site/arquivo/suplementar_2178.pdf)).

**Constructo:** comunicação do estudante ou profissional de saúde na sua relação com o paciente.

**Contexto de uso:** o instrumento original é utilizado em situações de vida real.

**Público- alvo:** estudante ou profissional de saúde

**Domínios/ dimensões:** investe no início, obtém a perspectiva do paciente, demonstra empatia, investe no fim.

**Número de itens:** 69.

**Tipo de técnica utilizada na avaliação:** lista de verificação.

**Tipo de escala de medida:** nominal.

**Técnica de medida:** escolha forçada.

**Tipo de preenchimento:** pelo avaliador.

**Dados das propriedades psicométricas:**

### ***Validade***

Realizada validade de conteúdo por avaliação comparativa entre as traduções e retrotraduções com consenso entre os juízes. Os itens que avaliam os comportamentos centrados no paciente dos profissionais de saúde durante o encontro clínico exigiram muitas rodadas para chegar a um consenso na técnica Delphi. Apenas um item obteve consenso na primeira rodada. Para atingir a versão pré-final, 62,5% dos itens necessitaram

de pelo menos três rodadas. Algumas palavras da categoria comportamento foram discrepantes nas versões das três primeiras etapas de tradução. Tais discrepâncias foram resolvidas tanto pela aplicação da técnica Delphi quanto seguindo as orientações do coordenador de linguagem (versão pré-final). O consenso foi alcançado na primeira rodada em 80% das palavras para as quais a técnica Delphi foi necessária. A palavra “clínico”, encontrada em 91,3% da categoria comportamento, foi traduzida e retrotraduzida como “médico”. Na segunda rodada, mesmo tendo sido expostas ao dicionário as definições das palavras “clinician”, “physician”, “clínico” e “médico”, o consenso dos revisores independentes foi que sua tradução deveria permanecer como “médico” (“médico ”). A coordenadora de linguagem ajustou essa palavra para “clínico” [profissional de saúde], com a concordância do autor do instrumento, que afirmou que a população-alvo do 4HCS são os profissionais de saúde, ou seja, médicos, psicólogos, enfermeiros, ou quem estiver diretamente envolvido no atendimento ao paciente.

Validade de conteúdo nos domínios compreensão, aplicabilidade e pertinência dos itens e categorias de comportamento. Todos os 3 participantes da etapa de pré-teste consideraram todos os itens e categorias de comportamento relevantes, de fácil compreensão e utilização. Dois deles apontaram que a avaliação é demorada. Não foram encontrados dados quantitativos no artigo.

### ***Confiabilidade***

Não foram encontrados dados no artigo.

### **Dados de outras análises estatísticas:**

Os revisores tiveram dificuldade em chegar a um consenso sobre expressões referentes à compreensão da pessoa como um todo. Também tiveram dificuldade em chegar a um consenso sobre a tradução da palavra “*clinician*”.

### **Viabilidade**

Os autores do artigo informam que o instrumento original é fácil de usar e não requer tecnologia nem programas de desenvolvimento do corpo docente para uso. Caracterizando-a como uma ferramenta de baixo custo.

### *Ações de atribuição de pontuações*

Os itens são pontuados. O escore final é dado pela soma geral de todas as pontuações. Embora, cada dimensão possa ter seu próprio escore. Escores mais altos indicam maiores habilidades de comunicação centrada no paciente.



**ESTUDO 5: (ARTIGO) - ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO PATIENT- DOCTOR RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE (PDRQ-9) NO BRASIL.** (Lucas Wollmann, Lisiane Hauser, Sotero Serrate Mengue, Milena Rodrigues Agostinho, Rudi Roman, Christina M. Van Der Feltz-Cornelis, Erno Harzheim. 2018).

**Objetivo geral:** adaptar culturalmente a versão original do instrumento para o Brasil. E comparar a concordância entre duas formas de aplicação.

**Método:** os procedimentos de adaptação foram baseados em recomendações internacionais. Foram realizadas duas traduções do inglês para o português, por dois tradutores independentes e nativos da língua inglesa. A retro tradução para o inglês foi realizada por outra dupla de tradutores independentes, brasileiros com fluência na língua inglesa. As traduções e retro traduções foram comparadas entre si e com a versão original. Então, foi desenvolvida a primeira versão do instrumento para pré-teste. Após a finalização da etapa de pré-teste, foram selecionadas duas amostras de pacientes. A primeira, intitulada amostra de Estudo de Validade Principal, teve como objetivo avaliar o instrumento ao ser respondido de maneira auto aplicada e por entrevista. Essa amostra foi composta por 17 médicos e por 133 usuários de uma mesma Unidade Básica de Saúde. Estes possuíam 4 anos ou mais de educação e mais de duas consultas com o mesmo médico a ser avaliado. A amostragem foi por conveniência. E foi estratificada por sexo e idade (18 a 59 anos e 60 anos ou mais). Os usuários eram abordados após a consulta médica por um entrevistador treinado. Então, os usuários respondiam o instrumento de maneira auto aplicada e o depositavam em uma urna. Em seguida, os participantes respondiam o mesmo questionário por entrevista. Eles não eram informados de que responderia o mesmo questionário. Após duas semanas, esses participantes recebiam novamente o instrumento por carta ou *e-mail* para o responder em domicílio. A segunda amostra da pesquisa foi composta por 52 médicos e por 620 participantes, todos com no

mínimo 18 anos de idade e com no mínimo 2 consultas prévias com o médico a ser avaliado. Esses participantes também frequentavam alguma Unidade Básica de Saúde em alguma região brasileira. Eles foram selecionados de uma outra pesquisa principal. E respondiam a diversos instrumentos a pesquisadores treinados, dentre eles o PDRQ-9. Foram estratificados por região brasileira, porte de município, número de equipes de Saúde da Família e categoria de vínculo do médico. Não houve perdas de dados em nenhuma das duas amostras. Foi realizado cálculo de tamanho da amostra do Estudo de Validade Principal para realização de teste de equivalência entre duas médias pareadas, de acordo com o procedimento de Bland Altman, para avaliar a concordância da aplicação do PDRQ-9 de modo autoaplicado e por meio de entrevista. Foi considerada uma média do escore geral do instrumento de 4,1 e um desvio padrão de 0,8. Como referência para comparação entre métodos de aplicação, foi utilizado estudo espanhol que aplicou o PDRQ-9 como entrevista. Foi estipulada diferença esperada de 0,2, diferença negligenciável de 0,3, correlação de 0,8, poder de 0,8 e significância estatística de 0,05.

\*\*\*

Foram realizados quatro pré-testes com 10 usuários adultos, na mesma Unidade Básica de Saúde onde foi realizado o Estudo de Validade Principal. Ao final do quarto pré-teste, chegou-se à versão para testagem das propriedades psicométricas. O objetivo do questionário foi explicado aos participantes, que foram perguntados se consideravam as afirmações compreensíveis e relevantes. Os resultados eram discutidos com a equipe de pesquisa após cada pré-teste. As dúvidas foram discutidas com a autora do instrumento original. A validade de face e conteúdo da escala também foi avaliada com base na literatura, nacional e internacional, relacionada aos atributos da relação médico-paciente. O instrumento foi discutido por um comitê de especialistas composto por dois epidemiologistas com experiência em estudos de adaptação transcultural e três médicos de família e comunidade, todos com domínio da língua inglesa, com objetivo de avaliar a adequação conceitual e de itens no contexto brasileiro.

\*\*\*

Utilizou-se análise fatorial com extração via fatoração de eixo principal para avaliação da validade relacionada ao constructo. Foram selecionados os itens com carga fatorial superior a 0,30.

\*\*\*

A fidedignidade do instrumento foi avaliada por meio da consistência interna e da estabilidade no tempo. Para avaliar a consistência interna de cada componente, utilizou-se a correlação item-total, considerando adequados os itens com valor superior a 0,50, além do coeficiente alfa de Cronbach, considerando valor adequado se igual ou superior a 0,70. As análises de estabilidade no tempo e de concordância entre os métodos auto aplicado e entrevista foram realizadas pelo procedimento de Bland Altman, com realização de teste de Wilcoxon, e avaliação do coeficiente de correlação intraclass (CCI), este considerado adequado se superior a 0,60. As análises foram realizadas por meio do *software* SPSS versão 18.

**Instrumento original validado e seu respectivo país de origem:** *Patient- Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9) (Anexo 7) desenvolvido na Holanda por Christina M. Van der Feltz-Cornelis, Patricia Van Oppen, Harm W.J. Van Marwijk, Edwin De Beurs e Richard Van Dyck em 2004 (Van der Feltz-Cornelis, 2004). Avalia a relação médico – paciente a partir da perspectiva do paciente, com foco na sua percepção sobre a disponibilidade médica para ajuda e empatia. Foi desenvolvido a partir de um questionário de avaliação de aliança terapêutica em psicoterapia. Possui 9 itens. Cada um deles sendo uma afirmação sobre nove atributos da relação (ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, concordância, disponibilidade, contentamento e acessibilidade). Foi elaborado para ser autoaplicado (pelo paciente). O paciente responde o quanto considera apropriado cada item em uma escala *Likert* de cinco pontos. Na população, o escore de cada item é calculado por meio da média aritmética das respostas daquele item. Um escore geral pode ser calculado pela média aritmética das respostas dos nove itens.

**Ano de validação do instrumento adaptado ou elaborado para o Brasil:** não encontrado no estudo.

**Nome do instrumento validado ou elaborado para uso no Brasil:** Versão do PDRQ-9 em português brasileiro (Anexo 8).

**Constructo:** relação médico – paciente.

**Contexto de uso:** consultas de retorno de usuários das Unidades de Saúde Básica (Atenção Primária a Saúde).

**Público- alvo:** pacientes e médicos de Unidades de Saúde Básica.

**Domínios/ dimensões:** ajuda, tempo, confiança, compreensão, dedicação, concordância, disponibilidade, contentamento e acessibilidade.

**Número de itens:** 9.

**Tipo de técnica utilizada na avaliação:** lista de classificação.

**Tipo de escala de medida:** ordinal.

**Técnica de medida:** escala de *Likert* de 5 pontos (1 = não concordo, 2 = concordo um pouco, 3 = concordo, 4 = concordo muito, 5 = concordo totalmente).

**Tipo de preenchimento:** pelo próprio usuário ou por um entrevistador (de preferência não vinculado a unidade de saúde, sem outras especificidades).

### **Dados das propriedades psicométricas:**

#### ***Validade***

Realizada validade de conteúdo por avaliação comparativa entre as traduções e retrotraduções com consenso entre os juízes. Não foram encontrados relatos de dados qualitativos ou quantitativos no texto do artigo sobre esse consenso.

Validade de conteúdo nos atributos compreensibilidade e relevância realizada por dez pacientes adultos. De maneira geral, o questionário apresentou bom entendimento por parte dos participantes. A validade de face e conteúdo, na dimensão conceito e pertinência do item da escala traduzida, também foi estimada pela comparação com a literatura e por um comitê de juízes (dois epidemiologistas e três médicos de família e comunidade). O comitê considerou o instrumento adequado em relação à face e ao conteúdo para ser utilizado no contexto brasileiro.

#### ***Confiabilidade***

A confiabilidade tipo consistência interna foi realizada por meio da correlação item-total (considerando adequados os itens com valor superior a 0,50) e coeficiente alfa de Cronbach (considerando valor adequado se igual ou superior a 0,70).

Para a primeira amostra, método autoaplicado, a carga fatorial variou de 0,53 a 0,73 entre os itens. A carga fatorial para todos os itens foi maior que 0,3. A correlação item-total variou de 0,52 a 0,88 entre os itens. E foi maior que 0,5 para todos os itens. O alfa de Cronbach foi de 0,94, a variância explicada pelo fator extraído foi de 65,3%.

Ainda ara a primeira amostra, método entrevista, a carga fatorial variou de 0,77 a 0,94 entre os itens. A carga fatorial para todos os itens foi maior que 0,3. A correlação item-total variou de 0,75 a 0,91 entre os itens. E foi maior que 0,5 para todos os itens. O alfa de Cronbach foi de 0,95, a variância explicada pelo fator extraído foi de 70,2%.

Para a segunda amostra, a carga fatorial variou de 0,73 a 0,85 entre os itens. A carga fatorial para todos os itens foi maior que 0,3. A correlação item-total variou de 0,70 a 0,82 entre os itens. E foi maior que 0,5 para todos os itens. O alfa de Cronbach foi de 0,94, a variância explicada pelo fator extraído foi de 65,6%.

A estabilidade no tempo e concordância entre os métodos auto aplicado e entrevista foram realizadas pelo teste de Wilcoxon e avaliação do coeficiente de correlação intraclasse (CCI), este considerado adequado se superior a 0,60.

Trinta e cinco participantes da primeira amostra ( $n = 133$ ) devolveram o questionário de reteste enviado após duas semanas. Foi encontrado um coeficiente de correlação intraclasse (CCI) de 0,96 (IC95% 0,94–0,98) entre o reteste e o instrumento autoaplicado. O gráfico de dispersão de Bland Altman para avaliação da estabilidade no tempo do PDRQ-9 sugeriu uma distribuição homogênea, com maior concordância para valores extremos. O limite superior de concordância foi considerado ligeiramente alargado. Foi obtido um  $p = 0,004$  por meio do teste de Wilcoxon.

O CCI foi de 0,94 (IC95% 0,93–0,95) na avaliação concordância entre os métodos autoaplicado e entrevista. O gráfico de dispersão de Bland Altman apresentou uma distribuição homogênea, diferença de médias muito próximas a zero e limites de concordância estreitos. Foi obtido um  $p = 0,315$  por meio do teste de Wilcoxon.

#### **Dados de outras análises estatísticas:**

Os participantes da primeira amostra ( $n=133$ ) apresentaram maior idade, maior escolaridade, menor desemprego e menor proporção de pessoas com companheiro(a)

atual. A média de idade dos médicos (n=17) na primeira amostra foi de 32 anos e 70,6% eram mulheres; 29,4% possuíam especialização em Medicina de Família e Comunidade. O tempo médio de formação era de 4,7 anos, e trabalhavam na Unidade de Saúde da Família em média há 2,3 anos. Possuíam carga horária semanal média de 54 horas de trabalho (considerando todos os empregos) e atendiam aproximadamente 34 pacientes por semana na Unidade Básica de Saúde.

Na segunda amostra, 52 médicos foram responsáveis pelo atendimento dos participantes (n=620), dos quais dois se recusaram a fornecer os seus dados. A média de idade dos médicos nessa amostra foi de 39 anos e 50,0% eram mulheres; 72,0% possuíam especialização em MFC. O tempo médio de formação em medicina era de 12,2 anos e trabalhavam na Unidade de Saúde da Família (USF) onde foi realizada a pesquisa em média há 3,6 anos. Possuíam carga horária semanal média de 60 horas, atendendo aproximadamente 126 pacientes por semana na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde foi realizada a pesquisa.

O escore geral foi de 4,45 (DP = 0,7) para a primeira amostra, método auto aplicado e de 4,43 (DP = 0,7) para o método entrevista. Para a segunda amostra, o escore geral foi de 3,23 (DP = 0,8). Variação do escore geral de 1 a 5 para todas as amostras.

Dos participantes da primeira amostra que devolveram o questionário de reteste enviado após duas semanas. (n = 35), não foram verificadas diferenças relacionadas a sexo, cor, idade, escolaridade, número de consultas ou escore do instrumento entre respondentes e não respondentes do reteste.

### **Viabilidade**

Os autores referem que o instrumento original é conciso e fácil de aplicar.

### ***Equipamentos:***

Formulário físico, caneta, papel, urnas para coletas dos questionários autoaplicados. Pacientes com disponibilidade para responder ao questionário.

### ***Tempo***

Não foi medido.

### ***Ações preparatórias gerais e específicas***

Instruções gerais e preparatórias para entrevistadores. Preparação para armazenamento dos formulários físicos. Fornecer instruções gerais e preparatórias para os pacientes responderem ao questionário (o paciente deve compreender as instruções fornecidas para responder ao questionário de maneira auto aplicada e também por meio de entrevista).

### ***Ações para coleta de dados***

Paciente pode responder aos 9 itens de maneira auto aplicada ou por entrevista logo após a consulta.

### ***Ações para processamento e armazenamento de dados***

Possibilidade de armazenagem física ou em banco de dados próprio.

### ***Ações de atribuição de pontuações***

Para cada profissional avaliado, o escore de cada item é calculado por meio da média aritmética das respostas daquele item e um escore geral pode ser calculado pela média aritmética das respostas dos nove itens. Não um juízo de valor final.



***ESTUDO 6: (ARTIGO) - DEVELOPMENT OF A BRAZILIAN PORTUGUESE ADAPTED VERSION OF THE GAP- KALAMAZOO COMMUNICATION SKILLS ASSESSMENT FORM. (Anna Beatriz C. N. Amaral, Elizabeth A. Rider, Paula P. Lajolo, Luiz G. Tone, Rogerio M. C. Pinto, Marisa P. Lajolo, Aaron W. Calhoun. 2016).***

**Objetivo geral:** Adaptar culturalmente a versão original do instrumento para o Brasil. E validar seus itens.

**Método:** A tradução e validação transcultural foi realizada de acordo com as normas internacionais de tradução de ferramentas de pesquisa. A tradução para o português foi realizada por dois tradutores profissionais brasileiros bilíngues independentes, sem formação médica e sem conhecimento prévio dos conceitos contidos na ferramenta. Um

terceiro profissional de saúde bilíngue reconciliou as traduções. Um tradutor nativo de língua inglesa fluente na língua portuguesa, e sem envolvimento nas etapas do processo, retraduziu o texto reconciliado de volta para o inglês. Esta versão foi então submetida aos autores da ferramenta original para comentários. Uma comissão de revisão composta pelos tradutores, os autores da ferramenta original, e outros especialistas no tema foi então convocados para criar a ferramenta final. Usando a técnica de Delphi modificada, esses revisores analisaram em conjunto as traduções, a retrotradução, a versão original e os comentários dos autores. O objetivo desta análise foi garantir que existia equivalência semântica, idiomática e conceitual entre a escala original e a versão em português. Mínimo consenso foi definido como 80% de concordância ou mais entre revisores ou, a partir da segunda rodada, uma porcentagem estabilidade de resposta de 60% ou mais em um máximo de quatro rodadas. O texto traduzido foi então avaliado quanto ao conteúdo usando técnica Delphi fiada e ajustada conforme necessário para garantir validade do conteúdo. Os pesquisadores e um coordenador de linguagem avaliaram as discrepâncias entre os revisores para definir a versão final de cada item. Um grupo de 21 participantes foi selecionado por amostragem de conveniência, usando os mesmos critérios de inclusão que os estudos do instrumento original, para participar de modificações do produto final. Participantes incluídos: 11 médicos (2 docentes), 2 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 assistente social, 2 médicos residentes e 4 pais de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos de idade. Esses indivíduos revisaram a ferramenta e foram solicitados a responderem de forma semelhante aos envolvidos no processo Delphi. Em casos de mais de 20% de discrepância em cada item, foram realizadas modificações de acordo com as sugestões oferecidas. O instrumento foi então submetido novamente a revisão final do idioma.

\*\*\*

As avaliações de validação foram realizadas por um grupo separado de 38 clínicos e atores profissionais. Os participantes foram subdivididos em grupos de acordo com sua disciplina clínica. Esses sujeitos então observaram e avaliaram uma série de simulações gravadas em vídeo compostas por médicos residentes (n = 8) interagindo com atores profissionais com experiência em simulação clínica (n = 4) usando a versão da ferramenta GKCSAF traduzida. Cada simulação continha situações envolvendo manejo de situações éticas desafiadoras, incluindo decisões difíceis sobre doença terminal, risco de morte ou possíveis sequelas incapacitantes de cuidado. Após assistirem aos vídeos, os participantes

completaram a ferramenta e um breve questionário sociodemográfico. Questionários em que mais de 20% dos itens permaneceram sem resposta foram excluídos da análise.

\*\*\*

A unidimensionalidade do instrumento final, foi avaliada por uso da análise fatorial exploratória. Fatorabilidade da matriz de correlação foi realizada com o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e pelo teste de esfericidade de Bartlett. Um critério *a priori* foi usado para testar a teoria ou hipótese de unidimensionalidade da escala e foi selecionado apenas um fator para análise. Para obter a significância prática e estatística dos achados, a carga fatorial ideal foi fixada em  $> 0,55$ . A estrutura interna foi examinada avaliando a consistência por Alfa de Cronbach e acurácia teste-reteste usando o coeficiente de correlação intraclasse (ICC). O ICC foi também usado para calcular a confiabilidade entre avaliadores para esses vídeos avaliado por 2 membros do corpo docente e 2 observadores pares. Testes estatísticos usaram uma taxa de erro alfa aceitável de 0,05. O SPSS *Statistics v 21.0 for Windows* foi usado para calcular todas as estatísticas.

**Instrumento original validado e seu respectivo país de origem:** *Gap- Kalamazoo Communication Skills Assessment Form* (GKCSAF) (Anexo 9). Estados Unidos.

Vinte e um líderes de educação médica e especialistas em comunicação dos Estados Unidos e Canadá desenvolveram o Kalamazoo Consensus Statement (KCS) em 1999 e se reuniram nos anos seguintes para criar a Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist e outros recursos, dentre eles, o GKCSAF (Bayer-Fetzer Conference, 2001). O GKCSAF foi elaborado por Aaron W. Calhoun, Elizabeth A. Rider, Elaine C. Meyer, Giulia Lamiani, Robert D. Truog (2009) (Calhoun et al., 2009) para aumentar o escopo das competências avaliadas e incluir a avaliação em 360 graus. A versão original foi validada para ambientes baseados em simulação clínica de situações difíceis em pediatria. A ferramenta contém itens definidos pela *Kalamazoo Consensus Statement* como essenciais para a comunicação em saúde: construindo um relacionamento, abrindo a discussão, coletando informações, compreender a perspectiva do paciente, compartilhar informações, chegar a um acordo sobre problemas e planos, e proporcionando fechamento. Duas dimensões foram adicionadas (demonstra empatia e comunica informações exatas) a fim de melhorar o valor da ferramenta quando usada para avaliar situações de comunicação sensíveis e complexas. O GKCSAF tem três versões

diferentes de formulários: uma avaliação de pares/docentes que é preenchida por observadores, um formulário de autoavaliação preenchido pelos alunos avaliados (autoavaliação) e um para a avaliação da família/paciente simulado com linguagem no nível de leitura da sexta série. Todas as versões mantêm a estrutura e conteúdo originais do instrumento. As perguntas iniciais usam escalas *Likert* de cinco pontos para pontuação, com opções que variam de 1 (ruim) a 5 (excelente). Após preenchimento dos formulários, são calculadas as médias dentro de cada grupo de avaliação para obter a composição de pontuações. Escores de 3 (bom) ou superior são considerados adequados e escores inferiores a 3 indicam necessidade de melhoria. Dois *rankings* de escolha forçada foram adicionados a este instrumento modificado. A primeira pede ao avaliador para identificar as três competências de comunicação mais fortes do avaliado, e o segundo pede as três competências de comunicação que mais precisam de melhorias. Após cada escolha forçada, há espaço para o avaliador justificar as suas escolhas. Esses componentes adicionais foram adicionados ao GKCSAF original para melhorar a discriminação da ferramenta diminuindo o “efeito Halo/ Horn”. A ferramenta tem mostrado grande valor quando aplicada em cenário educacional baseado em simulação com foco em comunicação e em ambientes que encorajem a autopercepção e discussões em grupo.

**Ano de validação do instrumento adaptado ou elaborado para o Brasil:** 2014.

**Nome do instrumento validado ou elaborado para uso no Brasil:** Versão brasileira do *Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form* (Anexo 10).

**Constructo:** comunicação do residente médico com o paciente.

**Contexto de uso:** simulação clínica de situações éticas desafiadoras, incluindo decisões difíceis sobre doença terminal, risco de morte ou possíveis sequelas incapacitantes de cuidado.

**Público- alvo:** residentes de medicina.

**Domínios/ dimensões:** construindo um relacionamento, abrindo a discussão, coletando informações, compreender a perspectiva do paciente, compartilhar informações, chegar a um acordo sobre problemas e planos, proporcionando fechamento, demonstra empatia e comunica informações exatas.

**Número de itens:** 34.

**Tipo de técnica utilizada na avaliação:** lista de classificação.

**Tipo de escala de medida:** ordinal.

**Técnica de medida:** escala *Likert* de 5 pontos, duas escolhas forçadas e um espaço para justificativas.

**Tipo de preenchimento:** pelo próprio avaliado, por avaliador(es) e pelos pais/família ou paciente.

**Dados das propriedades psicométricas:**

### ***Validade***

Realizada validade de conteúdo por avaliação comparativa entre as traduções e retrotraduções com consenso entre os juízes. Na primeira rodada de respostas, no método Delphi, 44/86 (51%) dos itens obtiveram consenso, deixando 42 itens para a próxima rodada. Na segunda rodada, 20/42 (48%) dos itens alcançaram consenso, deixando 22 para a terceira rodada, que obteve consenso sobre 8/22 (36%) dos itens. Dos quatorze itens da quarta rodada, 4/14 (29%) chegaram a um consenso, 5/14 (36%) mantiveram-se constantes, e 5/14 (36%) permaneceram discordantes. A estrutura final de itens discordantes foi determinada por consenso entre os pesquisadores e o especialista linguístico. Durante o pré-teste, nove sugestões de mudança nas sentenças foram feitas, sete diziam respeito a ajustes na redação. Uma frase foi considerada repetitiva. A sentença foi retirada do item, que reteve as demais frases e foi avaliado globalmente por meio de uma única escala.

### ***Confiabilidade***

O índice KMO foi de 0,864 e o teste de esfericidade de Bartlett foi 390,695 (df = 36,  $p < 0,01$ ). O único fator extraído (critérios *a priori*) explicou 56% da variância total, confirmando a unidimensionalidade da escala. As cargas fatoriais variaram de 0,5937 a 0,8332 e a semelhança das nove dimensões de 0,3525 a 0,6942.

Cálculos de consistência interna resultaram em alfa de Cronbach de 0,818 (CI: 95% 0,760-0,866). O coeficiente de correlação intraclassa para teste-reteste foi de 0,942

(IC: 95% 0,912-0,975). As pontuações do ICC entre avaliadores do corpo docente variaram de 0,233 a 0,819 para cada domínio de comunicação. O ICC geral foi 0,803. Para os observadores de pares (equipe clínica) as pontuações do ICC variaram de -0,778 a 0,849 para cada domínio de comunicação. Dentre observadores de pares, apenas dois domínios de comunicação pontuaram  $> 0,7$ . O ICC global de pares foi de 0,691.

### **Dados de outras análises estatísticas:**

Trinta e oito participantes fizeram 104 observações sobre situações de saúde gravadas em vídeo usando a ferramenta, com uma média de 11 respondentes por item do instrumento traduzido. Dos 38, 6 eram médicos da equipe, 4 eram professores médicos e 8 eram médicos residentes. Todos estavam ativos nas áreas de oncologia pediátrica, cuidados intensivos neonatais ou cuidados intensivos pediátricos. Dezesesseis profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, foram também incluídos, assim como 4 atores profissionais com experiência em simulações clínicas. Oitenta e seis por cento (86%) dos entrevistados eram mulheres com idade média de 34 anos e faixa de 25-52 anos. Setenta e seis por cento (76%) relataram não ter recebido nenhum treinamento em comunicação na área da saúde. Cada cena simulada durou em média 7,5 minutos. O tempo para a conclusão de toda a tradução variou entre 5 e 15 minutos, (média 8,5 minutos).

### **Viabilidade**

#### ***Equipamento***

Formulário físico, caneta, papel, profissionais de saúde e atores profissionais, equipamento audiovisual para filmagem, salas preparadas para filmagem.

#### ***Tempo***

Não encontrado no texto do artigo.

#### ***Ações preparatórias gerais e específicas***

Formação, educação ou experiência necessária para os observadores e atores. Preparação do ambiente de filmagem.

### ***Ações para coleta de dados***

Os respondentes marcam a resposta no próprio formulário físico ou há possibilidade de um formulário digital.

### ***Ações para processamento e armazenamento de dados***

Possibilidade de armazenagem física ou em banco de dados próprio.

### ***Ações de atribuição de pontuações***

Calculadas a média dentro de cada grupo de avaliação para obter composição das pontuações. Pontuações de 3 (bom) ou superior são consideradas adequadas e pontuações inferiores a 3 indicam a necessidade de melhoria.



***ESTUDO 7: (ARTIGO) - QUALITY OF COMMUNICATION QUESTIONNAIRE PARA PACIENTES COM DPOC EM CUIDADOS PALIATIVOS: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA USO NO BRASIL. (Flávia Del Castanhel, Suely Grosseman. 2017).***

**Objetivo geral:** Adaptar culturalmente a versão original do instrumento para o Brasil.

**Método:** estudo guiado por diretrizes estabelecidas para a adaptação transcultural de instrumentos. Primeiramente, dois tradutores brasileiros, com fluência na língua inglesa (um estava ciente sobre o conceito a ser examinado pelo questionário original o outro não tinha além de não ter ciência, não era formado na área da saúde) realizaram a tradução da versão original do instrumento para o português do Brasil de forma independente. Posteriormente, os dois tradutores e uma médica bilíngue compararam as traduções com a versão original, resolveram discrepâncias por consenso e realizaram uma síntese das traduções na versão em português. Após, dois tradutores nascidos em países de língua inglesa e com fluência em português, sem formação na área da saúde, sem ciência dos conceitos explorados no questionário e sem acesso à versão original, produziram duas versões retraduzidas de forma independente. Para assegurar equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural de todas as versões, um comitê de especialistas (duas médicas intensivistas bilíngues, os dois tradutores que participaram da elaboração das versões iniciais, uma professora de língua portuguesa e uma professora de metodologia)

revisaram cada item do instrumento traduzido gerando então a versão pré-final do instrumento. Esta foi utilizada no pré-teste.

\*\*\*

No pré-teste, foi utilizada uma amostra de conveniência, com pacientes internados, desde que acordados e lúcidos, há mais de 24 horas em UTI, maiores de 18 anos de idade e com capacidade de se comunicarem oralmente. Os pacientes foram convidados para avaliar a clareza e da adequação cultural de todas as partes que compõem o questionário (instruções, itens e opções de resposta). Essas foram avaliadas em uma escala que vai de 1 a 10, em que 1 representa “nada claro/adequado” e 10 representa “totalmente claro/adequado”, sendo considerado satisfatório o item que recebesse uma nota igual ou superior a 8. Quando o item não era considerado claro ou culturalmente inaceitável, solicitava-se ao paciente sua sugestão para que o instrumento pudesse ficar mais compreensível e aceitável culturalmente. Participaram 32 pacientes de três hospitais públicos de uma mesma cidade. Em seguida, foi realizada a análise das respostas e das sugestões fornecidas pelos pacientes, e um comitê revisor, composto por três médicas, duas enfermeiras e uma fisioterapeuta – atuantes em UTIs - realizaram ajustes e elaboraram a versão final, a qual foi retraduzida e enviada ao autor do instrumento. A análise estatística foi descritiva, com medidas de frequência e de tendência central. Foi utilizado o teste t de *Student* para comparar variáveis contínuas entre grupos e o teste do qui-quadrado para comparar variáveis categóricas. Foi utilizado o pacote estatístico IBM SPSS *Statistics*, versão 19.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA).

**Instrumento original validado e seu respectivo país de origem:** *Quality of Communication Questionnaire (QOC)* foi elaborado nos Estados Unidos por J. Randall Curtis e Donald L. Patrick (Curtis e Patrick, 1997), utilizado para avaliar a qualidade da comunicação do médico com o paciente em cuidados paliativos (Anexo 11). Desenvolvido com método qualitativo, envolveu grupos focais de pacientes com AIDS e médicos especialistas na área. Esse instrumento foi validado também em uma coorte com pacientes com AIDS e seus médicos; foi adaptado por estudos qualitativos com a participação de grupos focais que envolveram pacientes com AIDS, câncer e DPOC. A análise dos componentes principais do QOC, identificaram duas subescalas com boa

consistência interna para a comunicação geral ( $\alpha = 0,91$ ) e para a comunicação em situações de término de vida ( $\alpha = 0,79$ ); a validade de conteúdo apresentou associações significativas ( $p < 0,01$ ). O QOC é composto por 13 itens e engloba dois domínios: habilidades de comunicação geral e habilidades de comunicação sobre término de vida, com pontuações de 0 a 10, sendo 0 (o pior que poderia imaginar) e 10 (o melhor que poderia imaginar). Possui também duas opções de respostas adicionais: uma indicando que o médico não realizou tal comunicação (não fez) e outra para quando o paciente fica em dúvida sobre como avaliar um item (não sabe).

**Ano de validação do instrumento adaptado ou elaborado para o Brasil:** não encontrado no texto do artigo.

**Nome do instrumento validado ou elaborado para uso no Brasil:** Questionário sobre a Qualidade da Comunicação (Anexo 12).

**Constructo:** comunicação do médico com o paciente.

**Contexto de uso:** pacientes internados em unidades de cuidados intensivos (UTI's), adultos, com capacidade comunicacional.

**Público- alvo:** médicos de UTI's e pacientes.

**Domínios/ dimensões:** habilidades de comunicação geral e habilidades de comunicação sobre término de vida.

**Número de itens:** 13.

**Tipo de técnica utilizada na avaliação:** lista de classificação.

**Tipo de escala de medida:** ordinal.

**Técnica de medida:** escala tipo *Likert* de dez pontos, sendo 0 = “O pior que eu poderia esperar” e 9 = “O melhor que eu poderia imaginar”.

**Tipo de preenchimento:** pelo paciente.

## **Dados das propriedades psicométricas:**

### ***Validade***

Realizada validade de conteúdo por avaliação comparativa entre as traduções e retrotraduções com consenso entre os juízes. Não foram encontrados relatos de dados qualitativos ou quantitativos no texto do artigo sobre esse consenso.

Validade de conteúdo nos atributos compreensibilidade e aceitabilidade cultural: no pré-teste, apenas um item gerou dificuldade de compreensão e baixa aceitabilidade cultural, com média de  $5,59 \pm 3,2$ . Dos 32 participantes, 62,5% pontuaram esse item com nota  $\leq 5$ , não havendo diferença significativa entre homens e mulheres ( $p = 0,27$ ). O comitê revisor considerou as sugestões expressas pelos participantes do pré-teste e reformulou o item. A versão final produzida por esse mesmo comitê revisor foi retraduzida e enviada ao autor do instrumento, que questionou dois itens e sugeriu alterações que foram acatadas. No enunciado do questionário, houve alteração quanto à característica da doença.

### ***Confiabilidade***

Não foi realizada análise de confiabilidade.

## **Dados de outras análises estatísticas:**

Dos 32 participantes, 21 eram do sexo masculino (65,6%) e 11 do sexo feminino (34,4%), possuíam de 18 a 82 anos (média =  $48,5 \pm 18,8$  anos), 10 (31,3%) tinham ensino fundamental incompleto; 5 (15,6%) tinham ensino fundamental completo; 4 tinham (12,5%) ensino médio incompleto; e 11 (40,6%) tinham ensino médio completo. A média de tempo de internação foi de  $4,8 \pm 4,1$  dias. As causas da internação na UTI foram clínicas, em 16 pacientes (50%) e cirúrgicas, em 16 (50%).

### ***Viabilidade***

Não foi encontrado uso empírico do instrumento traduzido para o português brasileiro. Não sendo possível captar dados sobre a aplicação e interpretação do instrumento. Os autores do atual estudo consideraram como:

### ***Equipamento***

Possibilidade de formulário eletrônico ou físico (papel e caneta). Avaliadores treinados. Disponibilidade do paciente responder ao questionário.

### ***Ações preparatórias gerais e específicas***

Formação, educação ou experiência necessária para os avaliadores para aplicação e/ ou orientação ao paciente.

### ***Ações para coleta de dados***

Dados capturados manualmente ou por digitação.

### ***Ações para processamento e armazenamento de dados***

Possibilidade de armazenagem física ou em banco de dados próprio.

### ***Ações de atribuição de pontuações***

Contagem simples direta e média do melhor resultado.



## ***ESTUDO 8: (ARTIGO) - VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA O PORTUGUÊS DA INTERPERSONAL COMMUNICATION COMPETENCE SCALE. (Ana Cláudia Puggina, Maria Júlia Paes da Silva. 2014).***

**Objetivo geral:** adaptar culturalmente o instrumento original para o Brasil.

**Método:** para a adaptação cultural foram cumpridas etapas recomendadas por literatura internacional. As traduções iniciais foram realizadas por tradutores bilíngues independentes, um que conhecia a temática da escala e outro que não a conhecia. Em seguida, um terceiro profissional bilíngue com domínio da cultura brasileira e da língua portuguesa do Brasil e da língua inglesa compôs uma versão final (síntese) das duas traduções trabalhando com o instrumento original e com as duas traduções iniciais. Essa síntese foi submetida a retrotradução por dois tradutores nascidos e alfabetizados nos Estados Unidos. Eles não tiveram acesso ao instrumento original neste momento. A

seguir, foi realizada uma revisão das versões por um comitê de juízes composto por nove membros bilíngues (três tradutores, um linguista, uma aluna de graduação e quatro especialistas em comunicação). A autora da escala fez contribuições importantes baseadas nas retrotraduções. No comitê de juízes, os membros receberam todas as versões da escala a ser adaptada para apontar os problemas levantados e propor soluções. Receberam também as instruções de aplicação da escala, bem como as diretrizes para cálculo do escore. Neste estágio, os juízes avaliaram as equivalências semântica e idiomática, conceitual e cultural do instrumento e propuseram a versão pré-teste. Por fim, a versão pré-teste foi avaliada qualitativamente e a versão pré-final foi avaliada quantitativamente.

\*\*\*

No pré-teste, 13 professores responderam aos itens da escala e depois foram entrevistados para verificar compreensão dos itens e relevância da escala. Os dados qualitativos foram transcritos e analisados individualmente. Então, a versão pré-final foi elaborada.

\*\*\*

O cálculo da amostra mínima para validação do instrumento (critério preconizado de cinco sujeitos por item da escala original a ser validada) apontou a necessidade de no mínimo 150 participantes. Para confirmar os domínios da versão pré-final foi realizada a análise fatorial confirmatória, tendo como critério de seleção da quantidade de domínios o método do autovalor  $> 1$ , e de seleção de variáveis o flag de 40. Como os domínios não se confirmaram, foi realizada uma nova seleção das variáveis com estudo da correlação pelo Alpha de Cronbach e pelo método de análise de componentes principais com flag de 40. Em seguida, as variáveis selecionadas foram novamente estudadas por meio de análise fatorial comparativa com determinação da quantidade de domínios pelo mesmo método (autovalor) e de variáveis pelo flag de 40, e consistência interna por meio do Alpha de Cronbach.

**Instrumento original validado e seu respectivo país de origem:** *Interpersonal Communication Competence Scale* (Anexo 13) é um instrumento elaborado por Rebecca Rubin e Matthew Martin em 1994, nos Estados Unidos (Rubin & Martin, 1994), auto administrado e avalia dez dimensões da competência de comunicação interpessoal

(autorrevelação, empatia, convívio social, assertividade, altercentrismo, manejo das interações, expressividade, apoio, disponibilidade e controle do ambiente). Os itens devem ser aplicados randomizados e renumerados e sem os nomes das habilidades. A escala de medida utilizada é a *Likert* de cinco pontos. A escala tem 24 itens positivos e seis negativos (código reverso). Os códigos reversos precisam ser recodificados antes do escore final. O escore total da escala pode variar de 30 a 150, tendo uma média de 90 pontos.

**Ano de validação do instrumento adaptado ou elaborado para o Brasil:** não encontrado no texto do artigo.

**Nome do instrumento validado ou elaborado para uso no Brasil:** Escala de Competência em Comunicação Interpessoal (ECCI) (Anexo 14).

**Constructo:** competência em comunicação interpessoal.

**Contexto de uso:** interação entre colegas de classe; entre colegas de trabalho; entre membros da família; entre professor e aluno; entre profissional e paciente e outras.

**Público- alvo:** sem determinação. Pode ser usado por profissionais, colegas, familiares etc.

**Domínios/ dimensões:** controle do ambiente, autorrevelação, assertividade, manejo das interações e disponibilidade.

**Número de itens:** 17 (os itens devem ser aplicados randomizados).

**Tipo de técnica utilizada na avaliação:** lista de classificação.

**Tipo de escala de medida:** ordinal.

**Técnica de medida:** escala *Likert* de 5 pontos (1= quase nunca se comporta dessa maneira; 2 = interage assim raramente; 3 = às vezes se comporta dessa maneira; 4 = geralmente se comporta dessa maneira e 5 = sempre interage dessa maneira).

**Tipo de preenchimento:** pelo próprio avaliado.

## **Dados das propriedades psicométricas:**

### ***Validade***

Realizada validade de conteúdo por avaliação comparativa entre as traduções e retrotraduções com consenso entre os juízes. Não foram encontrados relatos de dados qualitativos ou quantitativos no texto do artigo sobre esse consenso.

Validade de constructo: Na validação de constructo do instrumento, o Alpha de Cronbach dos 30 itens da escala foi de 0,80; na análise fatorial, os domínios não se confirmaram em relação a escala original e quatro itens foram eliminados devido à baixa correlação; mesmo assim, o Alpha de Cronbach entre os domínios foi de 0,64. Portanto, foi realizada a análise considerando os principais componentes com flag de 40. Desta forma, 13 itens foram excluídos. Uma nova análise fatorial dos 17 itens restantes revelou 5 domínios com Alpha de Cronbach de 0,71 entre eles e Alpha de Cronbach de 0,82 entre os itens. Para os 19 dados faltantes no instrumento, foi assumido o método de imputação de dados faltantes pela maior frequência absoluta de cada questão entre as possíveis respostas. Na versão final com 17 itens e 5 domínios, o Alpha de Cronbach para cada domínio e os respectivos itens variou de 0,53 a 0,71. Considerando estes valores, os autores não recomendam o uso dos domínios como subescalas.

### ***Confiabilidade***

Não foram encontrados relatos de avaliação da confiabilidade no texto do artigo.

## **Dados de outras análises estatísticas:**

A amostra de conveniência dos 177 alunos de graduação em Enfermagem tinha em média 21,51 ( $dp \pm 3,59$ ) anos de idade, possuía mais o sexo feminino ( $n=164$ ; 92,66%), solteiros ( $n=173$ ; 97,74%) e que nunca tinham realizado curso em comunicação ( $n=165$ ; 93,22%). Em relação ao ano de graduação em Enfermagem, 33,90% ( $n=60$ ) dos alunos estavam cursando o terceiro ano, 27,12% ( $n=48$ ) o primeiro ano, 23,16% ( $n=41$ ) o segundo ano e 15,82% ( $n=28$ ) cursavam o quarto ano de graduação.

## **Viabilidade**

Não foi encontrado uso empírico do instrumento traduzido para o português brasileiro. Não sendo possível captar dados sobre a aplicação e interpretação do instrumento. Os autores do atual estudo consideraram como:

### ***Equipamento***

Possibilidade de formulário eletrônico ou físico (papel e caneta).

### ***Ações preparatórias gerais e específicas***

Instruções gerais e preparatórias para preenchimento e pontuação do instrumento.

### ***Ações para coleta de dados***

Dados capturados manualmente ou por digitação.

### ***Ações para processamento e armazenamento de dados***

Possibilidade de armazenagem física ou em banco de dados próprio.

### ***Ações de atribuição de pontuações***

Para a obtenção do escore total, os códigos reversos precisam ser recodificados. O escore total da escala pode variar de 17 a 35. Quanto maior a pontuação, maior é a habilidade em comunicação interpessoal.



***ESTUDO 9: (TESE) - EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE UM INSTRUMENTO CONSTRUÍDO PARA AVALIAR A QUALIDADE DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS DO MÉDICO A PACIENTES EM CENÁRIOS CLÍNICOS COTIDIANOS (BURG, L.B.; 2021).***

**Objetivo geral:** construir e analisar as evidências de validade de um instrumento para pacientes avaliarem a qualidade da comunicação médica de más notícias em cenários clínicos cotidianos.

**Método:** uso de abordagem qualitativa exploratória para a construção dos itens e quantitativa para o processo de validação.

Inicialmente, realizou-se uma revisão literária sobre protocolos de orientação e sistematização da comunicação médica geral e a comunicação de más notícias e uma discussão entre pesquisadores experts para a elaboração do instrumento piloto que foi composto por 42 itens. Este aplicado a pacientes reais a fim de avaliarem como os médicos comunicam más notícias.

Então, um comitê de 10 juízes experts avaliou a clareza, semântica, relevância e adaptação cultural dos itens numa escala de 1 a 10. Os critérios para a retirada dos itens foram: quando clareza e/ou relevância  $< 7$  = retirado; entre 7 e 8 = revisado / reformulado; 9 e 10 = mantidos.

Após esta avaliação inicial, o questionário foi reestruturado e o número de itens reduzido para 35. Na sequência, uma avaliação por um segundo comitê, formado por 5 pesquisadores experts, revisou o conjunto de itens reduzindo-o para 26; esta versão foi preparada para ir a campo e ser aplicada na vida real com vinte pacientes em unidades de internação ou ambulatoriais de um Hospital Universitário que receberam alguma notícia que considerassem ruim dada por um médico ao longo de seu histórico de saúde.

Os pacientes não entenderam exatamente o que era solicitado em vários itens e apresentaram dificuldade em responder. Então, optou-se por uma abordagem qualitativa exploratória, por meio de entrevistas pessoais semiestruturadas, com pacientes de idade mínima de 16 anos e capacidade médica / funcional para responder às entrevistas, pertencentes a dois hospitais de referência dentro do mesmo estado brasileiro, para identificação de pontos importantes sobre a qualidade da comunicação de más notícias.

Procedeu-se a entrevistas pessoais semiestruturadas, com duração entre 15 e 20 minutos, realizadas por três entrevistadores treinados e por meio de uma pergunta norteadora aberta ("Na sua opinião, como um médico deve comunicar uma má notícia (notícia ruim) sobre a saúde de um paciente?") e perguntas fechadas. Utilizou-se a escala Likert de 5 pontos (1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = nem concordo nem discordo, 4 = concordo parcialmente, 5 = concordo totalmente). Admitiu-se como respostas positivas aquelas em que os participantes assinalaram as opções 4 e 5 às frases formuladas de forma positiva ou 1 e 2 para as questões formuladas negativamente. As pontuações atribuídas

aos itens com conotações negativas foram revertidas, de modo a produzir um instrumento com variação média máxima igual a 5 pontos por item. As respostas à pergunta norteadora foram redigidas e submetidas a análise de conteúdo por três 3 pesquisadores independentes. A coleta de dados continuou até a saturação ser alcançada.

Um novo comitê de juízes experts foi formado com 10 pacientes da população alvo e por 11 profissionais com experiência no ensino de comunicação de más notícias e/ou atuação junto a pacientes com doenças potencialmente graves ou em cuidados paliativos (4 médicos de família, 2 oncologistas, 3 paliativistas e 2 hospitalistas).

A clareza dos itens foi avaliada em uma escala ordinal de 4 pontos (1 – nada claro; 2 - pouco claro; 3 - claro; 4 - muito claro) pelo comitê de juízes. Quando a clareza foi avaliada por pelo menos um profissional como ‘pouco clara’, o item era revisado e, se considerado ‘nada claro’, excluído. Com relação à avaliação pelos pacientes observou-se uma dificuldade de classificação utilizando a escala de 4 pontos; ao invés de responder quanto à clareza do item, respondiam à pergunta em si (conteúdo do item). Assim, para este grupo de experts modificou-se o formato da escala para uma numérica (1 = nada claro até 10 = totalmente claro) com melhor entendimento pelos pacientes. Quando o item foi avaliado com nota 7 ou 8, foi revisado; itens com notas abaixo de 7 foram excluídos. Quando um item não recebia avaliação máxima, solicitava-se aos profissionais sugestões para melhor adequação semântica desse item.

A relevância dos itens foi avaliada pelos profissionais em uma escala ordinal de 4 pontos (1 - irrelevante; 2 – pouco relevante; 3 - relevância moderada; 4 – alta relevância). As respostas foram calculadas usando a razão de validade de conteúdo (RVC), com base na equação:  $N_e - (N/2)$  dividido  $N/2$ , em que  $N_e$  representa o número de especialistas que consideraram o item essencial e  $N$  representa o número total de especialistas. Os valores mínimos de RCV são estipulados conforme o número de experts. Para um total de 11 experts, o RVC mínimo aceitável foi de 0,59; portanto, itens com valores menores do que este foram removidos. Para que os pacientes avaliassem a relevância, utilizou-se como estratégia o Constant Sum Method. Os respondentes usaram “moedas de ouro”, (representadas por uma cartela de adesivos redondos dourados) para avaliar cada item, colocando o maior número de moedas nos itens que consideravam mais importantes. Os dados resultantes dessa avaliação não foram incluídos como critérios para a retirada ou modificação dos itens.

Dando sequência à busca por mais evidências de validade, com sua estrutura pronta, o instrumento seguiu para aplicação em outra amostra de pacientes.

\*\*\*

A população recrutada nesta etapa foi proveniente dos dois hospitais. Os critérios de inclusão iniciais e de exclusão foram os mesmos da fase de construção do instrumento.

O tamanho da amostra foi baseado em recomendações literárias que recomendam de dez a quinze vezes o número de itens do instrumento (razão sujeito/itens: 10:1 - ≤ 15:1). Foi estimada um tamanho de amostra de 160 a 250 pacientes.

Três pessoas treinadas integrantes da equipe de pesquisa conduziram pessoalmente as entrevistas, com duração aproximada de 30 minutos. Primeiro, o paciente foi questionado se havia recebido alguma notícia que considerasse ruim sobre sua saúde. Frente a positividade dessa resposta verificou-se qual foi a notícia e há quanto tempo. Prosseguiu-se com a leitura de cada item do instrumento, onde o paciente avaliava o quanto concordava de acordo com a escala de respostas escolhida (1 = "discordo totalmente" a 5 indicando "concordo totalmente"). Por fim, solicitou-se que atribuísse uma nota (de 1 a 10), refletindo sua satisfação com a maneira como o médico comunicou a má notícia. Dados demográficos (idade, sexo, escolaridade e ocupação) foram coletados. Durante a entrevista, o participante ficou com uma cópia do questionário em mãos para poder acompanhar e facilitar a visualização da escala de respostas.

Os itens e as variáveis sociodemográficas foram analisados usando-se estatística descritiva (frequência, medidas de tendência central e dispersão). Estabeleceu-se que o escore global do instrumento seria a soma dos escores de cada item respondido. Este escore foi utilizado para verificar associações (teste de Mann-Whitney e teste de Kruskal Wallis) e correlações (teste de correlação de Spearman) entre as demais variáveis. Foram adotados os critérios para analisar a força da correlação ( $r \geq 0,7$  = forte;  $0,7 - 0,50$  = moderada;  $0,49 - 0,30$  = fraca;  $0,3 <$  muito fraca).

Para explorar a estrutura fatorial da escala, inicialmente uma AFE foi realizada com a extração dos componentes principais e rotação oblíqua. As cargas fatoriais dentro de um componente  $\geq 0,7$  foram definidas como "excelente",  $0,69 - 0,50$  = "boa" e  $0,31 - 0,49$  = "moderada". Itens com cargas fatoriais  $\leq 0,3$  foram excluídos. As cargas fatoriais

que diferiram entre os componentes em 0,25 ou mais foram definidas como demonstrando uma boa discriminação. Para a retenção dos fatores utilizou-se: (1) o critério de Kaiser com autovalores (eigenvalues)  $> 1$  a partir das variáveis observadas, avaliando-se em conjunto o percentual da variância explicada; (2) o Cattell's scree test, baseado num gráfico dos eigenvalues, observando onde ocorre o declínio natural e o ponto de interrupção na curva antes de atingir a estabilidade.

Num segundo momento, revisou-se o método e se procedeu à nova AFE. Para verificar a fatorabilidade da escala, o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi calculado, sendo 0,7 o valor de índice mínimo para uma amostra adequada e o teste de esfericidade de Bartlett  $< 0,05$ , indicando que existe correlação significativa entre as variáveis. Os fatores foram extraídos através da decomposição da matriz de correlação policórica, gerando autovalores, responsáveis por explicar a variância total das variáveis observáveis pelos fatores. O método da análise paralela clássica (Horn, 1965) com simulação de Monte

Carlo (500 matrizes de correlações aleatórias) foi escolhido para definir o número de fatores a serem retidos e o estimador utilizado foi o *Diagonal Weighted Least Square*.

Os *eigenvalues* dos dados reais e os *eigenvalues* médios dos dados aleatórios (considerando eigenvalues ideais  $> 1$ ) foram determinados, diminuindo a probabilidade de erro na retenção dos fatores (superextração). Somente fatores que correspondessem a *eigenvalues* empíricos, que excedessem os valores médios dos *eigenvalues* randômicos foram retidos. O índice de replicabilidade da estrutura fatorial foi determinado pelo *Generalized h-index* (G-H), considerando que um índice  $\geq 0,8$  define bem uma variável latente.

As cargas fatoriais dentro de um componente foram definidas como "excelentes" quando  $> 0,7$ , "boas" entre 0,7 e 0,5, "moderadas" entre 0,49 a 0,40 e "baixas" quando  $< 0,4$ . Com relação às comunalidades foram consideradas "altas" quando  $\geq 0,5$  e "aceitáveis" entre 0,2 e 0,49. Uma avaliação preliminar de adequação do modelo estrutural proposto foi realizada através da análise de alguns índices de ajuste: indicador de ajustamento absoluto chi-quadrado ( $p > 0,05$ ), índice parcimonioso *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) ( $< 0,05$ ) e índice incremental Tucker Lewis Index (TLI) ( $> 0,95$ ).

A técnica de *bootstrapping* (500 reamostragens) foi utilizada para os cálculos do intervalo de confiança. A probabilidade máxima de erro aceita foi de 5%. O programa utilizado para o tratamento descritivo dos dados foi o IBM® SPSS *Statistics* para Windows versão 24.0 (SPSS, Armonk, NY, EUA). Para realizar a análise paralela, o software FACTOR versão 10.03.10 foi utilizado<sup>106</sup>; para os demais dados analisados, a linguagem R versão 4.0.1 com os pacotes ggcorrplot, dplyr, lavaan, psych, corrplot e semTools.

\*\*\*

A confiabilidade foi aferida através da consistência interna da escala medida pelo coeficiente alfa de Cronbach, considerando 0,70 o valor mínimo aceito.

**Nome do instrumento validado ou elaborado para uso no Brasil:** Questionário para avaliar a Comunicação de Más Notícias (QCMN) (Anexo 15).

**Constructo:** comunicação médica de más notícias.

**Contexto de uso:** cenários clínicos reais.

**Público- alvo:** médicos e pacientes.

**Domínios/ dimensões:** dados não encontrados no texto do artigo para a versão final do instrumento.

**Número de itens:** 14. Ainda consta de uma solicitação de pontuação (0 a 10) para qualidade comunicativa do médico e um espaço para registro de sugestão sobre como o médico poderia melhorar sua qualidade comunicativa.

**Tipo de técnica utilizada na avaliação:** questionário e lista de classificação.

**Tipo de escala de medida:** ordinal.

**Técnica de medida:** escala *Likert* de 5 pontos (1 = discordo totalmente; 2 = discordo parcialmente; 3 = nem discordo nem concordo; concordo parcialmente; 5 = concordo totalmente).

**Tipo de preenchimento:** pelo próprio paciente ou por um entrevistador.

## **Dados das propriedades psicométricas:**

### ***Validade***

Validade de conteúdo: entre os itens inicialmente considerados relevantes, apenas dois foram classificados como “pouco claros” por um dos profissionais experts, sendo que um dos itens foi removido e o outro modificado. Um item foi considerado apenas “claro” por um dos experts e foi reformulado. A RVC de cada item do instrumento (19 itens) de acordo com a avaliação dos 11 profissionais experts variou de 0,27 a 1. A partir deste momento, o conjunto inicial com 19 itens passou para 16 itens e seguiu para a avaliação pelos pacientes experts.

Na avaliação da clareza pelos pacientes, todos os itens receberam pontuação média superior a 8 (8,5 - 10). Uma versão “pré-final” do instrumento nomeada – Qualidade da Comunicação de Más Notícias (QCMN), com 16 itens, foi desenvolvida.

Validade de constructo: na AFE utilizando a análise paralela para verificar a dimensionalidade do instrumento, o segundo *eigenvalue*, demonstrado pelo *eigenvalue* randômico foi maior do que o *eigenvalue* real. Esse achado mostrou que um segundo fator não seria adequado para retenção; possivelmente foi derivado de um erro de amostragem ou aleatório. Portanto um único fator (ou componente) foi mais representativo, ou seja, o instrumento é unidimensional. O índice G-H foi de 0,97 (IC95% = 0,96 – 1,27).

As cargas fatoriais dos itens variaram de 0,44 a 0,92 e suas comunalidades de 0,19 a 0,85. Apenas dois itens apresentaram cargas fatoriais baixas, sendo retirados para a versão final do instrumento.

Os valores dos índices de ajuste do modelo foram:  $\chi^2$  (45, 77gl;  $p = 0,99$ ); RMSEA = 0,031 (IC 90% = 0,000 – 0,05) e TLI = 0,996 (IC 90% = 0,98 – 1,01).

### ***Confiabilidade***

O alfa de Cronbach do instrumento com 16 itens foi de 0,87. O índice KMO (0,84) e o teste de Bartlett ( $\chi^2 = 1582,37$ ,  $p < 0,001$ ) indicaram que os dados estavam adequados para a análise fatorial.

### **Dados de outras análises estatísticas:**

Para gerar os itens do instrumento, 109 participantes foram entrevistados. A idade dos pacientes apresentou mediana de 53 anos (P25-75 = 40 – 60,5). Cinquenta (45,9%) pacientes foram do sexo masculino e 59 (54,1%) do sexo feminino ( $\chi^2 = 0,74$ ,  $p = 0,39$ ); 59 (54,1%) pacientes de um hospital e 50 (45,9%) do outro hospital HNR ( $\chi^2 = 0,74$ ;  $p = 0,39$ ). Em relação à escolaridade, 42 (38,5%) possuíam primeiro grau incompleto, 14 (12,8%) primeiro grau completo, 8 (7,3%) segundo grau incompleto, 35 (32,1%) segundo grau completo e 10 (9,3%) terceiro grau.

Duzentos e um pacientes foram entrevistados para a realização das análises da validade fatorial e da confiabilidade.

A idade dos participantes variou entre 16 e 84 anos, com mediana de 49 (P25-75 = 35 - 61). Cento e vinte e seis (62,7%) participantes foram do sexo feminino e 75 (37,3%) do sexo masculino ( $\chi^2 = 12,94$ ,  $p < 0,05$ ). Cento e cinquenta e cinco (77,1%) entrevistas foram realizadas no primeiro hospital (enfermaria = 87,9%; ambulatório = 12,1%) e 46 (22,9%) no segundo hospital (enfermaria = 68,3%; ambulatório = 31,7%) ( $\chi^2 = 59,11$ ;  $p < 0,05$ ). As atividades laborais mais frequentes dos participantes foram: serviços gerais ( $n = 27$ ; 13,5%), do lar ( $n = 23$ ; 11,5%), comerciante ( $n = 19$ ; 9,5%), estudante ( $n = 10$ ; 5%), trabalhador de construção civil ( $n = 9$ ; 4,5%) / professor ( $n = 9$ ; 4,5%) e cozinheiro ( $n = 8$ ; 4%). Com relação à escolaridade, 63 (31,3%) participantes tinham o primeiro grau incompleto, 22 (10,9%) primeiro grau completo, 10 (5%) segundo grau incompleto, 69 (34,3%) segundo grau completo e 37 (18,4%) terceiro grau. Cento e cinquenta e um (75,1%) participantes receberam más notícias no prazo de até um ano a contar da data da entrevista; deste grupo, 110 (73,3%) receberam más notícias em até três meses. As razões relatadas como más notícias foram variadas.

O escore do instrumento com 16 itens variou entre 16 a 80 e a média foi de 68 (DP = 11,8). A média da nota atribuída pelos participantes à sua satisfação geral com a comunicação de má notícia médico foi de 8,4 (DP = 2,4). A correlação entre a nota da satisfação geral e o escore do instrumento foi de  $r = 0,6$  ( $p < 0,000$ ). O escore do instrumento não foi associado com o sexo ( $U = 4529$ ;  $p = 0,62$ ), com o nível de escolaridade ( $\chi^2 = 49,88$ ;  $p = 0,32$ ) ou com a idade ( $\chi^2 = 5086$ ;  $p = 0,28$ ) do participante.

A correlação entre o escore do instrumento e o intervalo de tempo entre ter recebido a má notícia e a entrevista foi de  $r = - 0,25$  ( $p < 0,000$ ).

## **Viabilidade**

### ***Equipamento***

Possibilidade de formulário eletrônico ou físico (papel e caneta). Paciente com disponibilidade e avaliadores treinados.

### ***Tempo***

30 minutos (conforme informado pelo estudo quando o instrumento foi aplicado por um entrevistador).

### ***Ações preparatórias gerais e específicas***

Formação, educação ou experiência necessária para os avaliadores. Orientação aos cuidadores.

### ***Ações para coleta de dados***

Dados capturados manualmente ou por digitação.

### ***Ações para processamento e armazenamento de dados***

Possibilidade de armazenagem física ou em banco de dados próprio.

### ***Ações de atribuição de pontuações***

O instrumento não prevê pontuação. Sugere-se contagem simples dos melhores resultados com apresentação de sua frequência.

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS QUANTO A CONFIABILIDADE – RISCO DE VIÉS****Tabela 1***Avaliação da qualidade dos estudos quanto à confiabilidade – risco de viés*

Autor(es)	Estabilidade do paciente	Intervalo de tempo	Condições de medição semelhantes	Cegamento para administração das medidas	Cegamentos para atribuição da pontuação	Outras falhas	Métodos estatísticos preferidos			Classificação
							Para pontuações contínuas	Para pontuações ordinais	Para pontuações dicotômicas ou nominais	
Amaral et al. (2016)	NA	NA	D	MB	MB	I	NA	A	NA	Inadequado
Burg (2021)	NA	NA	A	I	NA	D	NA	MB	NA	Inadequado
Castanhel & Grosseman (2017)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Catani et al. (2018)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Delfino et al. (2017)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Puggina & Silva (2014)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Reis et al. (2018)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Rocha et al. (2020)	NA	MB	MB	I	NA	A	NA	MB	NA	Inadequado
Wollmann (2018)	I	MB	I	I	I	I	NA	A	NA	Inadequado

Legenda: NA = não se aplica; I = inadequado; MB = muito bom; D = duvidoso; A = adequado.

(Adaptado e livremente traduzido de LB Mokkink, M Boers, CPM van der Vleuten, LM Bouter, J Alonso, DL Patrick, HCW de Vet, CB Terwee. COSMIN Risk of Bias tool to assess the quality of studies on reliability or measurement error of outcome measurement instruments: a Delphi study. *BMC Medical Research Methodology*. 2020;20(293)).

## DISCUSSÃO

A revisão sistemática atual resumiu os resultados de 8 artigos que objetivaram realizar a validação transcultural de instrumentos de avaliação da comunicação do profissional de saúde na sua relação com o paciente e 1 tese que visou construir e avaliar a adequabilidade deste mesmo tipo de instrumento. Todos os artigos de validação transcultural adaptaram instrumentos elaborados em países com nível de desenvolvimento sociocultural superior ao Brasil. Isto pode ter ocorrido porque os países desenvolvidos possuem maior produção científica na área, com mais publicações de artigos e livros, e consensos de referência em comunicação. Há de se considerar também que adaptar um instrumento é menos dispendioso do que elaborá-lo e isto justifica a menor quantidade de estudos de elaboração de instrumentos no Brasil. Os instrumentos foram validados entre os anos de 2014 e 2018, carecendo de atualizações deste processo. Um outro aspecto é que os instrumentos validados foram para contextos e população-alvo muito diversificados o que justifica as diferentes dimensões e números de itens encontrados, e dificulta comparações entre as escalas inclusive para estudos de validação futuros. Os avaliadores que utilizam as escalas diferiram entre o avaliado (autoavaliação) e avaliação de facilitadores ou pacientes. Somente um dos instrumentos considerou a avaliação de todos os participantes da comunicação (Amaral et al., 2016) o que permite controlar mais os vieses de otimismo e pessimismo advindos do autorrelato (Moore et al., 2018) e o teto de efeito (Uitterhoeve et al., 2010) oriundo da avaliação do paciente. Nenhum dos estudos incluídos discutiu como os avaliadores foram treinados em relação a ferramenta de avaliação. Estudos têm sugerido que avaliadores potenciais precisam ser suficientemente treinados (incluindo sessões de treinamento direcionadas, calibração inicial, e feedback sobre a pontuação da avaliação em relação a seus pares) (Stefan et al., 2019; Kilbertus et al., 2019).

A validade é definida como o grau em que um instrumento realmente mede o constructo que pretende medir e em geral três tipos de validade podem ser distinguidos: validade de conteúdo, validade de constructo e validade de critério. A validade de conteúdo se concentra em saber se o conteúdo do instrumento corresponde ao constructo que se pretende medir no que diz respeito à relevância, integralidade e abrangência (Mokkink, et al., 2010; de Vet et al., 2011). Neste sentido, somente os artigos de Burg (2021), Catani et al. (2018) e Rocha et al., (2020) estabeleceram ao critério de relevância.

Os critérios de abrangência e completude dos itens não foram apresentados por todos os artigos.

Um instrumento de medida deve ser validado novamente se for aplicado em uma nova situação ou para outro propósito, sendo a aplicação em outra língua um desses exemplos. A validade transcultural deve ser verificada avaliando a validade de constructo. Os pesquisadores podem verificar se o instrumento traduzido mostra as correlações esperadas com construções relacionadas e se é capaz de discriminar entre subgrupos relevantes. Esse teste de hipóteses torna-se mais forte se os dados sobre as mesmas hipóteses na população original estiverem disponíveis. Se assim for, as hipóteses podem ser formuladas especificamente de modo que a mesma magnitude de correlações e ou diferenças é esperada na nova população. Pode-se esperar pontuações semelhantes se o instrumento for usado em uma população alvo semelhante. No entanto, nunca podemos ter certeza sobre isto. Quando diferentes variações são encontradas entre as populações é difícil decidir se isso se deve a diferenças nos instrumentos de medida traduzidos ou diferenças nas populações. Existem formas de determinar a equivalência dos escores de um instrumento com base na avaliação da invariância de medida como a análise de fatores, análise de regressão logística e técnicas de teoria da resposta a itens (de Vet et al., 2011). Somente o estudo de validação transcultural de Puggina & Silva (2014) determinaram esta validade através do coeficiente alfa de Cronbach. O estudo de elaboração de instrumento de Burg (2021) também estabeleceu a validade de constructo através da análise fatorial exploratória.

Nenhum dos estudos determinou a validade de critério. Isto é justificável por não haver um instrumento padrão – ouro na área de estudo (de Vet et al., 2011).

A confiabilidade e erro de medida possuem conceitos distintos, mas relacionados, a confiabilidade é definida como o grau em que a medida está livre de erros, em outras palavras, o parâmetro de confiabilidade expressa o quão bem os pacientes podem ser distinguidos uns dos outros apesar da presença do erro de medida. Parâmetros importantes para avaliar a confiabilidade são o kappa de Cohen para medidas em escala nominal (kappa não ponderada) ou escala ordinal (kappa ponderada) e o coeficiente de correlação intraclasse (ICC) para medidas com desfechos contínuos (de Vet et al., 2011). A confiabilidade pode ser afetada por diferentes razões como a estabilidade do paciente no momento das análises, intervalo de tempo dos testes, condições de medidas, cegamento

para administração das medidas ou para atribuição da pontuação. Quatro dos 9 estudos incluídos nessa revisão realizaram estudos de confiabilidade (Amaral et al., 2016; Burg, 2021; Rocha et al., 2020; Wollmann, 2018) com ao menos um viés de medida, motivo pelo qual todos foram qualificados como inadequados na realização desta medida. Deste modo, não é possível confirmar se as diferenças individuais encontradas na realização dos testes são atribuíveis a diferenças reais das características avaliadas.

Quanto a viabilidade, o uso de alguns instrumentos podem ser difíceis devido a realidade econômica do local que pode inviabilizar recursos de tecnologia mais alta. Os critérios mais complexos incluíram equipamentos de filmagem audiovisuais, avaliadores e atores treinados, salas para realização de simulação clínica e tempo para elaboração de roteiros dos casos simulados.

Após estas considerações, fica evidente a necessidade de desenvolver instrumentos de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde para o Brasil, porque os instrumentos disponíveis carecem de estudos mais robustos sobre as suas qualidades psicométricas e clinimétricas.

## **CONCLUSÃO**

Esta revisão sistemática apontou a importância de se conhecer a qualidade comunicativa do estudante/ profissional de saúde com o paciente através do uso de instrumentos de medida confiáveis e adequados ao contexto. Nove instrumentos com essa finalidade foram encontrados no Brasil, todos eles variaram quanto à estrutura geral, conteúdo e métodos de avaliação além de apresentarem baixa confiabilidade. Portanto, a qualidade das evidências para os estudos incluídos nesta revisão não pode ser assegurada. Assim, desenvolvimento de instrumentos de avaliação do estudante/ profissional de saúde com o paciente, pautado em rigor metodológico, faz-se essencial no Brasil.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Não há conflitos de interesse dos autores.

## REFERÊNCIAS

- Adler, R., Vasiliadis, A., & Bickell, N. (2010). The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Family Practice, 27*(2), 171–178. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp099>
- Amaral, A. B. C. N. D. (2015). *Utilização da associação de opiniões de múltiplos avaliadores com a análise de 'gaps' na avaliação das habilidades de comunicação no ensino médico brasileiro*. (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). <https://doi.org/10.11606/T.17.2017.tde-16012017-140131>
- Amaral, A. B., Rider, E. A., Lajolo, P. P., Tone, L. G., Pinto, R. M., Lajolo, M. P., & Calhoun, A. W. (2016). Development of a Brazilian Portuguese adapted version of the Gap-Kalamazoo communication skills assessment form. *International Journal of Medical Education, 7*, 400–405. <https://doi.org/10.5116/ijme.583a.df42>
- Bingham, W., & Moore, B. (1941). *How to Interview*. New York, Harpers.
- Brédart, A., Bouleuc, C., & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology, 17*(4), 351–354. <https://doi.org/10.1097/01.cco.0000167734.26454.30>
- Brock, D., Abu-Rish, E., Chiu, C. R., Hammer, D., Wilson, S., Vorvick, L., Blondon, K., Schaad, D., Liner, D., & Zierler, B. (2013). Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgraduate Medical Journal, 89*(1057), 642–651. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-000952rep>
- Buckley, W. (1968). *Systems Research for Behavioral Science Systems Research: A Sourcebook* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315130569>
- Calhoun, A. W., Rider, E. A., Meyer, E. C., Lamiani, G., & Truog, R. D. (2009). Assessment of communication skills and self-appraisal in the simulated environment: feasibility of multirater feedback with gap analysis. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare, 4*(1), 22–29. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e318184377a>
- Campbell, S. H., Pagano, M. P., O'Shea, E. R., Connery, C., & Caron, C. (2013, November). Development of the Health Communication Assessment Tool: Enhancing Relationships, Empowerment, and Power Sharing Skills. *Clinical Simulation in Nursing, 9*(11), e543-e550. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.016>
- Castenhel, F. D. (2017). *Quality of Communication Questionnaire: tradução e adaptação cultural para o uso no Brasil*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/185535>
- Chandra, S., & Mohammadnezhad, M. (2021). Doctor-Patient Communication in Primary Health Care: A Mixed-Method Study in Fiji. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7548. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147548>
- Chen, C. C., & Chen, S. H. (2011). Better continuity of care reduces costs for diabetic patients. *The American Journal of Managed Care*, 17(6), 420–427. [https://www.ajmc.com/view/ajmc\\_11jun\\_chenchen\\_420to27](https://www.ajmc.com/view/ajmc_11jun_chenchen_420to27)
- Chichirez, C. M., & Purcărea, V. L. (2018). Interpersonal communication in healthcare. *Journal of Medicine and Life*, 11(2), 119–122. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6101690/pdf/JMedLife-11-119.pdf>
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Johnson, R. L., Ford, D. E., Steinwachs, D. M., & Powe, N. R. (2003). Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Annals of Internal Medicine*, 139(11), 907–915. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-11-200312020-00009>
- Curtis, J. R., & Patrick, D. L. (1997). Barriers to communication about end-of-life care in AIDS patients. *Journal of General Internal Medicine*, 12(12), 736–741. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.07158.x>
- de Vet, H. C., Terwee, C. B., Mokkink, L. B., & Knol, D. L. (2011). *Measurement in medicine: a practical guide*. Cambridge University Press.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet (London, England)*, 357(9258), 757–762. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)04169-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)04169-6)
- Ditton-Phare, P., Loughland, C., Duvivier, R., & Kelly, B. (2017). Communication skills in the training of psychiatrists: A systematic review of current approaches. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(7), 675–692. <https://doi.org/10.1177/0004867417707820>
- Hari, R., & Kujala, M. V. (2009). Brain basis of human social interaction: from concepts to brain imaging. *Physiological Reviews*, 89(2), 453–479. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2007>
- Hari, R., Henriksson, L., Malinen, S., & Parkkonen, L. (2015). Centrality of Social Interaction in Human Brain Function. *Neuron*, 88(1), 181–193. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.09.022>
- Haskard, K. B., Williams, S. L., DiMatteo, M. R., Rosenthal, R., White, M. K., & Goldstein, M. G. (2008). Physician and patient communication training in primary care: effects on participation and satisfaction. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(5), 513–522. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.5.513>
- Hasson, U., & Frith, C. D. (2016). Mirroring and beyond: coupled dynamics as a generalized framework for modelling social interactions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 371(1693), 20150366. <https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0366>

- Herndon, J. H., & Pollick, K. J. (2002). Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American volume*, 84(2), 309–315. <https://doi.org/10.2106/00004623-200202000-00019>
- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E., Jr (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(3 Suppl), S110–S127. <https://doi.org/10.1097/00005650-198903001-00010>
- Kilbertus, S., Pardhan, K., Zaheer, J., & Bandiera, G. (2019). Transition to practice: Evaluating the need for formal training in supervision and assessment among senior emergency medicine residents and new to practice emergency physicians. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 21(3), 418–426. <https://doi.org/10.1017/cem.2019.8>
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T. J., & Harvey, I. (1999). The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 49(446), 711–716. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313498/pdf/10756612.pdf>
- Krupat, E., Frankel, R., Stein, T., & Irish, J. (2006). The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.015>
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association*, 293(9), 1100–1106. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association*, 277(7), 553–559. <https://doi.org/10.1001/jama.277.7.553>
- Lin, W., Huang, I. C., Wang, S. L., Yang, M. C., & Yaung, C. L. (2010). Continuity of diabetes care is associated with avoidable hospitalizations: evidence from Taiwan's National Health Insurance scheme. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 22(1), 3–8. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp059>
- Loh, K. Y., & Sivalingam, N. (2008). Enhancing doctor-patient relationship: the humanistic approach. *The Medical Journal of Malaysia*, 63(1), 85–88. [http://www.e-mjm.org/2008/v63n1/Doctor-Patient\\_Relationship.pdf](http://www.e-mjm.org/2008/v63n1/Doctor-Patient_Relationship.pdf)
- Macdonald, E. (2004). *Difficult Conversations in Medicine*. Oxford University Press, Nova York.
- Makoul G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(4), 390–393. <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>

- Makoul, G., Krupat, E., & Chang, C. H. (2007). Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 333–342. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.005>
- Matusitz, J., & Spear, J. (2014). Effective doctor-patient communication: an updated examination. *Social Work in Public Health*, 29(3), 252–266. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.776416>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* (1982), 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)
- Merriel, S. W., Salisbury, C., Metcalfe, C., & Ridd, M. (2015). Depth of the patient-doctor relationship and content of general practice consultations: cross-sectional study. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 65(637), e545–e551. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X686125>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(7), 737–745. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
- Montague, P. R., Berns, G. S., Cohen, J. D., McClure, S. M., Pagnoni, G., Dhamala, M., Wiest, M. C., Karpov, I., King, R. D., Apple, N., & Fisher, R. E. (2002). Hyperscanning: simultaneous fMRI during linked social interactions. *NeuroImage*, 16(4), 1159–1164. <https://doi.org/10.1006/nimg.2002.1150>
- Oliver R. L. (2015). *Satisfaction: A behavioral perspective on the customer*. Abingdon, Routledge.
- OMS. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- O’Shea, E. R., Pagano, M., Campbell, S. H., & Caso, G. (2011). A descriptive analysis of nursing student communication behaviors. *Clinical Simulation in Nursing*, 9 ( 1 ), e 5 - e 1 2 . <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2011.05.013>
- Parsons T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society*, 53(3), 257–278. <https://doi.org/10.2307/3349493>
- Redcay, E., & Schilbach, L. (2019). Using second-person neuroscience to elucidate the mechanisms of social interaction. *Nature Reviews. Neuroscience*, 20(8), 495–505. <https://doi.org/10.1038/s41583-019-0179-4>

- Rider, E. A., & Nawotniak, R. H. (2010). Interpersonal and communication skills. In E. A. Rider & R. H. Nawotniak (Eds.), *A Practical Guide to Teaching and Assessing the ACGME Core Competencies*. Marblehead, MA: HCPro, Inc.
- Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 59(561), e116–e133. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X420248>
- Rogers, C. (1941). *Counseling and psychotherapy*. New York, Houghton Mifflin.
- Rubin, R. B., & Martin, M. M. (1994). Development of a measure of interpersonal communication competence. *Communication Research Reports*, 11(1), 33–44. <https://doi.org/10.1080/08824099409359938>
- Sandars, J., Bax, N., Mayer, D., Wass, V., & Vickers, R. (2007). Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. *Medical Teacher*, 29(1), 60–61. <https://doi.org/10.1080/01421590601087546>
- Schilbach, L., Timmermans, B., Reddy, V., Costall, A., Bente, G., Schlicht, T., & Vogeley, K. (2013). Toward a second-person neuroscience. *The Behavioral and Brain Sciences*, 36(4), 393–414. <https://doi.org/10.1017/S0140525X12000660>
- Santiago, L. M., Simões, J. A., Vale, M., Faria, E., Ferreira, P. L., & Rosendo, I. (2020). Auto Perceção do Desempenho da Medicina Centrada na Pessoa em Medicina Geral e Familiar: Criação de Um Instrumento de Medição. *Acta Medica Portuguesa*, 33(6), 407–414. <https://doi.org/10.20344/amp.11742>
- Sceffer, R. (1993). *Aconselhamento psicológico: teoria e prática*. 7ed. SP: Atlas, 1993.
- Stefan, A., Hall, J. N., Sherbino, J., & Chan, T. M. (2019). Faculty development in the age of competency-based medical education: A needs assessment of Canadian emergency medicine faculty and senior trainees. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 21(4), 527–534. <https://doi.org/10.1017/cem.2019.343>
- Stewart, M., Brown, J.B., Weaton, W., McWhinney I.R., McWilliam, C.L., Freeman, T.R. (2017). *Medicina Centrada na Pessoa – Transformando o Método Clínico*. Porto Alegre: Artmed.
- Stewart M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 152(9), 1423–1433. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337906/>
- Teutsch C. (2003). Patient-doctor communication. *The Medical Clinics of North America*, 87(5), 1115–1145. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(03\)00066-x](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(03)00066-x)
- Thayer, L. O. (1976). *Comunicação: fundamentos e sistemas na organização, na administração, nas relações interpessoais*. São Paulo, Atlas, 1976.

- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Van Oppen, P., Van Marwijk, H. W., De Beurs, E., & Van Dyck, R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry, 26*(2), 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.08.010>
- van Servellen, G. (2009). *Communication skills for the health care professional: Concepts, practice, and evidence*. Jones and Bartlett Publishers.
- Williamson, E.G. (1939). *How to counsel students*. New York, McGraw-Hill.
- Worrall, G., & Knight, J. (2011). Continuity of care is good for elderly people with diabetes: retrospective cohort study of mortality and hospitalization. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien, 57*(1), e16–e20. <https://www.cfp.ca/content/57/1/e16.long>
- Zolnierok, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care, 47*(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>

### **APÊNDICE 1 – Estratégia de busca principal**

(communication OR “interpersonal skill” OR “interpersonal skills” OR “social skill” OR “social skills” OR “interpersonal relation” OR “interpersonal relations” OR “interpersonal communication” OR counseling OR “communication skill” OR “communication skills” OR “social ability” OR “social abilities” OR “social interaction” OR “social interactions” OR competency OR interview OR “patient centered”) AND (instrument OR instruments OR “measuring instrument” OR “measuring instruments” OR measurement OR measurements OR assessment OR assessments OR test OR tests OR checklist OR checklists OR scale OR scales OR questionnaire OR questionnaires OR observation OR guide OR tool OR tools) AND (“validity study” OR “validity studies” OR validation OR validity OR “validation study” OR “validation studies” OR adaptation OR elaboration OR construction OR development) AND (Brazil OR “brazilian portuguese” OR “portuguese language”)

**Estratégia adaptada conforme base de pesquisa.**

**Anexo 1 - Health Communication Assessment Tool - HCAT.**  
(Campbell, S. H., Pagano, M., O’Shea, E. R., Connery, C., & Caron, C., 2013).

Table 1 Health Communication Assessment Tool	Yes	Unsure	No
<b>Simulated Nurse Verbal and Nonverbal Behaviors</b>			
1. Introduced her-/himself to patient (and/or family)			
2. Shook patient’s and/or family member’s hand (or touched patient appropriately)			
3. Explained the reason for the nurse’s visit in patient/family appropriate terms			
4. Used positive communication including smile to encourage interaction			
5. Maintained eye contact when talking with patient and/or family			
6. Communicated what s/he was about to do PRIOR to doing it			
7. Asked patient or family if it was okay to touch patient before doing a procedure or test (blood pressure, auscultation, intravenous, nasogastric, etc.)			
8. Touched patient appropriately			
9. Spent majority of time near patient			
10. Sat when talking with or educating patient			
11. Listened more than talked			
12. Leaned towards the speaker to show listening intently			
13. Educated patient and/or family about procedure, disease, and/or treatment			
14. Asked questions to minimize miscommunication of information from nurse to patient/family and to confirm patient/family comprehension of procedure/treatment			
15. Recognized and responded appropriately to patient’s and/or family’s nonverbal and verbal behaviors (frowns, tears, hysteria, silence, etc.)			
16. Used appropriate vocal tone and volume for situation (nonemergent vs. emergency, not too soft or too loud, nonaccusatory, etc.)			
17. Avoided stereotyping behaviors (re: teen mom, unwed mother, ethnicity, sexual orientation, gender, or economic diversities, etc.)			
18. Used empathy to build relationship with patient/family			
19. Avoided judging patient/family behaviors (re: economic status, abuse, drug use, sexual orientation, religion/cultural differences, etc.)			
20. Spent equal or more time on psychosocial aspects of patient/family care as on clinical (biological) aspects			
21. Inquired about patient’s/family’s feelings regarding birth, illness, injury, and/or treatment			
22. Recognized conflict (between patient and family or patient and situation) and tried to gain information and find opportunities to minimize			
23. Maintained, enhanced, or developed interpersonal relationship with patient and/or family (via communication and professionalism)			
24. Avoided health care jargon (vital signs, respiratory, etc.) [see below]			
25. Health literacy (list inappropriate nursing/medical terms/words/jargon for patient):			
1. _____ 4. _____			
2. _____ 5. _____			
3. _____ 6. _____			
MP/SHC/EOS 01/10 rev 9/2010 © Name _____			
Scenario _____ Date _____			

## **Anexo 2 - Versão brasileira da HCAT.**

(Nélida Beatriz Caldas dos Reis, Fernanda Santos Nogueira Góes, Natália DelÁngelo Aredes, Suzanne Hetzel Campbell. 2018).

### **Afirmações (HCAT)**

1. O estudante/profissional apresentou-se ao paciente e/ou família.
2. O estudante/profissional apertou a mão do paciente e/ou família ou cumprimentou apropriadamente.
3. O estudante/profissional explicou a razão de sua visita em termos apropriados.
4. O estudante/profissional usou comunicação positiva, incluindo um sorriso para encorajar as interações.
5. O estudante/profissional manteve contato visual enquanto conversava com o paciente e/ou família.
6. O estudante/profissional comunicou o que estava prestes a fazer ANTES de fazê-lo.
7. O estudante/profissional perguntou ao paciente ou familiar se poderia tocar o paciente ANTES de fazer um procedimento ou exame (pressão arterial, ausculta, punção venosa, sondagem etc).
8. O estudante/profissional tocou o paciente apropriadamente.
9. O estudante/profissional passou a maior parte do tempo perto do paciente.
10. O estudante/profissional sentou-se ao orientar ou conversar com o paciente.
11. O estudante/profissional ouviu mais do que falou.
12. O estudante/profissional inclinou-se em direção à pessoa que falava para demonstrar interesse.
13. O estudante/profissional orientou efetivamente o paciente e/ou família sobre o procedimento, doença e/ou tratamento.
14. O estudante/profissional fez perguntas para encorajar o feedback e aumentar a clareza.
15. O estudante/profissional reconheceu e respondeu apropriadamente aos comportamentos verbais e não verbais (franzir de testa, lágrimas, histeria, silêncio etc.) do paciente e/ou família.
16. O estudante/profissional usou tom de voz e volume apropriados para a situação.
17. O estudante/profissional evitou julgar comportamentos do paciente/família (ex: condição econômica, abuso, uso de drogas, orientação sexual, religião/diferenças culturais etc.).
18. O estudante/profissional passou um tempo igual ou maior abordando aspectos psicossociais no cuidado ao paciente/família em relação aos aspectos clínicos (biológicos).
19. O estudante/profissional perguntou sobre os sentimentos do paciente/família sobre a situação, demonstrando preocupação.
20. O estudante/profissional reconheceu o conflito e tentou obter informações e encontrar oportunidades para minimizá-lo ou manejá-lo.
21. O estudante/profissional desenvolveu, manteve ou aprimorou relacionamento interpessoal com o paciente e/ou família (via comunicação e profissionalismo).
22. O estudante/profissional evitou termos técnicos de saúde (sinais vitais, punção venosa etc.) [inclua abaixo os termos técnicos utilizados].

Se termos técnicos foram utilizados, liste-os:

---

**Anexo 3 – *Small Communication Strategies Scale (SCSS)\**.**

(Apud: Lais Lopes Delfino, Ricardo Shoiti Komatsu, Caroline Komatsu, Anita Liberalesco Neri, Meire Cachioni. 2017).

Question	Original version
1	Eliminate distractions
2	Approach your spouse slowly and from the front, establish and maintain eye contact
3	Use one-idea sentences
4	Speak at a normal rate and without exaggerated intonation
5	Ask questions that do not place demands on recent memory
6	Use focused management and repair strategies in conversation
7	Invite spouse's participation in the conversation
8	Encourage and facilitate spouse's sustained participation in the conversation
9	Orchestrate and partner with spouse during conversation
10	Honor and respect spouse's perspective and needs

\*Fonte da escala SCSS não encontrada.

**Anexo 4 – Escala Breve de Comunicação de Estratégias de Comunicação (EBEC).**  
(Lais Lopes Delfino, Ricardo Shoiti Komatsu, Caroline Komatsu, Anita Liberalesco Neri, Meire Cachioni. 2017).

<b>Brazilian cross-culturally adapted version</b>
Eliminar distrações
Aproximar-se do seu cônjuge devagar e de frente, estabelecendo e mantendo contato visual.
Usar frases simples
Falar em ritmo normal e sem alterações exageradas no tom de voz.
Fazer perguntas que não exijam muito da memória recente.
Prestar atenção na condução da conversa e fazer interferências apropriadas quando necessário for.
Convidar o cônjuge a participar da conversa.
Incentivar e facilitar a participação contínua do cônjuge na conversa.
Conciliar e atuar como parceiro do cônjuge durante a conversa.
Honrar e respeitar os pontos de vista e as necessidades do cônjuge.

**Anexo 5 – *Communication Assessment Tool- CAT.***  
(Makoul G, Krupat E, Chang CH. 2007).

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>poor</b>	<b>fair</b>	<b>good</b>	<b>very good</b>	<b>excellent</b>

**Please use this scale to rate the way the doctor communicated with you.  
Circle your answer for each item below.**

<u>The doctor</u>	<u>poor</u>				<u>excellent</u>
1. Greeted me in a way that made me feel comfortable	1	2	3	4	5
2. Treated me with respect	1	2	3	4	5
3. Showed interest in my ideas about my health	1	2	3	4	5
4. Understood my main health concerns	1	2	3	4	5
5. Paid attention to me (looked at me, listened carefully)	1	2	3	4	5
6. Let me talk without interruptions	1	2	3	4	5
7. Gave me as much information as I wanted	1	2	3	4	5
8. Talked in terms I could understand	1	2	3	4	5
9. Checked to be sure I understood everything	1	2	3	4	5
10. Encouraged me to ask questions	1	2	3	4	5
11. Involved me in decisions as much as I wanted	1	2	3	4	5
12. Discussed next steps, including any follow-up plans	1	2	3	4	5
13. Showed care and concern	1	2	3	4	5
14. Spent the right amount of time with me	1	2	3	4	5
<u>The doctor's staff</u>	<u>poor</u>				<u>excellent</u>
15. Treated me with respect	1	2	3	4	5

**Anexo 6 – *Four Habits Coding Scheme – 4HCS.***  
(Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J., 2006).

**Habit 1. Invest in the Beginning**

A1. Clinician indicates clear familiarity with patient's history/chart (e.g., mentions recent tests performed or visit information based on previous chart notes)

3. Clinician makes some reference to past visits or history, but familiarity with these does not seem strong

5. Clinician needs to refer to chart continually to familiarize self with case or does not relate current visit with patient's history or chart (or doesn't even have chart).

B1. Patient is greeted in manner that is personal and warm (e.g., clinician asks patient how s/he likes to be addressed, uses patient's name)

3. Patient is greeted in manner that recognizes patient, but without great warmth or personalization

5. Greeting of patient is cursory, impersonal, or non-existent

C1. Clinician makes non-medical comments, using these to put the patient at ease

3. Clinician makes cursory attempt at small talk (shows no great interest, keeps discussion brief before moving on)

5. The clinician gets right down to business without any attempt at small talk (or cuts patient off curtly and abruptly, or if later in visit, shows only passing interest)

D1. The clinician tries to identify the problem(s) using primarily open-ended questions (asks questions in a way that allows patient to tell own story with minimum of interruptions or closed ended questions)

3. The clinician tries to identify the problem(s) using a combination of open and closed ended questions (possibly begins with open-ended but quickly reverts to closed ended)

5. The clinician tries to identify the problem(s) using primarily closed-ended questions (*staccato* style)

E1. The clinician encourages the patient to expand in discussing his/her concerns (e.g., using various continuers such as Aha, Tell me more, Go on).

3. Clinician neither cuts the patient off nor expresses great interest in learning more (listens, but does not encourage expansion or further discussion)

5. The clinician interrupts or cuts the patient off in his/her attempt to expand (is clearly not very interested).

F1. The clinician attempts to elicit the full range of the patient's concerns by generating an agenda early in the visit (clinician does other than simply pursue first stated complaint)

3. The clinician makes some reference to other possible complaints or asks briefly about them before pursuing the patient's first complaint or generates an agenda as the visit progresses.

5. The clinician immediately pursues the patient's first concern without an attempt to discover other possible concerns of the patients.

### **Habit 2. Elicit the Patient's Perspective**

A1. Clinician shows great interest in exploring the patient's understanding of the problem (e.g., asks the patient what the symptoms mean to him/her).

3. Clinician shows brief or superficial interest in understanding the patient's understanding of the problem

5. Clinician makes no attempt/shows no interest in understanding the patient's perspective

B1. Clinician asks (or responds with interest) about what the patient hopes to get out of the visit (e.g., can be general expectations or specific requests such as meds, referrals).

3. Clinician shows interest in getting a brief sense of what the patient hopes to get out of the visit but moves on quickly.

5. Clinician makes no attempt to determine (shows no interest in) what the patient hopes to get out of the visit.

C1. Clinician attempts to determine in detail/shows great interest in how the problem is affecting patient's lifestyle (work, family, daily activities).

3. Clinician attempts to determine briefly/shows only some interest in how the problem is affecting patient's lifestyle.

5. Clinician makes no attempt to determine/shows no interest in how the problem is affecting patient's lifestyle.

### **Habit 3. Demonstrate Empathy**

A1. Clinician openly encourage/is receptive to the expression of emotion (e.g., through use of continuers or appropriate pauses (signals verbally or nonverbally that it is okay to express feelings)

3. Clinician shows relatively little interest or encouragement for the patient's expression of emotion; or allows emotions to be shown but actively or subtly encourages patient to move on

5. Clinician shows no interest in patient's emotional state and/or discourages or cuts off the expression of emotion by the patient (signals verbally or nonverbally that it is not okay to express emotions)

B1. Clinician makes comments clearly indicating acceptance/validation of patient's feelings (e.g., I'd feel the same way... I can see how that would worry you...)

3. Clinician briefly acknowledges patient's feelings but makes no effort to indicate acceptance/validation

5. Clinician makes no attempt to respond to/validate the patient's feelings, or possibly belittles or challenges them (e.g., It's ridiculous to be so concerned about...)

C1. Clinician makes clear attempt to explore patient's feelings by identifying or labeling them (e.g., So how does that make you feel? It seems to me that you are feeling quite anxious about...)

3. Clinician makes brief reference to patient's feelings, but does little to explore them by identification or labeling

5. Clinician makes no attempt to identify patient's feelings

D1. Clinician displays nonverbal behaviors that express great interest, concern and connection (e.g., eye contact, tone of voice, and body orientation) throughout the visit.

3. Clinician's nonverbal behavior shows neither great interest or disinterest (or behaviors over course of visit are inconsistent).

5. Clinician's nonverbal behavior displays lack of interest and/or concern and/or connection (e.g., little or no eye contact, body orientation or use of space inappropriate, bored voice)

D. Invest in the End

A1. Clinician frames diagnostic and other relevant information in ways that reflect patient's initial presentation of concerns

3. Clinician makes cursory attempt to frame diagnosis and information in terms of patient's concerns

5. Clinician frames diagnosis and information in terms that fit physician's frame of reference rather than incorporating those of the patient

B1. Clinician pauses after giving information with intent of allowing patient to react to and absorb it

3. Clinician pauses briefly for patient reaction, but then quickly moves on (leaving the impression that the patient may not have fully absorbed the information).

5. Clinician gives information and continues on quickly with giving patient opportunity to react (impression is that this information will not be remembered properly or fully appreciated by the patient)

C1. Information is stated clearly and with little or no use of jargon

3. Information contains some jargon and is somewhat difficult to understand

5. Information is stated in ways that are technical or above patient's head (indicating that the patient has probably not understood it fully or properly).

D1. Clinician fully/clearly explains the rationale behind current, past, or future tests and treatments so that patient can understand the significance of these to diagnosis and treatment

3. Clinician only briefly explains the rationale for tests and treatments

5. Clinician offers/orders tests and treatments, giving little or any rationale for these.

E1. Clinician effectively tests for the patient's comprehension.

3. Clinician briefly or ineffectively tests for the patient's comprehension

5. Clinician makes no effort to determine whether the patient has understood what has been said.

F1. Clinician clearly encourages and invites patient's input into the decision-making process

3. Clinician shows little interest in inviting the patient's involvement in the decision making process, or responds to the patient's attempts to be involved with relatively little enthusiasm.

5. Provider shows no interest in having patient's involvement or actively discourages/ignores patient's efforts to be part of decision-making process

G1. Clinician explores acceptability of treatment plan, expressing willingness to negotiate if necessary

3. Clinician makes brief attempt to determine acceptability of treatment plan, and moves on quickly

5. Clinician offers recommendations for treatment with little or no attempts to elicit patient's acceptance of (willingness or likelihood of following) the plan

H1. Clinician fully explores barriers to implementation of treatment plan

3. Clinician briefly explores barriers to implementation of treatment plan

5. Clinician does not address whether barriers exist for implementation of treatment plan

I1. Clinician openly encourages and asks for additional questions from patient (and responds to them in at least some detail)

3. Clinician allows for additional questions from patient, but does not encourage question

asking nor respond to them in much detail

5. Clinician makes no attempt to solicit additional questions from patient or largely ignores them if made unsolicited

J1. Clinician makes clear and specific plans for follow-up to the visit

3. Clinician makes references to follow-up, but does not make specific plans

5. Clinician makes no reference to follow-up plans

**Anexo 7 – Patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9).**

(Christina M. Van der Feltz-Cornelis, Patricia Van Oppen, Harm W.J. Van Marwijk, Edwin De Beurs e Richard Van Dyck, 2004).

**Instruction:**

You will read nine statements that a person can make about his/her PCP. Please choose the appropriateness of each statement for your PCP by marking one number per statement. The meaning of the numbers is as follows:

- 1 = not at all appropriate
- 2 = somewhat appropriate
- 3 = appropriate
- 4 = mostly appropriate
- 5 = totally appropriate

---

1	My PCP helps me	1	2	3	4	5
2	My PCP has enough time for me	1	2	3	4	5
3	I trust my PCP	1	2	3	4	5
4	My PCP understands me	1	2	3	4	5
5	My PCP is dedicated to help me	1	2	3	4	5
6	My PCP and I agree on the nature of my medical symptoms	1	2	3	4	5
7	I can talk to my PCP	1	2	3	4	5
8	I feel content with my PCP's treatment	1	2	3	4	5
9	I find my PCP easily accessible	1	2	3	4	5

---

**Anexo 8 - Versão do PDRQ-9 em português brasileiro.**

(Lucas Wollmann, Lisiane Hauser, Sotero Serrate Mengue, Milena Rodrigues Agostinho, Rudi Roman, Christina M. Van Der Feltz-Cornelis, Erno Harzheim. 2018).

<b>Apresentação</b>
Eu vou ler pra você/Você vai ler nove frases sobre o relacionamento que você tem com o Dr. _____ (MÉDICO DA PESSOA). Por favor, eu quero que você me diga/marque o quanto você concorda com cada uma dessas frases, de acordo com as seguintes alternativas:
<b>Opções de resposta</b>
1 = Não concordo 2 = Concordo um pouco 3 = Concordo 4 = Concordo muito 5 = Concordo totalmente
<b>Itens do instrumento</b>
Meu médico me ajuda. Meu médico tem tempo suficiente para mim. Eu confio no meu médico. Meu médico me entende. Meu médico se dedica a me ajudar. Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas. Eu consigo conversar com o meu médico. Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece. Eu acho fácil ter acesso ao meu médico.

**Anexo 9 - Gap- Kalamazoo Communication Skilss Assessment Form (GKCSAF).**  
 (Aaron W. Calhoun, Elizabeth A. Rider, Elaine C. Meyer, Giulia Lamiani, Robert D. Truog, 2009) (Rider, 2010).

Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form\*

Clinician/Faculty:

**How well does the participant do the following:**

	<u>1</u> Poor	<u>2</u> Fair	<u>3</u> Good	<u>4</u> Very Good	<u>5</u> Excellent
<b>A. Builds a Relationship (includes the following):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Greets and shows interest in the patient and patient's family</li> <li>• Uses words that show care and concern throughout the interview</li> <li>• Uses tone, pace, eye contact, and posture that show care and concern</li> <li>• Responds explicitly to patient and family statements about ideas and feelings</li> </ul>					
<b>B. Opens the Discussion (includes the following):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allows patient and family to complete opening statements without interruption</li> <li>• Asks "Is there anything else?" to elicit full set of concerns</li> <li>• Explains and/or negotiates an agenda for the visit</li> </ul>					
<b>C. Gathers Information (includes the following):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Addresses patient and family statements using open-ended questions.</li> <li>• Clarifies details as necessary with more specific or "yes/no" questions</li> <li>• Summarizes and gives family opportunity to correct or add information</li> <li>• Transitions effectively to additional questions</li> </ul>					
<b>D. Understands the Patient's and Family's Perspective (includes the following):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asks about life events, circumstances, other people that might affect health</li> <li>• Elicits patient's and family's beliefs, concerns, and expectations about illness and treatment</li> </ul>					
<b>E. Shares Information (includes the following):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assesses patient's and family's understanding of problems and desire for more information</li> <li>• Explains using words that family can understand</li> <li>• Asks if family has any questions</li> </ul>					
<b>F. Reaches Agreement (If new/changed plan) (includes the following):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Includes family in choices and decisions to the extent they desire.</li> <li>• Checks for mutual understanding of diagnostic and/or treatment plans</li> <li>• Asks about acceptability of diagnostic and/or treatment plans</li> <li>• Identifies additional resources as appropriate</li> </ul>					
<b>G. Provides Closure (includes the following):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asks if patient and family have questions, concerns or other issues</li> <li>• Summarizes</li> <li>• Clarifies future time when progress will again be discussed</li> <li>• Provides appropriate contact information if interim questions arise</li> <li>• Acknowledges patient and family, and closes interview</li> </ul>					

Comunicação com o doente em consulta remota: construção de instrumento de avaliação

	<u>1</u> <u>Poor</u>	<u>2</u> <u>Fair</u>	<u>3</u> <u>Good</u>	<u>4</u> <u>Very</u> <u>Good</u>	<u>5</u> <u>Excellent</u>
<b>H. Demonstrates Empathy (includes the following):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinician's demeanor is appropriate to the nature of the conversation</li> <li>• Shows compassion and concern</li> <li>• Identifies/labels/validates patient's and family's emotional responses</li> <li>• Responds appropriately to patient and family's emotional cues</li> </ul>					

	<u>1</u> <u>Poor</u>	<u>2</u> <u>Fair</u>	<u>3</u> <u>Good</u>	<u>4</u> <u>Very</u> <u>Good</u>	<u>5</u> <u>Excellent</u>
<b>I. Communicates Accurate Information (includes the following):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accurately conveys the relative seriousness of patient's condition.</li> <li>• Took other participating clinician's input into account.</li> <li>• Clearly conveys expected disease course.</li> <li>• Clearly presents and explains options for future care.</li> <li>• Gives enough clear information to empower decision making.</li> </ul>					

**What did this clinician do the best at? (Please pick three choices)**

- Builds a Relationship
- Opens the Discussion
- Gathers Information
- Understands the Patient's and Family's Perspective
- Shares Information
- Reaches Agreement
- Provides Closure
- Demonstrates Empathy
- Communicates Accurate Information

**Why did you choose those particular answers?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**What could this clinician improve on? (Please pick three choices)**

- Builds a Relationship
- Opens the Discussion
- Gathers Information
- Understands the Patient's and Family's Perspective
- Shares Information
- Reaches Agreement
- Provides Closure
- Demonstrates Empathy
- Communicates Accurate Information

**What could they have done better?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\*Adapted from: Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, and from: The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393. **Contacts:** Elizabeth Rider, MSW, MD - elizabeth\_rider@hms.harvard.edu (member, Kalamazoo Consensus Statement Group) and Aaron Calhoun, MD - aaron.calhoun@louisville.edu (PERCS Program)

(As três fichas de avaliação possuem o mesmo teor. Para visualização das outras duas fichas, consultar a referência).

**Anexo 10 - Versão brasileira do *Gap-Kalamazoo Communication Skills Assessment Form*. (Anna Beatriz Costa Neves do Amaral, 2015) (Amaral, 2015).**

**Avaliação do Colega/ Avaliação do Facilitador**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Encontro:  1 – UTI Neonatal  2 – UTI Pediátrica  3 – Oncologia

***Em que medida o participante cumpre os procedimentos seguintes:***

	<u>1</u> <b>Ruim</b>	<u>2</u> <b>Razoável</b>	<u>3</u> <b>Bom</b>	<u>4</u> <b>Muito Bom</b>	<u>5</u> <b>Excelente</b>
<b>A. Constrói uma relação (inclui o seguinte) :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumprimenta e demonstra interesse pelo paciente e por sua família</li> <li>• Usa palavras que expressam cuidado e preocupação durante a conversa</li> <li>• Fale em tom pausado, faz contato visual e assume postura corporal que demonstra cuidado e preocupação</li> <li>• Responde explicitamente às declarações do paciente e de sua família no que diz respeito a ideias e sentimentos deles</li> </ul>					
<b>B. Abre a discussão (inclui o seguinte):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite ao paciente e a família que terminem suas declarações iniciais sem interrompê-los</li> <li>• Incentiva que o paciente e sua família verbalizem todas as preocupações deles.</li> <li>• Explica e/ou negocia o que será abordado naquela consulta médica</li> </ul>					
<b>C. Recolhe informações (inclui o seguinte):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirige-se ao paciente e a família utilizando perguntas em aberto</li> <li>• Se necessário, esclarece detalhes com perguntas mais específicas ou perguntas de “sim ou não”.</li> <li>• Resume a situação e dá oportunidade a família para corrigir e acrescentar informações</li> <li>• Segue eficazmente para perguntas adicionais</li> </ul>					
<b>D. Compreende a perspectiva do paciente e da família (inclui o seguinte):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pergunta sobre fatos cotidianos, circunstâncias e outras pessoas que podem ter alguma relação com a doença atual</li> <li>• Esclarece questões levantadas pelo paciente e sua família relativas a crenças, preocupações e expectativas sobre a doença e o tratamento.</li> </ul>					
<b>E. Compartilha informações (inclui o seguinte):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leva em consideração o entendimento da família e do paciente sobre os problemas e o desejo por mais informação</li> <li>• Explica usando linguagem acessível à família</li> </ul>					

	<u>1</u> <b>Ruim</b>	<u>2</u> <b>Razoável</b>	<u>3</u> <b>Bom</b>	<u>4</u> <b>Muito Bom</b>	<u>5</u> <b>Excelente</b>
<b>F. Chega a um acordo (quando se trata de um plano novo ou modificado) (inclui o seguinte):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclui a família em escolhas e decisões até o ponto que desejam</li> <li>Certifica-se que houve entendimento em relação ao diagnóstico e/ou às formas de tratamento</li> <li>Pergunta sobre a aceitação do diagnóstico e/ou das formas de tratamento</li> </ul>					

	<u>1</u> <b>Ruim</b>	<u>2</u> <b>Razoável</b>	<u>3</u> <b>Bom</b>	<u>4</u> <b>Muito Bom</b>	<u>5</u> <b>Excelente</b>
<b>G. Conclui o diálogo (inclui o seguinte):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pergunta se o paciente e a família têm outras dúvidas ou preocupações</li> <li>Faz um resumo da situação</li> <li>Informa quando o progresso do tratamento será discutido</li> <li>Fornecer meios de contato apropriados caso surjam novas perguntas a serem esclarecidas</li> <li>Agradece ao paciente e à família e encerra a consulta</li> </ul>					

	<u>1</u> <b>Ruim</b>	<u>2</u> <b>Razoável</b>	<u>3</u> <b>Bom</b>	<u>4</u> <b>Muito Bom</b>	<u>5</u> <b>Excelente</b>
<b>H. Demonstra empatia (inclui o seguinte):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>O comportamento do médico é apropriado à natureza da conversa</li> <li>Demonstra compaixão e preocupação</li> <li>Identifica/qualifica/respeita as reações emocionais da família e do paciente</li> <li>Responde de maneira apropriada as manifestações emocionais do paciente e da família</li> </ul>					

	<u>1</u> <b>Ruim</b>	<u>2</u> <b>Razoável</b>	<u>3</u> <b>Bom</b>	<u>4</u> <b>Muito Bom</b>	<u>5</u> <b>Excelente</b>
<b>I. Transmite informações precisas (inclui o seguinte):</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Transmite com precisão a gravidade relativa à condição do paciente</li> <li>Considera a opinião de outros médicos que já trataram o paciente</li> <li>Comunica claramente a evolução esperada para a doença</li> <li>Apresenta e explica claramente as opções para cuidados futuros</li> <li>Dá informações claras o suficiente para encorajar tomada de decisões</li> </ul>					

**O que o médico faz melhor ? (Por favor assinale 3 alternativas)**

- Constrói uma relação
- Abre a discussão
- Recolhe informações
- Compreende a perspectiva do paciente e da família
- Compartilha informações
- Chega a um acordo
- Conclui o diálogo
- Demonstra empatia
- Transmite informações precisas

Por que você escolheu estas 3 alternativas ?

---



---

**O que ele poderia ter feito melhor? (Por favor assinale 3 alternativas)**

- Construído uma relação
- Aberto a discussão
- Recolhido informações
- Compreendido a perspectiva do paciente e da família
- Compartilhado informações
- Chegado a um acordo
- Concluído o diálogo
- Demonstrado empatia
- Transmitido informações precisas

**Por que você escolheu estas 3 alternativas ?**

---

---

---

\*Adaptado de : Essential Elements: The Communication Checklist, ©Bayer-Fetzer Group on Physician-Patient Communication in Medical Education, May 2001, e de : The Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* 2001; 76:390-393.  
Contato: Anna Beatriz Amaral : [beatriz\\_amaral@hotmail.com](mailto:beatriz_amaral@hotmail.com)

(As três fichas de avaliação possuem o mesmo teor. Para visualização das outras duas fichas, consultar a referência).

**Anexo 11 - *Quality of Communication Questionnaire (QOC)*.**  
 (J. Randall Curtis e Donald L. Patrick, 1997) (Del Castenhel, 2017).

<b>DOCTOR COMMUNICATION</b>
-----------------------------

We would like to know, in as much detail as possible, how good the doctor taking care of your lung/respiratory problems is at talking with you about your illness and the types of care that you would want if you became sicker or too sick to speak for yourself. We know that many people think very highly of their doctors. To help us improve communication between doctors and their patients, please be critical.

Using the following scale, where “0” is the worst you could imagine, and “10” is the best you could imagine, please tell me the best number for each statement.

*Interviewer: use response 888 when doctor did not do  
 Turn to the response scale card and read response options*

**When talking with Doctor x \_\_\_\_\_ about important issues like becoming very ill, how good is he/she at:**

	The very worst I could imagine										The very best I could imagine		Didn't Do	Don't Know
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999	
1. Using words that you can understand.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999	
2. Looking you in the eye.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999	
3. Including your loved ones in decisions about your illness and treatment.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999	
4. Answering all your questions about your illness and treatment.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999	
5. Listening to what you have to say.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999	
6. Caring about you as a person.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999	
7. Giving you his/her full attention.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999	

**When talking with Doctor x\_\_\_\_\_ about important issues like becoming very ill, how good is he/she at:**

	The very worst I could imagine										The very best I could imagine										Didn't Do	Don't Know			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999	
<b>8. Talking with you about your feelings concerning the possibility that you might get sicker.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999												
<b>9. Talking to you about the details concerning the possibility that you might get sicker.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999												
<b>10. Talking to you about how long you might have to live.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999												
<b>11. Talking to you about what dying might be like.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999												
<b>12. Talking with your loved ones about what your dying might be like.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999												
<b>13. Involving you in the decisions about the treatments that you want if you get too sick to speak for yourself.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999												
<b>14. Asking about the things in life that are important to you.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999												
<b>15. Respecting the things in your life that are important to you.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999												
<b>16. Asking about your spiritual or religious beliefs.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999												
<b>17. Respecting your spiritual or religious beliefs.</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999												

The next two questions ask you to rate how comfortable this doctor is in talking about dying and about how well this doctor communicates with you.

18. How comfortable do you feel your doctor is talking about dying? On the scale below, 0 = “not at all comfortable and 10 = “extremely comfortable” (Circle one number)

Not at all comfortable											Extremely comfortable	I do not know
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="checkbox"/>

19. Overall, how would you rate this doctor’s communication with you? On the scale below, 0 = “the very worst I could imagine” and 10 = “the very best I could imagine” (Circle one number)

The very worst I could imagine											The very best I could imagine
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**Anexo 12 – Questionário sobre a Qualidade da Comunicação**  
(Flávia Del Castanhel, Suely Grosseman. 2017).

Questionário sobre a Qualidade da Comunicação													
Versão administrada pelo entrevistador													
Gostaríamos de saber, o mais detalhadamente possível, o quanto o médico que cuida dos seus problemas de saúde é bom em falar com você sobre a sua doença e os tipos de cuidados que você gostaria de receber se ficasse pior ou doente demais para responder por si mesmo. Sabemos que muitas pessoas têm grande admiração por seus médicos. Para nos ajudar a melhorar a comunicação entre médicos e pacientes, por favor, seja crítico(a).													
Usando a seguinte escala, em que “0” é o pior que você poderia imaginar e “10” o melhor que você poderia imaginar, por favor, circule o melhor número para cada questão.													
<i>Entrevistador: usar a resposta 888 quando o médico não fez</i>													
<i>Vire o cartão de escala de respostas e leia as opções de resposta</i>													
Ao falar com o(a) médico(a) _____ sobre questões importantes como você ficar muito doente, o quanto ele(a) é bom / boa em:													
	O pior que eu poderia imaginar					O melhor que eu poderia imaginar					Não fez	Não sabe	
1. Usar palavras que você consiga compreender.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
2. Olhar em seus olhos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
3. Responder todas as dúvidas sobre sua doença.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
4. Ouvir o que você tem a dizer.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
5. Preocupar-se com você como pessoa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
6. Dar atenção plena a você.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
7. Falar sobre seus sentimentos se acaso você piorar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
8. Dar detalhes da sua condição se acaso você piorar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
9. Falar sobre quanto tempo você tem de vida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
10. Falar sobre como o morrer poderia ser.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
11. Envolver você nas discussões do tratamento para o seu cuidado.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
12. Perguntar sobre coisas importantes em sua vida.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999
13. Perguntar sobre suas crenças espirituais ou religiosas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	888	999

**Anexo 13 - *Interpersonal Communication Competence Scale.***  
(Rebecca Rubin e Matthew Martin, 1994) (Rubin e Martin, 1994).

**INSTRUCTIONS:** Here are some statements about how people interact with other people. For each statement, circle the response that best reflects YOUR communication with others. Be honest in your responses and reflect on your communication behavior very carefully.

If you ALMOST ALWAYS interact in this way, circle the 5.

If you communicate this way OFTEN, circle the 4.

If you behave in this way SOMETIMES, circle the 3.

If you act this way only SELDOM, circle the 2.

If you ALMOST NEVER behave in this way, circle 1.

SELF-DISCLOSURE (alpha = .63)

- \* 1. I allow friends to see who I really am.
- 2. Other people know what I'm thinking.
- 3. I reveal how I feel to others.

EMPATHY (alpha = .49)

- \* 4. I can put myself in others' shoes.
- 5. I don't know exactly what others are feeling. (R)
- 6. Other people think that I understand them.

SOCIAL RELAXATION (alpha = .63)

- \* 7. I am comfortable in social situations.
- 8. I feel relaxed in small group gatherings.
- 9. I feel insecure in groups of strangers. (R)

ASSERTIVENESS (alpha = .72)

- \* 10. When I've been wronged, I confront the person who wronged me.
- 11. I have trouble standing up for myself. (R)
- 12. I stand up for my rights.

ALTERCENTRISM (alpha = .49)

- \* 13. My conversations are pretty one-sided (R)
- 14. I let others know that I understand what they say.
- 15. My mind wanders during conversations.

INTERACTION MANAGEMENT (alpha = .41)

- \* 16. My conversations are characterized by smooth shifts from one topic to the next.
- 17. I take charge of conversations I'm in by negotiating what topics we talk about.
- 18. In conversations with friends, I perceive not only what they say but what they don't say.

EXPRESSIVENESS (alpha = .46)

- \* 19. My friends can tell when I'm happy or sad.
- 20. It's difficult to find the right words to express myself. (R)
- 21. I express myself well verbally.

SUPPORTIVENESS (alpha = .43)

- \* 22. My communication is usually descriptive, not evaluative.
- 23. I communicate with others as though they're equals.
- 24. Others would describe me as warm.

IMMEDIACY (alpha = .45)

- \* 25. My friends truly believe that I care about them.
- 26. I try to look others in the eye when I speak with them.
- 27. I tell people when I feel close to them.

ENVIRONMENTAL CONTROL (alpha = .60)

- \* 28. I accomplish my communication goals.
- 29. I can persuade others to my position.
- 30. I have trouble convincing others to do what I want them to do. (R)

**Note 1.** Items with asterisks are included in the Short-Form (SF) version. All items should be arranged randomly when administered.

**Anexo 14 - Escala de Competência em Comunicação Interpessoal (ECCI).**  
(Ana Cláudia Puggina, Maria Júlia Paes da Silva. 2014).

INSTRUÇÕES: aqui estão algumas afirmações sobre como as pessoas interagem entre si. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor reflete SUA comunicação com os outros. Seja honesto em suas respostas e reflita, com muito cuidado, sobre o seu comportamento de comunicação. Marque só uma alternativa em cada item. Não deixe nenhuma questão em branco.

Especifique a interação que será analisada:

- entre colegas de classe;
- entre colegas de trabalho;
- entre os membros da família;
- entre professor e aluno;
- entre profissional e paciente;
- outra (qual?): \_\_\_\_\_

Se você quase sempre interage desta maneira, circule 5.

Se você geralmente se comunica desta maneira, circule 4.

Se você às vezes se comporta desta maneira, circule 3.

Se você interage assim raramente, circule 2.

Se você quase nunca se comporta desta maneira, circule 1.

1	Defendo meus direitos.	5 4 3 2 1
2	Em conversas com amigos, percebo não apenas o que eles dizem, mas o que não dizem.	5 4 3 2 1
3	Consigo persuadir os outros quanto à minha opinião.	5 4 3 2 1
4	Revelo como me sinto para os outros.	5 4 3 2 1
5	Assumo o controle das conversas em que estou envolvido, negociando os tópicos sobre os quais falaremos.	5 4 3 2 1
6	Digo às pessoas quando me sinto próxima delas.	5 4 3 2 1
7	Atinjo meus objetivos de comunicação.	5 4 3 2 1
8	Tenho dificuldade em me defender.	5 4 3 2 1
9	Deixo que os outros saibam que compreendo o que eles dizem.	5 4 3 2 1
10	Meus amigos realmente acreditam que me preocupo com eles.	5 4 3 2 1
11	Permito que os amigos vejam quem realmente sou.	5 4 3 2 1
12	Outros me descreveriam como caloroso, ou seja, afetuoso.	5 4 3 2 1
13	Expresso-me bem verbalmente.	5 4 3 2 1
14	Tento olhar os outros nos olhos quando falo com eles.	5 4 3 2 1
15	Quando sou injustiçado, confronto a pessoa que me injustiçou.	5 4 3 2 1
16	Outras pessoas acham que eu as entendo.	5 4 3 2 1
17	É difícil encontrar as palavras certas para me expressar.	5 4 3 2 1

**Anexo 15 – Questionário para avaliar a Comunicação de Más Notícias (QCMN).**  
(Luciana Bonnassis Burg, 2021).

Você ou o(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar como os médicos comunicam notícias ruins a seus pacientes. Esta pesquisa faz parte de um projeto do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Seu nome não será perguntado e as informações fornecidas serão usadas apenas pelos pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão úteis para compreender como os médicos comunicam más notícias e saber o que pode ser melhorado e ensinado para estudantes de medicina e médicos visando a melhor comunicação possível. O tempo estimado para responder este questionário é de cerca de 15 minutos.

**A) Por favor, informe os seguintes dados:**

1. Você ou o(a) Sr.(a) já recebeu alguma notícia ruim de um médico sobre sua saúde?

Sim     Não

Se não, agradecemos sua participação, que finaliza neste item.

Se sim, por favor, responda:

2. Há aproximadamente quanto tempo você recebeu essa notícia? (por favor, informe em dias, meses ou anos) \_\_\_\_\_
3. Qual foi a notícia? \_\_\_\_\_
4. Qual foi o nome do médico que lhe deu a notícia? \_\_\_\_\_
5. Quantos anos de vida você ou o sr.(a) tem: \_\_\_\_\_
6. Qual é o seu sexo? \_\_\_\_\_
7. Qual é a sua atividade profissional (ocupação)? \_\_\_\_\_
8. Você ou o(a) Sr.(a.) estudou até que série e de que grau? \_\_\_\_\_

A próxima página contém o questionário sobre a qualidade da comunicação do médico.

**B)** Gostaríamos de saber sua opinião sobre a maneira que o(a) médico(a) lhe deu a notícia. Para isso, pedimos que você ou o(a) sr.(a) informe **o quanto concorda ou discorda** com cada uma das afirmativas apresentadas abaixo, assinalando com um "X" o quadrado que corresponde à sua nota, sendo que:



1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- a nota 1 = significa discordo totalmente
- a nota 2 = significa discordo parcialmente
- a nota 3 = significa nem discordo nem concordo
- a nota 4 = significa concordo parcialmente
- a nota 5 = significa concordo totalmente



Ao dar a notícia ruim:	1	2	3	4	5
1. O(a) médico(a) perguntou se eu gostaria que alguém estivesse junto comigo.					
2. O(a) médico(a) perguntou o que eu já sabia sobre o meu problema de saúde.					
3. O(a) médico(a) estava bem informado sobre o meu problema de saúde.					
4. O(a) médico(a) explicou aos poucos o meu problema de saúde.					
5. O(a) médico(a) falou a verdade sobre o meu problema de saúde.					
6. O(a) médico foi cuidadoso com as palavras.					
7. O(a) médico(a) usou palavras que eu consegui entender.					
8. O(a) médico(a) demonstrou que se importava com o que eu estava sentindo.					
9. O(a) médico(a) falou sobre as opções de tratamento.					
10. O(a) médico(a) explicou quais seriam os próximos passos.					
11. O(a) médico(a) demonstrou que não iria me abandonar.					
12. O(a) médico olhou nos meus olhos.					
13. O(a) médico foi respeitoso comigo.					
14. O(a) médico(a) foi atencioso comigo.					

**C)** Por favor, em relação à sua satisfação com a forma que recebeu do(a) médico(a) a notícia ruim, dê uma nota de 0 a 10, sendo que 0 é totalmente insatisfeito(a) e 10 é totalmente satisfeito(a).

Nota: \_\_\_\_\_

**D)** Deixamos este espaço para seus comentários e suas sugestões gerais e sobre como o médico poderia melhorar a comunicação da notícia ruim (se faltar espaço, pode escrever no verso da página).

---



---



---

*Agradecemos sua participação!*

## **CAPÍTULO II - ARTIGO 2**

### **Efetividade do treinamento em comunicação de profissionais e estudantes de saúde na relação com o paciente: revisão sistemática**

## **Efetividade do treinamento em comunicação de profissionais e estudantes de saúde na relação com o paciente: revisão sistemática**

Thais Titonel Abreu<sup>1</sup>; Isabel Maria Sousa Lopes Silva<sup>2</sup>; Carolina Villa Nova Aguiar<sup>3</sup>. Ediriomar Peixoto Matos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Doutoranda da Universidade Fernando Pessoa (Porto/ Portugal). <sup>2</sup> Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Fernando Pessoa. <sup>3</sup>Escola de Psicologia. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Bahia/ Brasil). <sup>4</sup>Universidade Federal da Bahia – UFBA (Bahia/ Brasil)

<sup>1</sup>Autor correspondente: *E-mail*: thais.abreu@saude.ba.gov.br

### **RESUMO**

A comunicação entre o profissional de saúde e o paciente é um fator que influencia a saúde do paciente e os custos do sistema de saúde e é passível de melhorias através de treinamentos específicos. Nesta perspectiva, este estudo objetivou avaliar a efetividade de estratégias de ensino para o desenvolvimento das habilidades comunicativas do profissional e do estudante de saúde na relação com o paciente através de uma revisão sistemática guiada pelas recomendações do JBI Manual for Evidence Synthesis. As perguntas da pesquisa foram: quais estratégias de ensino têm sido testadas para promover as habilidades de comunicação do profissional/ estudante de saúde? Qual a efetividade dessas estratégias? Foram incluídos artigos completos de estudos de intervenção para melhoria da comunicação de profissionais e estudantes em qualquer área da saúde com o paciente adulto, com qualquer doença ou estágio de tratamento, publicados de 2017 a 2022, nos idiomas português, inglês ou espanhol. Para avaliação do risco de viés foi utilizada a ferramenta da Cochrane. Os quinze estudos incluídos foram conduzidos entre 2016 e 2019 em oito países diferentes, sendo a maioria realizados em países de alto nível de desenvolvimento. O tamanho do grupo controle variou de 10 a 121 participantes, enquanto o grupo de intervenção variou de 10 a 133. Os estudos envolveram estudantes, residentes ou profissionais das áreas de medicina ou enfermagem. As pesquisas foram classificadas segundo os contextos em cuidados paliativos (n = 3), comunicação de más notícias (n = 2), comunicação com pacientes com características ou comportamentos desafiadores (n = 7) e comunicação em situações habituais de atendimento (n = 3). Os programas de intervenção variavam quanto à duração e tipo sendo que 3 trabalhos empregaram somente um tipo de intervenção, 4 utilizaram 2 tipos de intervenção, 5

aplicaram 3 tipos de intervenção, 2 estudos realizaram 4 tipos de intervenção e somente 1 estudo possuiu 5 intervenções. Seis trabalhos elaboraram suas próprias ferramentas de medida da comunicação e 7 ferramentas de medida diferentes foram usadas para avaliar as habilidades de comunicação, 1 estudo empregou uma ferramenta própria sem validação e um instrumento reconhecido e 1 estudo utilizou como medida as taxas de recusa vacinal. A maior parte dos estudos demonstrou resultados positivos para o desfecho aprendizagem de habilidades comunicativas e todos possuíram vieses metodológicos. Conclui-se que os estudos são sinalizadores de que o processo contínuo de ensino- aprendizagem da competência comunicativa, facilitada por um profissional capacitado e a utilização de recursos de ensino variados, podem contribuir na aprendizagem da habilidade comunicativa. Parece que o *feedback* estruturado verbal, com avaliação do aprendizado baseado em um instrumento validado e fornecido pelo paciente simulado, se constitui em uma técnica didático-pedagógica mais favorecedora e útil nesse processo.

**Palavras-chave:** comunicação, intervenção, qualidade da assistência.

## ABSTRACT

The quality of communication between the healthcare professional and the patient affects assistance and the costs of the system and can be improved through specific training. In this perspective, this study aimed to evaluate the effectiveness of teaching strategies for the development of the communicative skills of healthcare professionals and students in their relationship with the patient, through a systematic review guided by the recommendations of the JBI Manual for Evidence Synthesis. The research questions were: what teaching strategies have been tested to promote the communication skills of healthcare professionals and students? How effective are these strategies? The review included full articles of intervention studies aimed at improving the communication of professionals and students with the adult patient in any area of healthcare , with any disease or stage of treatment, published from 2017 to 2022, in Portuguese, English or Spanish. To assess the risk of bias, the Cochrane tool was used. The fifteen studies included were conducted between 2016 and 2019 in eight different countries, most of them carried out in high-level countries. The size of the control group ranged from 10 to 121 participants, while the intervention group ranged from 10 to 133. The studies involved students, residents or professionals in the fields of medicine or nursing. Surveys

were classified according to contexts in palliative care (n = 3), breaking bad news (n = 2), communicating with patients with challenging characteristics or behaviors (n = 7), and communicating in usual care situations (n = 3). ). The intervention programs varied in terms of duration and type, with 3 studies using only one type of intervention, 4 using 2 types of intervention, 5 applying 3 types of intervention, 2 studies carrying out 4 types of intervention and only 1 study having 5 interventions . Six studies developed their own communication measurement tools, and 7 different measurement tools were used to assess communication skills, 1 study used a proprietary tool without validation and a recognized instrument and 1 study used vaccine refusal rates as a measure. Most studies showed positive results for the learning outcome of communicative skills, and all had methodological biases. We conclude that the studies are signs that the continuous teaching-learning process of communicative competence, facilitated by a trained professional and the use of varied teaching resources, can contribute to the learning of communicative skills. It seems that structured verbal feedback, with learning assessment based on a validated instrument provided by the simulated patient, constitutes a more favorable and useful didactic-pedagogical technique in this process.

**Keywords:** communication, intervention, quality of care.

## INTRODUÇÃO

As técnicas, os princípios norteadores e a dinâmica comunicacional do profissional de saúde com o paciente têm sofrido transformações ao longo do tempo, de maneira que é passível de ser observada uma variedade de abordagens ao paciente que vai desde um modelo mais autoritário até um mais centrado no paciente (Corey, 1986).

Em vista disso, é possível encontrar profissionais de saúde que assumem um método mais diretivo, selecionando tópicos que serão abordados na consulta, definindo os problemas a serem tratados e determinando soluções ou planos de ação, dando ênfase ao histórico do caso e empenhando-se em fazer diagnósticos e prognósticos e profissionais que adotam o método proposto por Carl Rogers (1941) caracterizado como centrado no paciente, visando mais o doente do que a doença em si. Esta abordagem preconiza que o papel do profissional consiste na clarificação e aceitação de conteúdos emocionais apresentados pelo paciente durante a consulta em que ideias, informações e decisões são compartilhadas entre as partes, algo impossibilitado no método diretivo

(Scheeffler, 1993; Bhandari e Giannoudis, 2006). Cada uma dessas abordagens possui sua contribuição única tanto quanto suas limitações quando se trata do cuidado humano.

E por acreditarem que nenhum modelo em particular dá plenamente conta das dimensões peculiares do ser humano - e por extensão da sua comunicação - há várias décadas que estudiosos da área como Corey (1986), Scheeffler (1993) e Thayer (1976) sugerem que tanto alunos quanto profissionais deveriam se familiarizem com as principais abordagens para que adquiram a base para um estilo comunicativo adequado à sua personalidade própria. Deste modo, acreditam que o profissional deve descobrir algum modo de relação pessoal com cada uma das abordagens comunicativas e buscar conceitos e metodologias específicas, de maneira disciplinada e sistemática, a fim de construir um sistema de referência significativo – congruente com seus próprios valores e identidade - para compreender e trabalhar com o paciente.

Em outras palavras, considerando que cada indivíduo tem suas próprias ideias, informações, compreensões, preocupações, expectativas sobre sua doença, desejos de se envolver nas decisões sobre seus cuidados, para além de sua idade, origem social e cultural, não há como supor que haveria uma única técnica correta de se comunicar com ele. Precisa-se ter cuidado para não haver a crença de que a comunicação bem-sucedida ou eficaz pode ser alcançada através do uso simplesmente de habilidades ou técnicas. Deve-se reconhecer que as técnicas em si não definem o sucesso ou o fracasso na comunicação, intervindo outros fatores e a própria compreensão do processo comunicacional pelo comunicador que o auxiliará a adequar suas atitudes (Thayer, 1976).

Desta maneira, o profissional de saúde não só precisa desenvolver seu próprio estilo individual de comunicação, mas também precisa ser capaz de variar a abordagem comunicativa para se adequar ao paciente individual e ao contexto em que se encontra. Ou seja, o profissional competente em comunicação consiste naquele que, conhecendo os diferentes conceitos e técnicas pertencentes aos diversos métodos comunicacionais, possui a habilidade de selecionar, manejar e aplicar as várias técnicas, relacionando-as adequadamente às exigências da situação apresentada pelo paciente (Thayer, 1976; Scheeffler, 1993).

Apesar desta orientação para adoção de uma perspectiva eclética, atualmente, é observável um crescimento do corpo de evidências sobre a maior eficácia de algumas

abordagens de comunicação sobre as outras o que pode induzir ao erro de raciocínio de que há um método superior ou único para a abordagem do paciente. Pesquisadores apontam que um maior número de problemas e questões relacionadas à saúde podem ser levantados e discutidos durante as consultas quando os pacientes têm um relacionamento mais profundo com seus médicos assistentes; que podem estar associados a benefícios significativos tanto para os pacientes quanto para os médicos (Cooper et al., 2003; Merriel et al., 2015). Havendo evidência de que a consulta centrada no paciente é mais eficaz do que abordagens mais tradicionais (Stewart 1995). Da mesma forma, em uma revisão sistemática do efeito terapêutico da relação médico-paciente, Di Blasi et al. (2001) relataram a constatação consistente de que os médicos que adotam uma forma calorosa, amigável e tranquilizadora são mais eficazes em termos terapêuticos do que aqueles que mantêm as consultas formais e não oferecem tranquilidade. Esta revisão é corroborada pelos estudos de Kaplan et al. (1985) que demonstraram que informar e envolver os pacientes em seus cuidados poderia produzir reduções na pressão arterial e melhorias no controle do diabetes que foram comparável à introdução de um novo medicamento e pelas análises de Stewart et al. (2000) que observaram melhora do estado de saúde e aumento da eficiência do atendimento com redução de testes diagnósticos e encaminhamentos quando os médicos de família implementaram consultas centradas no paciente.

Outros trabalhos revelam simplesmente a influência da comunicação na saúde do paciente - sem determinarem superioridade de abordagens - nos custos do sistema de saúde e na adesão do doente ao tratamento. Neste sentido, é possível encontrar trabalhos preocupados em examinar o impacto da relação especialista-paciente em vários desfechos, usando diferentes medidas, como os estudos de Lin et al. (2010) e Worrall & Knight (2011) os quais revelam resultados positivos de uma relação profissional-paciente saudável em pacientes com diagnóstico de diabetes e de insuficiência cardíaca e pacientes adultos mais velhos; o trabalho de Ridd et al. (2009) também menciona a interação entre os pacientes e seu médico assistente como um elemento importante para alcançar melhores resultados terapêuticos. Neste mesmo sentido, aponta-se os trabalhos de Adler et al. (2010) e Chen e Chen (2011) que relatam impacto positivo de uma melhor relação clínico-paciente na satisfação do paciente, na redução das taxas de internações evitáveis, na duplicação de medicamentos dispensados e no custo geral dos serviços de saúde e os trabalhos de Brédart et al. (2005) e Herndon & Pollick (2002) informam que uma boa comunicação médico-paciente alivia as preocupações e a ansiedade do paciente e cria

uma relação de confiança, que é importante para dar uma consulta e aconselhamento adequados e alcançar o prognóstico ideal. Estes relatos de estudos são ratificados pelas pesquisas de outros autores que mostram que melhorar a comunicação do profissional de saúde está diretamente relacionado a melhores resultados clínicos (Stewart, 1995), maior adesão ao tratamento proposto (Zolnierek & DiMatteo, 2009), maior satisfação e redução de reclamações (Levinson et al., 1997) e maior segurança do paciente (Sandars et al., 2007). Ressalta-se que, apesar de alguns estudos especificarem a comunicação do médico com o paciente, o exposto poderia ser aplicado também a todas as outras categorias profissionais de saúde, uma vez que a comunicação permeia toda relação interpessoal.

Há ainda trabalhos que revelam que os pacientes não são os únicos beneficiários de bons relacionamentos. Os profissionais de saúde também ganham com o interesse, a cordialidade e a satisfação emocional de uma comunicação eficaz com os pacientes e suas famílias (Macdonald, 2004).

O que há em comum nesses estudos mencionados é que em todos eles foi o sucesso em estabelecer um terreno comum entre o profissional e o paciente que foi identificado como o fundamentalmente mais importante. Assim, essas evidências mostram que é a adequação entre a compreensão do paciente e a utilização das técnicas (e não somente estas) que produzem efetivamente bons resultados. A relação com o paciente tem um enorme potencial terapêutico se for baseada na confiança, na compreensão da pessoa como um todo e no comprometimento com essa relação e essa pessoa (Corey, 1986; Macdonald, 2004). Portanto, quaisquer que sejam as circunstâncias, o objetivo é estabelecer e manter a confiança mútua.

Desta maneira, pode-se deduzir que apesar de ser importante que o profissional tenha conhecimento compreensivo da dinâmica comunicacional e entendimento teórico das habilidades de comunicação, isto não seria o bastante. Se um especialista tem amplo conhecimento teórico e prático, mas carece de qualidades humanas de empatia, compaixão, preocupação com o outro, honestidade, disposição, sinceridade e sensibilidade, então seria apenas um técnico porque o processo de interação com o paciente é um engajamento entre duas pessoas. Por outro lado, não seria suficiente ser uma pessoa com boas intenções, o profissional necessita também de experiência, supervisão além de conhecimento das teorias e técnicas comunicacionais (Corey, 1986).

Seguindo esse raciocínio, o autoconhecimento torna-se um pré-requisito fundamental assim como um processo de ensino- aprendizagem adequado. Neste sentido, estudos tem associado aperfeiçoamento de habilidades comunicativas com treinamentos específicos para a comunicação entre profissional de saúde e paciente (Barbosa et al., 2019; Barton et al., 2020; Majid et al., 2020). Conhecer os melhores métodos de ensino-aprendizagem nesta área pode contribuir para que educadores realizem este processo de maneira disciplinada e sistemática, favorecendo estudos futuros e contribuindo com a educação de maneira efetiva. Nesta perspectiva este estudo objetivou avaliar a efetividade de estratégias de ensino para o desenvolvimento das habilidades comunicativas do profissional/ estudante de saúde na relação com o paciente.

Para testar a viabilidade deste estudo, definir sua questão de pesquisa e seus termos como também para obter maior familiaridade com o tema, foi realizada uma busca por informações primárias (PubMed, Embase, LILACS, Google Acadêmico) e por informações secundárias publicadas de janeiro de 2017 a janeiro de 2022, em inglês, espanhol ou português, nos bancos de dados JBI *Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, Cochrane Library, PubMed e PROSPERO.

Nessa oportunidade, foram encontradas revisões que se restringiram ao estudo da abordagem somente com o estudante ou com o profissional de saúde (Bylund et al., 2017; Fattahi et al., 2017; Gilligan et al., 2021; Khan et al., 2021; Mata et al., 2019; Pollard et al., 2019). Outros estudos secundários focaram somente em uma doença (Dodd et al., 2018; Henderson et al., 2018; Nusser et al., 2020; Yao et al., 2019).

Desta maneira, constata-se que estudos mais abrangentes que considerem os profissionais e estudantes de diversas áreas da saúde humana e pacientes com diversos comprometimentos se fazem necessário. Porquanto, este panorama mais amplo pode contribuir com a troca de saberes entre as diversas áreas de saúde, aprimorando a transposição didática e, por fim, favorecendo novos estudos e práticas.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma revisão sistemática de efetividade guiada pelas recomendações do JBI *Manual for Evidence Synthesis* (Aromataris e Munn, 2020). Na primeira fase deste

trabalho, ocorreu a realização da busca em bases de pesquisas para auxiliar na determinação de quais dados deveriam ser pesquisados. Após o estabelecimento das estratégias da pesquisa, elaborou-se um protocolo preliminar de pesquisa para sua calibragem. As perguntas da pesquisa foram: quais estratégias de ensino têm sido testadas para promover as habilidades de comunicação do profissional/ estudante de saúde humana? Qual a efetividade dessas estratégias?

### **Critérios de elegibilidade**

Os relatos da literatura a serem incluídos nessa revisão deveriam possuir como população profissionais, graduandos e pós-graduandos em qualquer área da saúde humana, sem distinção de formação acadêmica, sexo, gênero ou idade e com pacientes, reais ou simulados, entre 18 e 65 anos de idade, com qualquer doença ou em qualquer estágio de tratamento; como intervenção qualquer tipo de abordagem de ensino, com qualquer duração e facilitador, para melhoria da comunicação dos profissionais e estudantes de saúde com pacientes individuais durante uma consulta, real ou simulada, em hospitais, ambulatórios ou unidades de ensino públicos ou privados; como comparadores nenhuma intervenção, treinamento usual ou treinamento alternativo ao grupo de intervenção; como desfechos primários o desenvolvimento de qualquer aspecto da comunicação humana (como: usar comunicação verbal ou não verbal, fazer perguntas abertas ou fechadas apropriadamente, demonstrar interesse pelo paciente, identificar sentimentos e perspectivas do paciente, resumir os assuntos, dar e solicitar feedbacks, evitar julgamentos, desenvolver confiança no paciente, negociar procedimentos futuros, estruturar as etapas de uma consulta, proporcionar encerramento satisfatório, ouvir atentamente o paciente, empatia etc) do profissional ou estudante de saúde medidos por uso de instrumentos e por fim que manipulasse ao menos uma variável independente. Foram incluídos artigos de estudos experimentais, publicados na íntegra no período de 01/01/2017 a 21/01/2022, nos idiomas português, inglês ou espanhol.

### **Estratégia de busca por estudos**

Para a definição dos termos de busca, realizou-se uma pesquisa preliminar no PubMed, Embase, LILACS e Google Acadêmico. Nessa oportunidade, foram capturadas palavras-chave (retiradas do título ou do resumo) e descritores (MeSH e DeCS). Essa busca foi realizada por um dos revisores, de forma independente, sendo os termos e as

estratégias de busca validados por pares. Os termos distintos foram combinados utilizando-se o operador booleano “AND” e, entre os sinônimos de um componente da busca, utilizou-se o “OR”..

Para a busca foram utilizadas equações de pesquisa com os termos: 1) *train\** OR *program\** OR *intervention\**; 2) *communicat\** OR “*relation\* interpersonal\**” OR “*professional patient relation\**”; 3) “*health personnel\**” OR “*health profession\**” OR “*health provider\**” OR “*allied health*” OR “*health student\**” OR “*student\*, health occupation\**” OR *resident\**).

A estratégia de busca foi testada por meio de busca no MEDLINE/ PubMed. Finalmente, foram realizadas as buscas finais com a lógica de busca adaptada de acordo com a base pesquisada (Apêndice 1). Foram adotados como limites: campo em que se deseja localizar o termo (título, resumo e palavras-chave), idiomas (português, inglês e espanhol), data da publicação do artigo (janeiro de 2017 a janeiro de 2022).

Foram pesquisadas as bases de dados Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), a Biblioteca Cochrane; PubMed (NIH); CINAHL (EBSCO); Portal de Periódicos CAPES (incluindo teses e dissertações). Toda a busca por estudos foi realizada no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022..

### **Seleção de estudos**

Concluídas a busca, a avaliação dos resultados e a seleção dos estudos elegíveis com base nos critérios de elegibilidade desta revisão foram feitas por dois revisores independentes. Inicialmente, cada revisor registrou se concordava ou não com a inclusão do estudo com base na avaliação dos títulos e resumo sendo os desacordos resolvidos consensualmente. Em seguida, os artigos selecionados foram avaliados em seu texto completo, ratificando se atendiam aos critérios da pesquisa e se estavam duplicados. Nessa oportunidade, os revisores também escrutinaram as listas de referências dos artigos selecionados para detectarem estudos pertinentes e não encontrados na busca inicial. Para operacionalizar essa etapa foi utilizado o programa Rayyan (2016). O resultado desse processo de triagem e seleção foi representado em um fluxograma PRISMA (PAGE et al., 2021).

### **Extração e gerenciamento de dados**

Os dados extraídos dos artigos incluídos - autor, ano da publicação, país da pesquisa, participantes (número, profissão), contexto, intervenção (tipo e duração), comparação, instrumentos de medida e resultados alcançados – foram digitados em planilha do Excel. Essa fase foi guiada pela ferramenta padronizada de extração de dados do JBI-MAStARI *data extraction instrument* (2014).

### **Avaliação da qualidade metodológica dos estudos**

Para avaliação do risco de viés foi utilizada a ferramenta da Colaboração Cochrane para avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados (Carvalho et al., 2013).

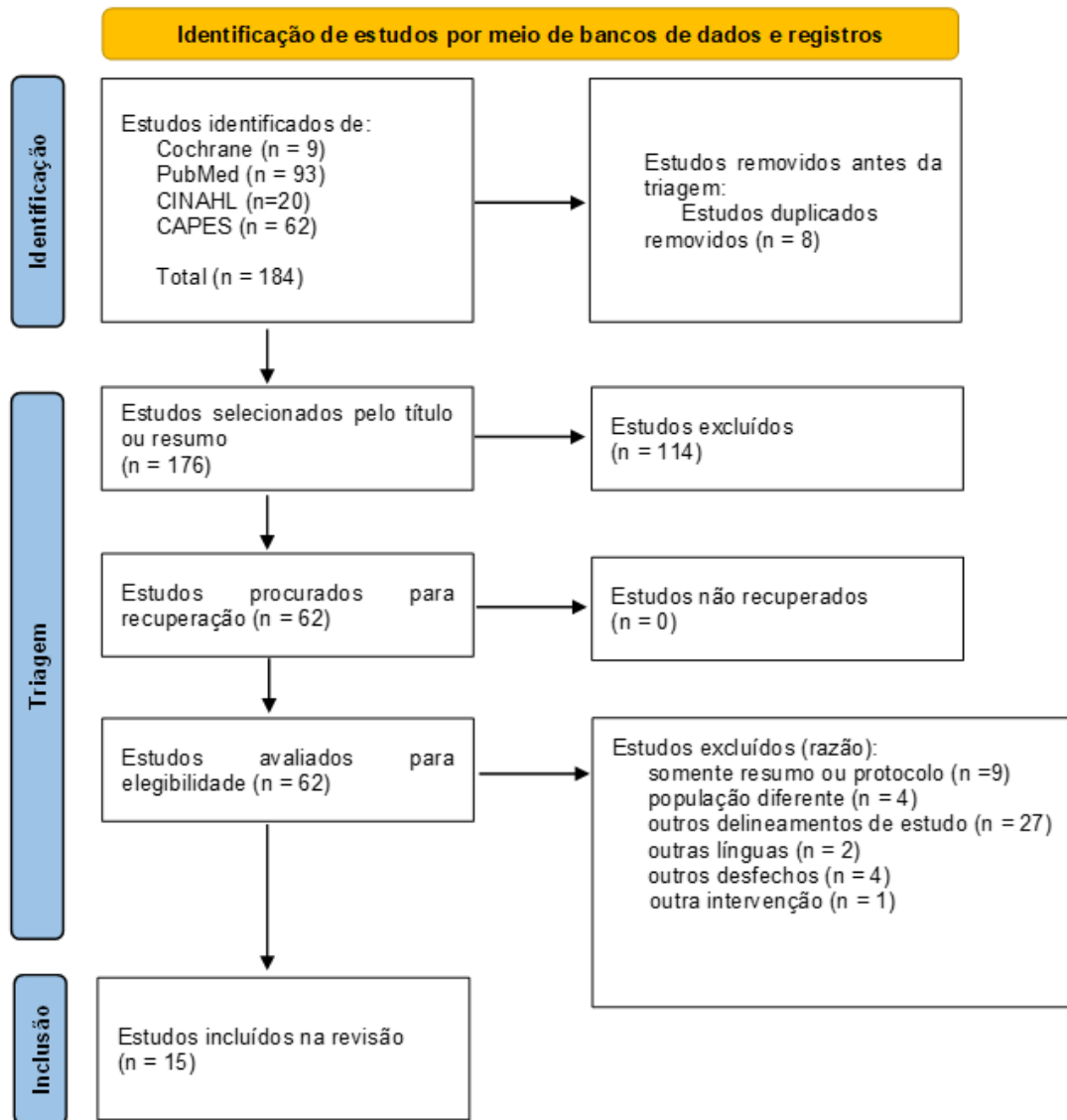
## **RESULTADOS**

### **SELEÇÃO DE ESTUDOS**

Um total de 184 artigos foram identificados para triagem. Depois da remoção de 8 artigos duplicados, os títulos e resumos de 176 artigos foram triados. Destes, 114 foram identificados como claramente não relevantes e excluídos e 62 resumos atenderam aos critérios de inclusão para a revisão de texto completo. Nesta fase, 47 artigos foram excluídos por não apresentarem os critérios de inclusão (somente resumo, idioma, população, desfecho e intervenção). Por fim, 15 artigos foram incluídos (Figura 1).

**Figura 1**

*Fluxograma do processo de seleção dos estudos*



## **DESCRIÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS**

A Tabela 1 fornece uma visão geral dos estudos incluídos que foram conduzidos entre 2016 e 2019 em oito países diferentes: Estados Unidos (n = 7), Canadá (n = 2), Austrália (n = 1), Irã (n = 1), Espanha (n = 1), Bélgica (n = 1), Brasil (n = 1) e Gana (n = 1). A maioria dos estudos (12; 80%) foi realizada em países que tem um alto nível de desenvolvimento econômico e social. O tamanho do grupo controle variou de 10 a 121 participantes entre os estudos, enquanto o grupo de intervenção variou de 10 a 133. Todos os estudos envolveram as áreas de medicina ou enfermagem, 3 estudos abrangeram profissionais de saúde formados (Sharma et al., 2016; Ross et al., 2018; Tavakoly Sany et al., 2017); 1 estudo incluiu profissionais de saúde no nível técnico (Williams et al., 2016); 8 estudos abarcaram residentes médicos (Bourget et al., 2017; Brown et al., 2018; DeBlasio et al., 2018; Downar et al., 2016; Real et al., 2017; Servotte et al., 2019; Setubal et al., 2017; Whitaker et al., 2018); 4 estudos compreenderam estudantes de medicina (Brown et al., 2018; Kaltman et al., 2018; Ross et al., 2018; Servotte et al., 2019); 3 estudos envolveram estudantes de enfermagem (Alhassan et al., 2019; Bas-Sarmiento et al., 2019; Brown et al., 2018) e 1 estudo abrangeu residentes de enfermagem (Brown et al., 2018).

As pesquisas foram classificadas segundo os contextos em cuidados paliativos (Brown et al., 2018; Downar et al., 2016; Sharma et al., 2016), comunicação de más notícias (Servotte et al., 2019; Setubal et al., 2017), comunicação com pacientes com características ou comportamentos desafiadores (Bourget et al., 2017; Kaltman et al., 2018; Real et al., 2017; Ross et al., 2018; Tavakoly Sany et al., 2017; Whitaker et al., 2018; Williams et al., 2016) e comunicação em situações habituais de atendimento (Alhassan et al., 2019; Bas-Sarmiento et al., 2019; DeBlasio et al., 2018) (Tabela 1).

## **DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES**

Os programas variavam significativamente quanto à duração (de 10 minutos a 3 semanas) das intervenções que variaram quanto ao tipo entre teoria (n = 10), dramatização (n = 8), uso de vídeos (n = 4), realização de feedback (n = 6), discussão reflexiva (n = 6), realidade virtual (n = 1), automonitoramento (n = 2), visitas a cada dos pacientes (n = 1) e grupo focal (n = 1). Três trabalhos empregaram somente um tipo de intervenção (automonitoramento, vídeos ou teoria); 4 estudos utilizaram 2 tipos de intervenção (teoria

e discussão reflexiva (n=2); dramatização e feedback; grupo focal e teoria), 5 estudos aplicaram 3 tipos de intervenção (teoria, dramatização, feedback; teoria, realidade virtual, feedback; teoria, dramatização, visitas; teoria, discussão reflexiva, feedback; discussão reflexiva, dramatização, vídeos), 2 estudos realizaram 4 tipos de intervenção (teoria, dramatização, feedback, autorreflexão; teoria, vídeo, dramatização, discussão reflexiva) e somente 1 estudo possuiu 5 intervenções (teoria, dramatização, vídeos, discussão reflexiva e feedback). Os resultados destas intervenções foram comparados com diferentes práticas que podem ser encontradas na Tabela 1

## **DESCRIÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO**

Seis trabalhos elaboraram suas próprias ferramentas de medida da comunicação como checklist, esquema de codificação, instrumento de autoavaliação e questionário com múltipla escolha sem realização de testes de validade (Brown et al., 2018; Kaltman et al., 2018; Setubal et al., 2017; Sharma et al., 2016; Whitaker et al., 2018; Williams et al., 2016). Sete ferramentas de medida diferentes foram usadas para avaliar as habilidades de comunicação, incluindo Consultation and Relational Empathy (CARE) (Downar et al., 2016), Structured Communication Adolescent Guide (SCAG) (Bourget et al., 2017), Aging Semantic Differential (ASD), Facts on Aging Quis 2 (FAQ2), *Kalamazoo Communication Skills Assessment* (KCSA) (Ross et al., 2018), Health Literacy Assessment Questions (HLAQs), Clinician & Group Survey – Adult Primary Care Questionnaire (Tavakoly Sany et al., 2017), The Consultation and Relational Empathy Measure, Jefferson Scale of Empathy Student version, Reynolds Empathy Scale, Carkhuff Scale, Escala de Autoestima de Rosenberg (Bas-Sarmiento et al., 2019), BBN Assessment Schedule (modificada e não validada) (Servotte et al., 2019), Jefferson Scales of Empathy-Health Professions Student version (Alhassan et al., 2019), Communication Assessment Tool (CAT) (DeBlasio et al., 2018). Um estudo empregou uma ferramenta própria sem validação (instrumento de autoavaliação) e um instrumento reconhecido *Consultation and Relational Empathy* (CARE) (Downar et al., 2016), por fim, um estudo utilizou como medida as taxas de recusa vacinal (Real et al., 2017). Uma visão geral destes instrumentos primários e secundários utilizados é apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Síntese dos dados dos estudos incluídos na revisão*

Autor(es) (Ano) (País)	(n GC) (n GI) (População) (Contexto)	Intervenção no GI (Tempo)	Intervenção de comparação no GC	Instrumento de medida	Conclusão
Alhassan (2019) (Gana)	(80) (93) (Estudantes de enfermagem e de obstetrícia) (Comunicação em atendimentos gerais de enfermagem)	Discussões em pequenos grupos, brainstorming, partilha de experiência pessoal dos participantes, relatórios de grupo, roleplaying, perguntas e respostas, vídeos e resumos (2 dias)	Intervenção tardia	<i>Jefferson Scales of Empathy-Health Professions Student version</i>	Este estudo mostrou que a empatia pode não ser aprimorada dentro de um curto período após o treinamento.
Bas- Sarmiento et al. (2019) (Espanha)	(57) (39) (Estudantes de enfermagem) (Comunicação em atendimentos gerais de enfermagem)	Aula expositiva (14h)	Intervenção tardia	Entrevista clínica simulada com uso da <i>Consultation and Relational Empathy Measure</i> , da versão de estudante da <i>Jefferson Scale of Empathy</i> ; <i>Reynolds Empathy Scale</i> e <i>Carkhuff Scale</i> para avaliação da empatia. Escala de Autoestima de Rosenberg para analisar conhecimento percebido, percepção da aprendizagem e autoestima. E questões ad hoc para avaliar compreensão de conteúdo e aquisição de habilidades.	A intervenção melhorou todas as medidas realizadas nos grupos experimentais com resultados mantidos no acompanhamento.
Bourget et al. (2017) (Canadá)	(17) (21) (Residentes médicos) (Comunicação com pacientes adolescentes)	<i>Feedback</i> após atendimento simulado (10 minutos)	Somente atendimento simulado (sem <i>feedback</i> )	<i>Structured Communication Adolescent Guide (SCAG)</i> <i>validado</i>	A intervenção resultou em melhora significativa nas habilidades de comunicação específicas para adolescentes na realização de uma entrevista com eles.
Brown et al. (2018) (EUA)	(115) (133) (Residentes de medicina interna; bolsistas de subespecialidade de medicina, estudantes de enfermagem; residentes de enfermagem de comunidade de prática avançada) (Habilidades de comunicação em cuidados paliativos)	Workshop baseado em simulação e discussões reflexivas (8 sessões de 4 horas)	Educação usual (aula expositiva)	Instrumento de autoavaliação para competência comunicativa.	A intervenção resultou na melhoria da competência auto-avaliada em habilidades de comunicação gerais e específicas.
DeBlasio et al. (2018) (EUA)	(30) (38) (Residentes de pediatria) (Comunicação com pais no contexto habitual de atendimento em pediatria)	Aulas interativas, conferências facilitadas por roleplaying e vinhetas de vídeo. <i>Feedback</i> e discussões em pequenos grupos (2 dias)	Sem intervenção	<i>Communication Assessment Tool (CAT)</i> preenchido pelos pais	Um currículo incluindo <i>feedback</i> dos pais não teve impacto significativo nas habilidades de comunicação. No entanto, as habilidades de comunicação melhoraram ao longo do ano nos grupos, sugerindo que o treinamento de comunicação ocorre em vários ambientes.

**Tabela 1**

*Síntese dos dados dos estudos incluídos na revisão (Continuação)*

Autor(es) (Ano) (País)	(n GC) (n GI) (População) (Contexto)	Intervenção no GI (Tempo)	Intervenção de comparação no GC	Instrumento de medida	Conclusão
Downar et al. (2016) (Canadá)	(39) (34) (Residentes de medicina interna) (Discussão sobre objetivos dos cuidados e reanimação em cuidados paliativos)	Aula expositiva, simulação de atendimento com paciente padronizado, <i>feedback</i> e autorreflexão (2 encontros com 30 minutos cada: 20 minutos para a encenação e 10 para autorreflexão e <i>feedback</i> )	Sessões de aulas expositivas isoladas com apresentação de vídeos	<i>Consultation and Relational Empathy (CARE)</i> para avaliação das habilidades comunicativas. E um instrumento de autoavaliação para relato sobre conforto.	Sem conclusões definitivas devido a fatores de confusão importantes do estudo. Embora, sugestione que o treinamento melhore as habilidades comunicativas e o conforto dos residentes de medicina em discutirem objetivos do cuidado de pacientes em cuidados paliativos
Kaltman et al. (2018) (EUA)	(39) (60) (Estudantes de medicina do primeiro ano) (Comunicação com paciente com queixa ambígua, com preocupação principal oculta e raivoso)	Simulações de vídeo interativo e imersivas com foco em técnicas de entrevista centrada no paciente, uma ferramenta de autoria de e-learning para praticar e receber <i>feedback</i> sobre técnicas de entrevista centrada no paciente (3 semanas)	Métodos tradicionais de instrução	Análise de vídeos de casos simulados para cada participante através de planilha com comportamentos codificados. Questionário de autoavaliação.	A intervenção foi atraente para os alunos. Além disso, o grupo de intervenção exibiu mais comportamentos consistentes com o modelo de entrevista centrado no paciente.
Real et al. (2017) (EUA)	(21) (24) (Residentes médicos de pediatria) (Hesitação dos cuidadores sobre vacinação contra gripe)	Aula expositiva, realidade virtual (RV), <i>feedback</i> (15 minutos para as 3 encenações de RV + 5 minutos de <i>feedback</i> )	Aula expositiva padrão	Taxas de recusa vacinal entre os grupos nos 3 meses após intervenção.	A intervenção foi eficaz para ensinar habilidades de comunicação para médicos residentes.
Ross et al. (2018) (Austrália)	(57) (53) (Bacharel em Emergência do 2º ano e Estudantes de Saúde e Prática Paramédica) (Comunicação com pacientes idosos)	Workshop com atividade em grupo, roleplaying, visitas domiciliares (2h + 4 visitas de 1h cada)	Intervenção semelhante com público diferente (crianças)	<i>Aging Semantic Differential (ASD)</i> , <i>Facts on Aging Quiz 2 (FAQ2)</i> e <i>Kalamazoo Communication Skills Assessment (KCSA)</i> .	O grupo controle e de intervenção apresentaram melhora nas habilidades de comunicação com pacientes idosos reais e permaneceram inalterados quanto ao conhecimento e atitudes, contudo o grupo de intervenção teve maiores melhorias em compreender a perspectiva do paciente.
Servotte et al. (2019) (Bélgica)	(31) (37) (Estudantes e residentes de medicina) (Comunicação de más notícias no setor de emergência)	Rotação clínica, curso teórico sobre más notícias, SPIKES, e habilidades de comunicação, vídeo ilustrativo, <i>role playing</i> , <i>debriefing</i> . (4h)	Rotação clínica	Simulação com atores com preenchimento de um questionário de autoeficácia, o formulário de competências SPIKES e <i>BBN Assessment Schedule</i> (modificada).	A intervenção tem o potencial de melhorar significativamente a autoeficácia, o processo e as habilidades de comunicação.

**Tabela 1**

*Síntese dos dados dos estudos incluídos na revisão (Continuação)*

<b>Autor(es) (Ano) (País)</b>	<b>(n GC) (n GI) (População) (Contexto)</b>	<b>Intervenção no GI (Tempo)</b>	<b>Intervenção de comparação no GC</b>	<b>Instrumento de medida</b>	<b>Conclusão</b>
Setúbal et al. (2017) (Brasil)	(30) (28) (Residentes médicos de pediatria e ginecologia/obstetria) (Comunicação de más notícias em perinatologia)	Treinamento SPIKES, discussões sobre experiências e desafios anteriores, visualização dos próprios atendimentos simulados com discussão sobre o desempenho (1h a 2h30min (dependendo do número de participantes)	Sem intervenção	Checklist preenchido pela paciente simulada	A intervenção não impactou significativamente o desempenho dos residentes. Os residentes endossaram a simulação com <i>feedback</i> como um treinamento útil.
Sharma et al. (2016) (EUA)	(10) (10) (Médicos hospitalistas) (Discussão sobre status do código em cuidados paliativos)	Aula expositiva, <i>roleplaying</i> e <i>feedback</i> (2h)	Prática clínica usual	Checklist não validado com 19 itens para avaliar o desempenho durante um encontro simulado.	A intervenção foi eficaz para melhorar habilidades comunicativas na discussão sobre status do código.
Tavakoly Sany et al. (2017) (Irã)	(121) (119) (Profissionais de saúde das redes de saúde básica e pública) (Comunicação com pacientes hipertensos)	Grupo focal, oficinas de capacitação em letramento em saúde. (1 dia)	Intervenção usual	<i>Health Literacy Assessment Questions (HLAQs)</i> . <i>Clinician &amp; Group Survey – Adult Primary Care Questionnaire</i> . Escalas de autoeficácia para doenças crônicas	O treinamento breve de habilidades de comunicação para profissionais de saúde parece ser uma maneira eficiente de melhorar habilidades de comunicação paciente-profissional.
Whitaker et al. (2018) (EUA)	(44) (38) (Residentes de medicina interna) (Comunicação com pacientes adultos com hesitação vacinal)	Aula expositiva, estudos e discussões de casos baseados no <i>Preferred Cognitive Styles e Decision Making Model</i> (2h)	Sessão educacional usual (aula expositiva)	Questionário múltipla escolha sobre conhecimento de imunização, atitudes e práticas	Os dois grupos tiveram melhoras nas taxas de imunização, sem diferenças significativas entre eles, e apresentaram melhoras no conhecimento sobre imunização. Contudo, o grupo de intervenção teve melhoras significativas na confiança para aconselhamento de pacientes sobre imunização.
Williams et al. (2016) (EUA)	(22 díades: 20 cuidadores e 15 pacientes) (21 díades: 9 cuidadores e 12 pacientes) (Cuidadores) ( <i>Elderspeak</i> * do cuidador e resistência ao cuidado de pessoas com demência internadas em casa de repouso)	Treinamento <i>Changeing Talk</i> - automonitoramento (3h)	Sem intervenção, seguida de crossover	Esquema de codificação dos comportamentos dos cuidadores e dos pacientes observados nas filmagens.	A intervenção melhorou a comunicação da equipe e reduziu o comportamento de resistência ao cuidado de pessoas com demência em casas de cuidados. Estas melhoras se mantiveram ao menos até 3 meses após a intervenção.

Legenda: n GC (tamanho do Grupo Controle); n GI (tamanho do Grupo de Intervenção), GC (grupo controle), GI (grupo intervenção).

\* *Elderspeak* é um registro de fala simplificado inapropriado que soa como conversa de bebê e é comumente usado com adultos mais velhos, especialmente em ambientes de saúde (Shaw et al., 2020).

## DESCRIÇÃO DA EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES

No contexto de cuidados paliativos, o estudo de Sharma et al. (2017) demonstrou que 70% dos hospitalistas do grupo de intervenção alcançaram a nota máxima na avaliação após uma única sessão de intervenção, apresentando pontuações maiores (16,5 pontos) em comparação com o grupo controle (12 pontos) ( $p = 0,0001$ ). Ainda, os hospitalistas demonstraram mais habilidades comunicativas do que o grupo controle como perguntar sobre experiências anteriores com a tomada de decisão de fim de vida (70% vs 50%,  $p = 0,03$ ), explorar valores/ metas (100% vs 50%,  $p = 0,01$ ), pedir permissão para fazer recomendações (60% vs 0%,  $p = 0,003$ ) e alinhar as recomendações com os valores/ objetivos do paciente (90% vs 40%,  $p = 0,02$ ). O trabalho de Brown et al. (2018) também expôs que a intervenção foi associada a uma melhora na autoavaliação geral dos participantes na competência de habilidades de comunicação ( $p < 0,001$ ) e nas autoavaliações dos participantes em 3 dos 4 indicadores específicos (expressar empatia, discutir questões espirituais e eliciar metas de cuidado. Downar et al. (2016) revelou que ambos os grupos relataram uma melhora significativa no conforto ao discutir os objetivos do cuidado com os pacientes, não ocorrendo diferença entre os escores do instrumento utilizado para avaliar as habilidades comunicativas (CARE) após o workshop ( $p = 0,79$ ). O grupo de intervenção mostrou um aumento significativo nos escores de consulta e empatia relacional pós-oficina em comparação com pré-oficina (35,0 vs 31,7, respectivamente;  $p = 0,048$ ), enquanto não houve melhora nos escores de consulta e empatia relacional no grupo controle (35,6 vs 36,0;  $p = 0,4$ ). No entanto, quando os resultados foram ajustados para diferenças de linha de base nas pontuações de CARE em uma análise de regressão multivariável, a atribuição de grupo não foi associada a uma melhora na sua pontuação. Melhorias nos escores de conforto e percepção de benefício não foram associadas com melhorias nos escores de CARE.

No contexto da comunicação de más notícias, o estudo de Setubal et al. (2017) externou que não houve diferença significativa nas atuações dos dois grupos segundo a paciente simulada ( $p = 0,55$ ), embora os residentes tenham avaliado a simulação com feedback positivamente. Enquanto a pesquisa de Servotte et al. (2019) exibiu uma melhora significativa no grupo intervenção em comparação com o grupo controle na autoeficácia ( $p < 0,001$ ), no processo de dar más notícias ( $p < 0,001$ ) e nas habilidades de comunicação ( $p < 0,001$ ). O grupo de intervenção apresentou um ganho significativo em relação ao processo de dar más notícias (+33,3%,  $p < 0,001$ ). Após o treinamento, os

alunos com experiência clínica limitada anterior ao rodízio apresentaram habilidades de desempenho em dar más notícias iguais aos alunos do grupo controle que tinham maior experiência clínica.

No contexto de pacientes com características ou comportamentos desafiadores, Bourget et al. (2018) (público-alvo adolescente) mostrou que os escores médios de itens totais e globais para a primeira entrevista com o paciente adolescente não diferiram significativamente entre o grupo com feedback e sem feedback. A média dos escores totais dos itens para o grupo de feedback [primeira entrevista:  $34,19 \pm 10,19$  (adolescente);  $36,33 \pm 9,77$  (mãe)] melhorou significativamente para a segunda entrevista [ $45,17 \pm 6,22$  (adolescente);  $44,71 \pm 6,72$  (mãe);  $p = 0,002$  e  $0,003$ , respectivamente]. Os escores globais médios também melhoraram significativamente desde a primeira entrevista [ $27,00 \pm 6,49$  (adolescente);  $27,47 \pm 6,50$  (mãe)] para a segunda entrevista [ $34,05 \pm 3,30$  (adolescente);  $31,19 \pm 3,85$  (mãe);  $p = 0,001$  e  $0,03$ , respectivamente]. Contudo, nenhuma melhora significativa na média de itens totais ou média global foi observada no grupo sem feedback. A investigação com pacientes com hesitação de Whitaker et al. (2018) apresentou que as taxas de imunização contra gripe e coqueluche melhoraram tanto para os grupos de intervenção quanto para os de controle, não ocorrendo diferença significativa na melhora da taxa de imunização entre os grupos. As taxas de imunização contra a gripe melhoraram significativamente em 33,4% e 32,3% nos grupos de intervenção e controle, respectivamente. As chances de receber a imunização contra influenza no final do estudo em relação ao pré-estudo para toda a coorte do estudo foi de 4,6 ( $p < 0,0001$ ). A chance de ter recebido imunização contra coqueluche no final do estudo em relação ao pré-estudo para toda a coorte do estudo foi de 1,2 ( $p = 0,0002$ ). Ambos os grupos tiveram melhorias significativas no conhecimento de imunização. O grupo de intervenção teve melhorias significativas em vários domínios que avaliaram a confiança no aconselhamento de pacientes sobre imunizações. Neste estudo, participaram 99 residentes sendo que 82 completaram as pesquisas pré-estudo e pós-estudo.

No mesmo cenário de pacientes com hesitação há o artigo de Real et al. (2017) que indicou uma queda na taxa de recusa da vacinação maior para o grupo de intervenção (37,1%) quando comparado com o grupo controle (27,8%), revelando que o uso de realidade virtual com feedback é mais efetivo do que somente a educação usual (aula expositiva padrão). Nos estudos com idosos, Williams et al. (2017) sinalizou que, em

média, o elderspeak dos cuidadores diminuiu de 34,6% (DP = 18,7) na linha de base em 13,6% pontos (DP = 20,00) após a intervenção e 12,2% pontos (DP = 22,0) em 3 meses de acompanhamento. A resistência ao cuidado do paciente diminuiu de 35,7% (DP = 23,2) para 15,3% pontos (DP = 32,4) após a intervenção e 13,4% pontos (DP = 33,7) em 3 meses. A modelagem linear mista determinou que a mudança no elderspeak foi predita pela intervenção ( $b = -12,20$ ,  $p = 0,028$ ) e na linha de base do elderspeak ( $b = -0,65$ ,  $p < 0,001$ ), enquanto a mudança na resistência ao cuidado foi prevista pela mudança no elderspeak ( $b = 0,43$ ,  $p < 0,001$ ); resistência ao cuidado de linha de base ( $b = -0,58$ ,  $p < 0,001$ ); e covariáveis. Enquanto Ross et al. (2018) demonstrou que ambos os grupos apresentaram melhora nas habilidades de comunicação com pacientes idosos reais ( $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,41$ ) e ( $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,35$ ), sendo que o grupo intervenção apresentou maiores melhorias no elemento “compreende a perspectiva do paciente” tanto na autoavaliação ( $p < 0,001$ ) quanto na avaliação clínica ( $p = 0,01$ ). O modelo de regressão linear múltipla descobriu que o sexo ( $\beta = -0,25$ ;  $p = 0,01$ ) foi o melhor preditor de comunicação avaliada pelo clínico, com o sexo feminino tendo pontuações mais altas. Conhecimento e atitudes permaneceram relativamente inalterados para ambos os grupos. O trabalho com pacientes com queixas ambíguas, preocupação principal oculta e raivoso de Kaltman et al (2018) mencionou que para ambos os casos da simulação, o grupo de intervenção fez significativamente mais perguntas abertas e ofereceu respostas significativamente mais empáticas em uma simulação. Os alunos relataram que as simulações ajudaram a melhorar suas habilidades de comunicação. Enquanto o estudo com pacientes de baixa literacia de Tavakoly et al (2017) apontou que após a intervenção, houve melhora significativa ( $p < 0,05$ ) nas habilidades de comunicação dos pacientes, autoeficácia, adesão à medicação e melhores desfechos no quadro de hipertensão nos doentes atendidos pelo grupo de intervenção em comparação com os resultados dos pacientes do grupo controle.

No contexto de comunicação em atendimentos gerais, o artigo de Bas-Sarmiento (2019) sinalizou que os resultados foram melhorados em todas as medidas realizadas nos grupos experimentais nos diferentes centros após a intervenção. Os escores médios da simulação pós-teste foram maiores que os do pré-teste com diferenças estatisticamente significativas. Os resultados foram mantidos no acompanhamento. A percepção do aluno sobre a aprendizagem e a percepção da compreensão do conteúdo e a aquisição de habilidades também foram aprimoradas. No entanto, na análise de Alhassan (2019), não

houve diferença estatisticamente significativa nos escores de empatia entre os grupos  $F(1, 171)=0,18$ ,  $p=0,675$ . Sendo que o grupo intervenção teve como linha basal ( $M=109,8$ ,  $SD=9,8$ ,  $d=0,160$ ) e pós-teste ( $M=111,9$ ,  $SD=9,0$ ,  $d=0,201$ ), enquanto o grupo controle teve ( $M=107,9$ ,  $SD=11,46$ ,  $d=0,160$ ) e ( $M=110,0$ ,  $SD=11,0$ ,  $d=0,201$ ) respectivamente. O trabalho de DeBlasio et al. (2019) revelou que todos os residentes receberam pelo menos 10 CATs no início e no final do ano. A percentagem de pais que classificaram todos os itens como excelentes aumentou em percentagens semelhantes nos grupos de intervenção e controle (60,9%-73,8% vs 61,1%-69,8;  $p = 0,38$ ). Quando os escores dos residentes em ambos os braços foram combinados, a melhora foi encontrada desde o início até o final do ano para todos os itens do CAT ( $p < 0,001$ ).

## **AValiação da Qualidade Metodológica dos Estudos**

A Tabela 2 mostra os resultados da avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. Com relação ao viés de seleção, 5 (33,33%) estudos descreveram em detalhes o método utilizado para gerar a sequência aleatória e 3 (20%) descreveram em detalhes o método usado para ocultar a sequência aleatória. Quanto ao viés de performance, tem-se que em 14 (93,33%) dos estudos não foi possível realizar o cegamento dos participantes. Quanto ao viés de detecção, tem-se que em 11 (73,33%) estudos foram descritas as medidas de cegamento dos avaliadores de desfecho em relação ao conhecimento da intervenção fornecida a cada participante. O viés de atrito pareceu ser baixo em 13 (86,7%) estudos. Houve percepção de viés baixo nos 15 estudos quanto ao relato de desfecho seletivo. E 14 (93,33%) artigos foram julgados como possuindo outras fontes de vieses (Gráfico 1). Os estudos com pelo menos 50% de classificação de baixo risco de viés foram considerados como os de melhores evidências e são representados pelos artigos de Bourget et al. (2017) (85,71%), Whitaker et al. (2018) (57,14%), Tavakoly Sany et al. (2017) (57,14%), Bas-Sarmiento et al. (2019) (57,14%), Alhassan (2019) (57,14%).

**Tabela 2**

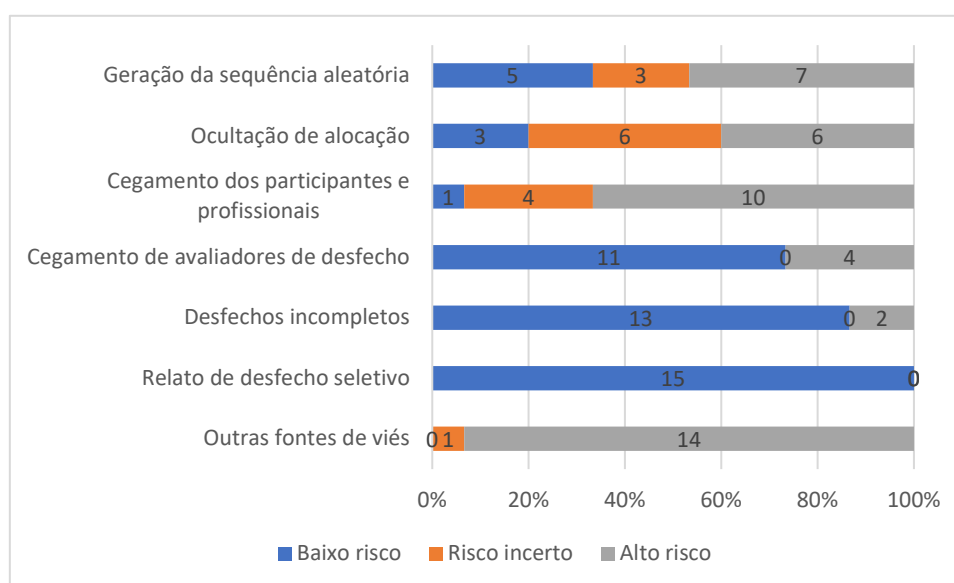
*Síntese da avaliação do risco de vieses dos estudos*

Autor(es)	Geração da sequência aleatória	Ocultação de alocação	Cegamento dos participantes e profissionais	Cegamento de avaliadores de desfecho	Desfechos incompletos	Relato de desfecho seletivo	Outras fontes de viés
Alhassan (2019)	+	+	-	-	+	+	-
Bas-Sarmiento et al. (2019)	+	-	-	+	+	+	-
Bourget et al. (2017)	+	+	+	+	+	+	?
Brown et al. (2018)	-	?	?	-	+	+	-
DeBlasio et al. (2018)	-	?	-	+	+	+	-
Downar et al. (2016)	?	?	-	+	-	+	-
Kaltman et al. (2018)	-	-	-	+	+	+	-
Real et al. (2017)	-	?	?	+	-	+	-
Ross et al. (2018)	-	-	-	+	+	+	-
Servotte et al. (2019)	-	-	-	+	+	+	-
Setubal et al. (2017)	-	-	-	+	+	+	-
Sharma et al. (2016)	?	?	-	-	+	+	-
Tavakoly Sany et al. (2017)	+	-	?	+	+	+	-
Whitaker et al. (2018)	+	+	-	-	+	+	-
Williams et al. (2016)	?	?	?	+	+	+	-

Legenda: (+) = baixo risco de viés; (-) = alto risco de viés; (?) = risco de viés incerto

**Gráfico 1**

*Gráfico do risco de viés dos artigos incluídos na revisão*



## DISCUSSÃO

A revisão sistemática atual resumiu os resultados de 15 estudos que examinaram se o treinamento em habilidades comunicativas melhorou a comunicação dos estudantes ou profissionais de saúde durante a interação com pacientes. Chama atenção os fatos de que a maior parte destes trabalhos (87%) foi realizada em países desenvolvidos e todos descreveram estratégias para melhorar a comunicação do estudante ou profissional somente das áreas de Medicina e Enfermagem. Sobre estes aspectos, não foram encontrados estudos que justificassem essas ocorrências que poderão ser analisados em pesquisas futuras. Contudo, pode-se supor algumas hipóteses para que a maior parte dos estudos tenham ocorrido em países desenvolvidos como: países com maior quantidade de litígios na área da saúde relacionados a abordagens abusivas, falta de informação adequada por exemplo, maiores diversificações étnicas que desafiam os profissionais em suas habilidades, países com mais investimentos técnicos e financeiros para realização de pesquisas ou com maior consciência sobre a importância da comunicação interpessoal em saúde. As hipóteses levantadas sobre a realização das pesquisas somente em enfermagem e medicina são: profissionais da saúde no campo da reabilitação que atuam com acompanhamento mais duradouro do paciente podem ser mais bem preparados durante a graduação quando comparados aos profissionais de campos mais técnicos que são preparados para atuarem em doenças agudas com tempo menor de acompanhamento do paciente ou com pacientes em estados alterados de consciência; maior conscientização desses campos de Enfermagem e Medicina sobre a importância da comunicação ou essas áreas mais desenvolvidas em pesquisa. Ressalta-se que é provável que a variação nos sistemas de saúde, das culturas e nível de desenvolvimento socioeconômico entre os países das pesquisas afete a generalização dos resultados desta revisão.

Um outro aspecto a ser discutido é a diversificação das ferramentas de avaliação utilizadas nos estudos. Estas variaram amplamente, sem padronização, e incluíram ferramentas recém-desenvolvidas e não validadas ou ferramentas de autorrelato. Os resultados do autorrelato são reconhecidos como propensos a viés (Pham et al., 2014), a revisão Cochrane de Moore et al. (2018) excluiu desfechos autorrelatados, decorrentes de preocupação com o viés otimista. Em contraste, os resultados avaliados pelo paciente (por exemplo, satisfação do paciente com a comunicação) pode ser limitada pelo teto de efeitos (Uitterhoeve et al., 2010). Estes achados limitam a generalização e a reprodutibilidade

dos resultados (Reed et al., 2007) acarretando um escopo de evidência fraco e também sugerem a necessidade de desenvolvimento e validação de ferramentas de medida objetivas e robustas. É reconhecido na literatura que medir o efeito de treinamento em comunicação é desafiador (Fischer et al., 2019). Assim como este estudo encontrou, Fischer et al. (2019) e Kerr et al. (2020) identificaram que há uma ampla gama de resultados e medidas em estudos que avaliam o efeito do treinamento das habilidades comunicativas, eles destacaram a necessidade para o desenvolvimento de uma ferramenta de medida padrão amplamente aceita. Ainda sobre o aspecto das medidas empregadas pelos estudos, tem-se que 9 (Bourget et al., 2017; Brown et al. 2018; DeBlasio et al. 2018; Downar et al. 2016; Real et al. 2017; Servotte et al. 2019; Sharma et al. 2016; Whitaker et al. 2018; Williams et al. 2016) dos 15 estudos avaliaram os resultados relacionados às habilidades de comunicação após um período de tempo para consolidação de habilidades e conhecimentos. Hattie & McDonoghue (2016) reforçam a importante distinção entre aquisição e consolidação da aprendizagem. Estudos futuros nesta área precisarão considerar o momento da medição do resultado, que também tem implicações de recursos.

Três estudos incluídos nessa revisão sistemática avaliaram os resultados das intervenções nos pacientes (Real et al., 2017; Tavakoly Sany et al., 2017; Whitaker et al., 2018; Williams et al., 2016). Ammentorp et al. (2018) sugeriu que medir os resultados do paciente resultantes de intervenções de comunicação é um desafio, o que poderia explicar a baixa taxa de resultados identificados na revisão atual.

Embora as ferramentas de medição fossem diferentes, em 11 ensaios foram relatados efeitos positivos do treinamento para ao menos uma habilidade central de comunicação (Bas-Sarmiento et al., 2019; Bourget et al., 2017; Brown et al., 2018; Kaltman et al., 2018; Real et al., 2017; Ross et al., 2018; Servotte et al., 2019; Sharma et al., 2016; Tavakoly Sany et al., 2017; Whitaker et al., 2018; Williams et al., 2016). Também, é provável que estes resultados se aplicam a outros profissionais de saúde. Para fortalecer as evidências neste campo, há necessidade de pesquisas mais alinhadas usando ferramentas de medidas de resultados padronizadas.

Bas-Sarmiento et al. (2019), Brown et al. (2018), Downar et al. (2016), Ross et al. (2018), Whitaker et al. (2018), Williams et al. (2016) relataram que nem todos os participantes concluíram as pesquisas sem apresentarem os motivos. Pode-se teorizar que faculdades ou unidades de saúde nem sempre se encontram disponíveis para liberar o

peçoal para treinamento, o que pode significar que algumas estratégias podem ser difíceis de implementar em algumas organizações ainda mais se forem estratégias mais prolongadas. Nesse sentido, modelos online de treinamento podem apoiar a implementação bem-sucedida e a sustentabilidade das intervenções. A estratégia da realidade virtual (Real et al., 2017) parece uma boa opção ainda mais em locais que não contam com atores profissionais para a simulação, contudo, esta não parece ser uma alternativa viável para unidades de saúde de países de baixo desenvolvimento socioeconômico por exemplo.

Em relação ao risco de viés, os estudos publicados não relataram consistentemente todos os componentes-chave do desenho do estudo, como geração da sequência aleatória, ocultação de alocação, cegamento dos participantes e profissionais, cegamento de avaliadores de desfecho. É provável que a ocultação de alocação do tratamento para os participantes seja difícil de organizar, no entanto, os outros requisitos devem ser mais fáceis de gerenciar e relatar. Outras fontes de vieses foram identificadas, como viés de história (nenhum estudo relatou ocorrência de eventos externos simultaneamente à ocorrência da variável independente que poderia influenciar a variável de interesse); história interna (não é possível saber se ocorreram eventos durante sessões do grupo experimento que não ocorreram no grupo controle), maturação (podem ter ocorrido mudanças no nível de motivação dos sujeitos durante a introdução do experimento); interação entre o pré-teste e a variável independente (uso do pré-teste pode ter produzido um efeito sobre os sujeitos no sentido de torná-los mais sensíveis à variável experimental); interação seleção – intervenção (uso de amostras específicas e sujeitos voluntários, poucas instituições participativas); efeitos reativos da situação experimental (uso de situações simuladas). Devido aos vieses apresentados, não se pode afirmar que as mudanças observadas nas habilidades comunicativas dos participantes foram provocadas exclusivamente pela variável independente. Como também não se pode generalizar os achados para cenários reais, em outros contextos ou com outras categorias profissionais e níveis de formação. Independentemente do nível de risco de viés, todos os estudos permaneceram incluídos. O estudo que apresentou menos vieses (Bourget et al., 2017) apontou que o feedback estruturado, fornecido pelos pacientes simulados por meio de uma ferramenta validada resultou em melhora significativa na comunicação durante uma entrevista com adolescentes. Fato apresentado por outros estudos com mais vieses.

## CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática de 15 ensaios de intervenção demonstrou a potencialidade do treinamento de habilidades de comunicação para melhorar as interações dos estudantes ou profissionais de saúde com os pacientes. Existe uma variação considerável nos programas de treinamento quanto à estrutura geral, conteúdo e métodos de avaliação. Contudo, os estudos são sinalizadores de que o processo de ensino-aprendizagem constante da competência comunicativa, facilitada por um profissional capacitado e a utilização de recursos de ensino variados podem contribuir na aprendizagem dessa habilidade. Parece que o feedback estruturado verbal, com avaliação do aprendizado baseado em um instrumento validado e fornecido pelo paciente simulado, se constitui em uma técnica didático-pedagógica mais favorecedora e útil nesse processo. Desenvolvimento, implementação e avaliação de uma gama mais ampla de programas que sejam pautados em rigor metodológico, com padronizações e uso de instrumentos de avaliação validados, amparados em modelos teóricos de ensino-aprendizagem e que avaliem a curto e longo prazos a assimilação do conhecimento e o impacto do treinamento na saúde do paciente real é necessária.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse dos autores.

## REFERÊNCIAS

- Alhassan M (2019). Effect of a 2-day communication skills training on nursing and midwifery students' empathy: a randomised controlled trial. *The British Medical Journal Open* 9:e023666. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023666>
- Ammentorp, J., Graugaard, L. T., Lau, M. E., Andersen, T. P., Waidtløw, K., & Kofoed, P. E. (2014). Mandatory communication training of all employees with patient contact. *Patient Education and Counseling*, 95(3), 429–432. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.03.005>
- Barbosa, M., Del Piccolo, L., & Barbosa, A. (2019). Effectiveness of a brief training program in relational/communication skills for medical residents. *Patient Education and Counseling*, 102(6), 1104–1110. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.01.013>

- Barton, S. M., Calhoun, A. W., Bohnert, C. A., Multerer, S., Statler, V. A., Bryant, K. A., & Marshall, G. S. (2020). AIMS-trained Residents Exhibit Specific Communication Skills in a Standardized Patient Model of Vaccine Hesitancy. *Open Forum Infectious Diseases*, 7(Supplement), S588–S589. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa439.1302>
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Díaz-Rodríguez, M., & iCARE Team (2019). Teaching empathy to nursing students: A randomised controlled trial. *Nurse Education Today*, 80, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.06.002>
- Bhandari, M., & Giannoudis, P. V. (2006). Evidence-based medicine: what it is and what it is not. *Injury*, 37(4), 302–306. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2006.01.034>
- Bourget, G., Joukhadar, N., Manos, S., Mann, K., Hatchette, J. and Blake, K. (2018). Adolescent interviewing skills: effect of feedback. *The Clinical Teacher*, 15: 67-72. <https://doi.org/10.1111/tct.12632>
- Brown, C. E., Back, A. L., Ford, D. W., Kross, E. K., Downey, L., Shannon, S. E., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2018). Self-Assessment Scores Improve After Simulation-Based Palliative Care Communication Skill Workshops. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 35(1), 45–51. <https://doi.org/10.1177/1049909116681972>
- Bylund, C., Peterson, E., Bylund, K., Ditton-Phare, et al. (2017). The effect of experiential communication skills training on graduate medical trainees' communication behaviors. *PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews*, CRD42017056076. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42017056076](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42017056076)
- Carvalho, A. P., Silva, V., & Grande, A. J. (2013). Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. *Diagnóstico e Tratamento*, 18(1), 38-44. <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2013/v18n1/a3444.pdf>
- DeBlasio, D., Real, F. J., Ollberding, N. J., & Klein, M. D. (2019). Provision of Parent Feedback via the Communication Assessment Tool: Does It Improve Resident Communication Skills? *Academic Pediatrics*, 19(2), 152–156. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.06.013>
- Dodd, E., Cheston, R., & Inoges, M. (2018). Training interventions to improve communication between health care professionals and people living with dementia: an overview of systematic reviews. *PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews*, CRD42018091502. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42018091502](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42018091502)
- Downar, J., McNaughton, N., Abdelhalim, T., Wong, N., Lapointe-Shaw, L., Seccareccia, D., Miller, K., Dev, S., Ridley, J., Lee, C., Richardson, L., McDonald-Blumer, H., & Knickle, K. (2017). Standardized patient simulation versus didactic teaching alone for improving residents' communication skills when discussing goals of care and resuscitation: A randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, 31(2), 130–139. <https://doi.org/10.1177/0269216316652278>

- Fattahi, M., Ali, M., Abad, M., Salehiabarghuei, A. (2017). Effectiveness of communication skill training for improvement in self-efficacy among nursing personnel. *PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews*, CRD42017073927. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospERO/display\\_record.php?ID=CRD42017073927](https://www.crd.york.ac.uk/prospERO/display_record.php?ID=CRD42017073927)
- Fischer, F., Helmer, S., Rogge, A., Arraras, J. I., Buchholz, A., Hannawa, A., Horneber, M., Kiss, A., Rose, M., Söllner, W., Stein, B., Weis, J., Schofield, P., & Witt, C. M. (2019). Outcomes and outcome measures used in evaluation of communication training in oncology - a systematic literature review, an expert workshop, and recommendations for future research. *The British Medical Journal - Cancer*, 19(1), 808. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6022-5>
- Gilligan, C., Powell, M., Lynagh, M. C., Ward, B. M., Lonsdale, C., Harvey, P., James, E. L., Rich, D., Dewi, S. P., Nepal, S., Croft, H. A., & Silverman, J. (2021). Interventions for improving medical students' interpersonal communication in medical consultations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD012418. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012418.pub2>
- Hattie, J., & Donoghue, G. M. (2016). Learning strategies: a synthesis and conceptual model. *Nature Partner Journals - Science of Learning*, 1, 16013. <https://doi.org/10.1038/npjscilearn.2016.13>
- Henderson, A., Ryan, R., Henderson, S., Young, J., Bradford, N. K., Bothroyd, J. I., & Herbert, A. (2018). Interventions for interpersonal communication about end of life care between health practitioners and affected people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9), CD013116. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013116>
- JB.I. Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition*. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>.
- Kaltman, S., Talisman, N., Pennestri, S., Syverson, E., Arthur, P., & Vovides, Y. (2018). Using Technology to Enhance Teaching of Patient-Centered Interviewing for Early Medical Students. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 13(3), 188–194. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000304>
- Kerr, D., Ostaszkiwicz, J., Dunning, T., & Martin, P. (2020). The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills: A systematic review. *Nurse Education Today*, 89, 104405. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104405>
- Khan, M., Ostlundh, L., Govender, R. (2021). Medical students' attitudes towards communication skills training. *PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews*, CRD42021228029. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospERO/display\\_record.php?ID=CRD42021228029](https://www.crd.york.ac.uk/prospERO/display_record.php?ID=CRD42021228029)
- Majid, S., Gauguet, J. M., McIntosh, L., Watts, G., Rosen, M. P., & DeBenedictis, C. M. (2020). Still Coming Out of the Dark: Enduring Effects of Simulation-Based Communication Skills Training for Radiology Residents-Four-Year Follow-Up.

*Current Problems in Diagnostic Radiology*, 49(6), 382–385.  
<https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2019.07.006>

- Mata, A. N., Braga, L. P., Azevedo, et al. (2019). Training programs in communication skills to improve self-efficacy for health personnel: systematic review and meta-analysis. *PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews*, CRD42019129384. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42019129384](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42019129384)
- Moore, P. M., Rivera Mercado, S., Grez Artigues, M., & Lawrie, T. A. (2013). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(3), CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub3>
- Nusser, H., & Bryant, A. L. (2020). Effects of End-of-Life/Palliative Care Training and Communication Training for Clinicians in Improving Confidence and Knowledge about End-of-Life/Palliative Care. *PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews*, CRD42020162253. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42020162253](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020162253)
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016a). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(210). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pham, A. K., Bauer, M. T., & Balan, S. (2014). Closing the patient-oncologist communication gap: a review of historic and current efforts. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 29(1), 106–113. <https://doi.org/10.1007/s13187-013-0555-0>
- Pollard, N., Lincoln, M., Nisbet, G., Penman, M. (2019). Effective intervention strategies in the development of health science students' communication skills: a systematic review. *PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews*, CRD42019117135. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42019117135](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42019117135)
- Real, F. J., DeBlasio, D., Beck, A. F., Ollberding, N. J., Davis, D., Cruse, B., Samaan, Z., McLinden, D., & Klein, M. D. (2017). A Virtual Reality Curriculum for Pediatric Residents Decreases Rates of Influenza Vaccine Refusal. *Academic Pediatrics*, 17(4), 431–435. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.01.010>
- Reed, D. A., Cook, D. A., Beckman, T. J., Levine, R. B., Kern, D. E., & Wright, S. M. (2007). Association between funding and quality of published medical education research. *Journal of the American Medical Association*, 298(9), 1002–1009. <https://doi.org/10.1001/jama.298.9.1002>

- Ross, L. J., Jennings, P. A., Gosling, C. M., & Williams, B. (2018). Experiential education enhancing paramedic perspective and interpersonal communication with older patients: a controlled study. *The British Medical Journal -Medical Education*, *18*(1), 239. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1341-9>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *The British Medical Journal (Clinical Research ed.)*, *312*(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Setubal, M., Antonio, M., Amaral, E. M., & Boulet, J. (2018). Improving Perinatology Residents' Skills in Breaking Bad News: A Randomized Intervention Study. Aprimoramento das habilidades de residentes em perinatologia para comunicar más notícias: um estudo de intervenção randomizado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia: Revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, *40*(3), 137–146. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1621741>
- Servotte, J. C., Bragard, I., Szyld, D., Van Ngoc, P., Scholtes, B., Van Cauwenberge, I., Donneau, A. F., Dardenne, N., Goosse, M., Pilote, B., Guillaume, M., & Ghuyssen, A. (2019). Efficacy of a Short Role-Play Training on Breaking Bad News in the Emergency Department. *The Western Journal of Emergency Medicine*, *20*(6), 893–902. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.8.43441>
- Sharma, R. K., Szmuiłowicz, E., Ogunseitan, A., Jones, S. F., Montalvo, J. A., O'Leary, K. J., & Wayne, D. B. (2017). Evaluation of a Mastery Learning Intervention on Hospitalists' Code Status Discussion Skills. *Journal of Pain and Symptom Management*, *53*(6), 1066–1070. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.341>
- Tavakoly Sany, S. B., Peyman, N., Behzhad, F., Esmaeily, H., Taghipoor, A., & Ferns, G. (2018). Health providers' communication skills training affects hypertension outcomes. *Medical teacher*, *40*(2), 154–163. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1395002>
- Uitterhoeve, R. J., Bensing, J. M., Grol, R. P., Demulder, P. H., & VAN Achterberg, T. (2010). The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, *19*(4), 442–457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01082.x>
- Whitaker, J. A., Poland, C. M., Beckman, T. J., Bundrick, J. B., Chaudhry, R., Grill, D. E., Halvorsen, A. J., Huber, J. M., Kasten, M. J., Mauck, K. F., Mehta, R. A., Olson, T., Thomas, K. G., Thomas, M. R., Virk, A., Wingo, M. T., & Poland, G. A. (2018). Immunization education for internal medicine residents: A cluster-randomized controlled trial. *Vaccine*, *36*(14), 1823–1829. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.02.082>
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R., & Bossen, A. (2017). A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*, *57*(4), 707–718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw047>

Mi Yao, Richard Lehman, KK Cheng, Xue-ying Zhou, Zhi-jie Xu (2019). The effectiveness of training healthcare professionals in communication skills in diabetes and hypertension. *PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews*, CRD42019129696. Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42019129696](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42019129696)

## **APÊNDICE 1 - ESTRUTURA DE BUSCA GERAL**

(train\* OR program\* OR intervention\*) AND (communicat\* OR "relation\* interpersonal\*" OR "professional patient relation\*") AND ("health personnel\*" OR "health profession\*" OR "health provider\*" OR "health provider\*" OR "allied health" OR "health student\*" OR "student\*, health occupation\*" OR resident\*)

**Estratégia adaptada conforme base de pesquisa.**

### **CAPÍTULO III - ARTIGO 3**

#### **Comunicação com o doente em consulta remota: construção de instrumento de avaliação**

## **Comunicação com o doente em consulta remota: construção de instrumento de avaliação**

Thais Titonel Abreu<sup>1</sup>; Isabel Maria Sousa Lopes Silva<sup>2</sup>; Carolina Villa Nova Aguiar<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Doutoranda da Universidade Fernando Pessoa (Porto/ Portugal). <sup>2</sup>Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Fernando Pessoa. <sup>3</sup>Escola de Psicologia. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Bahia/ Brasil).

<sup>1</sup>Autor correspondente: E-mail: thais.abreu@saude.ba.gov.br

### **RESUMO**

Comunicação completa, objetiva, respeitosa e compreensível é imprescindível à segurança da assistência e à realização de intervenção humanizada, embasada em evidência, independentemente da modalidade da consulta. Assim, identificar peculiaridades comunicativas do profissional de saúde, mediante uso de instrumento avaliativo específico e confiável, é fundamental para uma boa prática, porquanto verificaria vulnerabilidades e, assim, direcionaria atividades de melhorias pessoais e institucionais. Como consequência disto, a melhoria na qualidade da assistência à saúde, com impactos sociais positivos. Este trabalho adveio do fato de não se encontrar disponível um instrumento brasileiro avaliativo da comunicação com paciente durante consulta remota, síncrona, por vídeo- interação. Assim, essa tese objetiva elaborar, validar e testar a adequabilidade deste instrumento. Para tanto, realizou-se um estudo de abordagem mista, em 7 etapas sequenciais: elaboração de constructo, propósito, modelo conceitual e hipótese; escolha do método de medida; seleção de itens/ domínios; definição de escala de medida; teste- piloto; teste de campo e estruturação do instrumento final. Cada etapa possuiu objetivo, abordagem, método, análise e apresentação de resultados próprios. Foi definido como constructo comunicação ética, segura, respeitosa e clara do estudante/ profissional de saúde com paciente durante consulta remota, síncrona, por vídeo conferência; como avaliação, os julgamentos pessoais do estudante/ profissional de saúde (autoavaliação), do paciente e do observador; como estrutura conceitual a reflexiva; como modelo, um questionário multidimensional, multi- item, com respostas nominais, dicotômicas. Um questionário piloto (5 dimensões, 33 itens) foi submetido à validação de conteúdo por 42 especialistas. Um questionário reformulado (7 dimensões, 27 itens) prosseguiu para avaliação de campo. Três simulações de consultas remotas, síncronas,

por vídeo conferência, foram disponibilizadas junto ao questionário para recolha de dados. 122 profissionais preencheram o questionário relativamente à primeira simulação; 32, a segunda e 33, a terceira. A análise dos dados incluiu validação de conteúdo, constructo (estrutural), confiabilidade (consistência interna e equivalência) e por fim validade de constructo (teste de hipótese). Os resultados permitiram concluir que o instrumento final possui conteúdo adequado, consistência estrutural, precisão e capacidade de discriminar desempenhos comunicacionais dentro do proposto.

**Palavras-chave:** Avaliação, comunicação, consulta remota, telessaúde, validação

## **ABSTRACT**

Complete, objective, respectful and understandable communication is essential for the safety of the care and for carrying out a humanized intervention, based on evidence, regardless of the type of consultation. Thus, being able to identify communicative peculiarities of the health professional, through the use of a specific and reliable evaluative instrument, is fundamental for a good practice, in order to be able to verify vulnerabilities and, thus, promote personal and institutional improvement. This can result in improvement of the quality of health care, including positive social impacts. The purpose of this work is to fill the gap and make available in Brazil an instrument capable of assessing the quality of the communication with the patient during a remote, synchronous consultation, by video-interaction. For this thesis, an instrument is elaborated, validated and tested for its suitability. A mixed approach was carried out, in 7 stages: elaboration of a construct, conceptual model and hypothesis; choice of measurement method; selection of items/domains; definition of measurement scale; pilot test; field test and structuring of the final instrument. Each stage had its own objective, approach, method, analysis and presentation of results. The ethical, safe, respectful and clear communication of the student or healthcare professional with the patient during a remote, synchronous consultation by video conference was defined as a construct; as assessment, the personal judgments of the healthcare student or professional (self-assessment), the patient and the observer; as a conceptual structure, a reflexive one; as a model, a multidimensional, multi-item questionnaire with nominal, dichotomous responses. A pilot questionnaire (5 dimensions, 33 items) was submitted for content

validation by 42 experts. A reformulated questionnaire (7 dimensions, 27 items) proceeded for field evaluation. Three simulations of remote, synchronous consultations by video conference were made available along with the questionnaire for data collection. 122 professionals completed the questionnaire of the first simulation; 32 the second and 33 the third. Data analysis included content validation, construct (structural), reliability (internal consistency and equivalence) and finally construct validity (hypothesis test). The results allowed us to conclude that the final instrument shows adequate content, structural consistency, precision and the ability to discriminate communicational performances as proposed by the study.

**Keywords:** Assessment, communication, remote consultation, telehealth, validation

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos três anos, no Brasil, a assistência à saúde vem passando por um processo de quebra de paradigmas. Em função da crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), os sistemas de saúde brasileiros tiveram que se adaptar e integrar a tecnologia da informação e comunicação (TIC) de maneira mais acentuada e em suas diversas possibilidades, dentre elas, a consulta remota.

Hoje, é possível verificar um número crescente dessa modalidade de assistência no Brasil. De maneira que a consulta remota passa a ser considerada como um dos “legados inquestionáveis da pandemia” (Schmitz et al., 2021). É de se esperar que, em tempo de cultura digital, esse modelo de assistência permaneça e com aceitação crescente da população.

Com essas alterações sistemáticas no modo de atendimento ao paciente, é possível verificar que essas mudanças afetaram as diversas relações na saúde: profissional de saúde e paciente; profissional de saúde e serviços/ operadoras de saúde; profissionais de saúde e os conselhos profissionais e profissionais de saúde com seus próprios colegas.

No Brasil, essas relações ainda estão se adaptando à nova realidade. Por isso, persiste a falta de nomenclatura comum para as novas formas de se atender ao paciente com uso de TIC além da falta de uma legislação que regule a prática e estabeleça seus parâmetros.

Independentemente dessa circunstância, os padrões normativos e éticos do atendimento presencial devem ser observados na modalidade de consulta remota (Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020). Nomeadamente, a segurança e o atendimento humanizado ao paciente.

A temática da comunicação do profissional de saúde com o paciente é abordada pela literatura científica, que inclusive a reconhece como um fator importante para a adesão do paciente ao tratamento (Burgener, 2017; Guttman et al., 2021; Parker et al., 2021; Ruberton et al., 2016; Stewart, 1995; Vermeir et al., 2015; Zolnierek & Dimatteo, 2009), e pela Organização Mundial de Saúde que a coloca como um fator imprescindível para a sua segurança do paciente (WHO, 2004; 2005).

No Brasil, a Política Nacional de Humanização possui o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a ambiência e a clínica ampliada/ compartilhada como diretrizes. O acolhimento é compreendido como o ato de conhecer a legitimidade e singularidade do que o paciente apresenta como necessidade de saúde. Tem como objetivo a construção de relacionamentos confiáveis, criação de compromisso e vínculo através de uma escuta qualificada às necessidades do paciente. A gestão participativa e cogestão é apresentada como a inclusão do paciente nos processos de análise e decisão no cotidiano das unidades de saúde. Ambiência é expressa como criação de espaços confortáveis, acolhedores, saudáveis, que respeitem a privacidade do paciente. Por fim, a clínica ampliada/ compartilhada é a consideração da singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas, através da qualificação do diálogo. Com essas diretrizes pretende-se possibilitar o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos pacientes (BRASIL, 2004).

Importante destacar que o Brasil também adota um programa de capacitação intitulado “Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento”. Uma de suas ações é o treinamento do profissional de saúde em habilidades do aconselhamento às mães que estão amamentando. Sendo, inclusive, uma proposta de grupos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS, UNICEF, 1997).

A consideração pelas preferências, necessidades, valores e expectativas do paciente corresponde também a um dos pilares da prática baseada em evidências. Sendo

este um método confluyente com o método clínico centrado na pessoa. Este último estabelece que uma base comum entre as perspectivas do profissional de saúde e do paciente favorece um desfecho clínico positivo (Stewart et al., 2017).

A escassez de uma bibliografia específica que aborde especificamente a comunicação interpessoal entre profissional de saúde e paciente durante uma consulta remota, síncrona, por vídeo- interação de maneira sistemática e significativa chama atenção e suscita dúvidas como: com o uso de uma tecnologia intermediando a comunicação interpessoal entre o profissional de saúde e paciente, há como ocorrer um atendimento humanizado, segundo as diretrizes da Política Nacional de Humanização? As estratégias comunicacionais já reconhecidas para a comunicação face a face surtiriam o mesmo efeito? Acaso não, quais fatores mais influenciariam? E esses poderiam ser substituídos por outros? Quais? A consulta remota traria o mesmo grau de adesão ao tratamento de uma consulta presencial?

Evidente é que estabelecer e executar serviços de consulta remota é desafiador politicamente (grupos de interesse podem ganhar ou perder), organizacionalmente (consultoria remota requer trabalho de implementação e novas funções e fluxos de trabalho), economicamente (custos e benefícios são distribuídos de forma desigual pelo sistema), tecnicamente (excelentes necessidades de cuidados links confiáveis e áudio e imagens de alta qualidade), relacionalmente (as interações interpessoais são alteradas) e clinicamente (os pacientes são únicos, alguns exames exigem contato e os profissionais de saúde têm hábitos, disposições e normas profundamente enraizados) (Chen e Li, 2021; Dobson, 2020; Escobar-Curbelo et al., 2021; Frade & Rodrigues, 2013; Greenhalgh, et al., 2021; Mondal & Mondal, 2020). Ainda hoje, muitos desses desafios têm sua dimensão pouco examinada ainda, nomeadamente a relação profissional – paciente. Assim, estabeleceu-se o problema central deste trabalho.

Ao considerarmos a importância da comunicação interpessoal com o paciente como uma prática humanizada, baseada em evidência e com segurança ao paciente, assim como o crescente cenário de realizações de consulta remota e a ausência de instrumentos direcionados para avaliação da comunicação do estudante/profissional de saúde com o paciente durante consulta remota, neste artigo, propusemo-nos apresentar uma nova estrutura - Instrumento de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde

com o paciente durante consulta remota, síncrona, por vídeo interação - construída a partir de uma revisão de literatura e pesquisas.

Assim, os objetivos deste trabalho são: elaborar um instrumento de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente durante consulta remota, síncrona, por vídeo conferência, em português do Brasil e realizar sua avaliação de adequabilidade. Pretendeu-se desenvolver um instrumento com cunho educativo para as diversas profissões de saúde e que possuísse como guia o entendimento de comunicação como um sistema. Explicitamente, que o instrumento considerasse todos os elementos envolvidos no processo comunicativo (o profissional de saúde, o paciente e um observador) e que refletisse como competência comunicativa interpessoal um processo de relação adequada às necessidades dos envolvidos e a situação (Littlejohn, 1988).

Este trabalho é oportuno ao surgir em um momento conturbado em que se está dando uma irrupção de um novo modelo de consulta no Brasil e também é indispensável ao permitir verificar as vulnerabilidades comunicacionais, direcionar atividades educativas para melhorias das habilidades pessoais e políticas institucionais na área.

## **MÉTODO**

### **DELINEAMENTO DO ESTUDO E PRECEITOS ÉTICOS**

Trata-se de um estudo metodológico de abordagem mista, alicerçado em recomendações do *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments* – COSMIN – e da *Cambridge University* (COSMIN, 2022; de Vet et al., 2011).

A aprovação para a realização deste estudo foi cedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Geral Roberto Santos (Brasil, Bahia, Salvador), sob o número CAAE 49617521.9.0000.5028 (Anexo A). Todos os participantes deste estudo assinaram, previamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

## **DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO**

O desenvolvimento do instrumento foi realizado em etapas sequenciais: (1) elaboração do constructo, do propósito, do modelo conceitual e da hipótese; (2) escolha do método de medida; (3) seleção dos itens e identificação de seus domínios; (4) definição da escala de medida; (5) teste- piloto (obtenção da validade de conteúdo); (6) teste de campo e (7) estruturação do instrumento final. Cada uma dessas etapas possuiu seu objetivo, abordagem, método, análise dos dados e apresentação de resultados próprios. Segue a descrição de cada uma dessas etapas na ordem de sua execução.

### **(1) Elaboração do constructo, do propósito, do modelo conceitual e da hipótese**

Nessa etapa, objetivou-se elaborar o constructo, o propósito, o modelo conceitual e a hipótese do instrumento a ser elaborado.

A abordagem utilizada foi qualitativa. O método dessa etapa incluiu: pesquisa bibliográfica, documental, consultas informais a especialistas, discussão de ideias e consenso entre as pesquisadoras. A análise dos dados foi qualitativa.

A pesquisa bibliográfica buscou os termos “comunicação interpessoal”, “relação profissional de saúde -paciente”, “instrumentos de avaliação e comunicação” e “treinamento em comunicação”. Teve como fontes de pesquisa: teses, dissertações, documentos legais e legislações, capítulo de livros e periódicos (científicos e de divulgação científica) divulgados nas principais bases de dados e redes de gestão de informação. A busca foi limitada a materiais publicados nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Não houve limitação de tempo de publicação. Nessa oportunidade, as pesquisadoras realizaram duas revisões sistemáticas que foram incluídas no início dessa tese.

A pesquisa documental ocorreu em sites de conselhos profissionais de saúde do Brasil para estudo do tema “consulta remota”. Objetivou-se analisar as legislações vigentes sobre tal tema.

As consultas informais aos especialistas configuraram-se como uma conversa livre entre a pesquisadora principal e um especialista sobre o tema “comunicação

interpessoal”. Ocorreram por vídeo- conferência (com dia e horário definidos pelo entrevistado) após o aceite do especialista em contribuir com a pesquisa.

Foi considerado como especialista tutores - acadêmicos ou de cursos livres – e investigadores com publicação de livros e/ou artigos nas áreas da comunicação interpessoal. A seleção foi por conveniência.

A consulta informal iniciou-se com a informação sobre a pesquisa, seus objetivos, a importância da contribuição do entrevistado e o tema. Não houve gravação áudio-visual.

A coleta de dados ocorreu por registro livre dos comentários que foram revisados com o especialista ao final da entrevista.

Após a consulta, o material foi organizado por categorias: definição, elementos e características da comunicação interpessoal. Os resultados foram tratados por interpretação e inferências.

Todos os dados coletados até então foram discutidos entre as pesquisadoras para definição do constructo, do propósito, do modelo conceitual e da hipótese.

Para estabelecer o constructo, considerou-se também a população-alvo e o contexto. O propósito foi considerado de acordo com os interesses das pesquisadoras.

Para decidir sobre o modelo que representaria a relação entre os itens e o construto a ser medido, as pesquisadoras realizaram-se a seguinte pergunta (teste de pensamento): espera-se que os itens mudem quando o constructo mudar? Se a resposta fosse que uma mudança no constructo não afetaria todos os itens, o modelo subjacente seria o formativo. Se a mudança no constructo mudasse todos os itens, o modelo subjacente seria reflexivo (de Vet et al, 2011).

Por fim, para elaborar as hipóteses, as pesquisadoras supuseram a relação do constructo com grupos- critério de acordo com as orientações propostas por Vilarinho (2020). Os resultados dessa etapa são apresentados de maneira descritiva.

## **(2) Escolha do método de medida**

Nessa etapa, objetivou-se decidir o método de medida do instrumento.

A abordagem utilizada foi qualitativa. O método dessa etapa incluiu: pesquisa bibliográfica, discussão de ideias e consenso entre as pesquisadoras. A análise dos dados foi qualitativa.

Com esse intuito, as pesquisadoras realizaram revisão sistemática sobre os instrumentos de avaliação da comunicação interpessoal em saúde validados no Brasil. Procedeu-se a reflexão sobre os tipos de instrumentos de medida utilizados no Brasil. Após a discussão de ideias, considerando os achados da referida revisão e os resultados da etapa (1) dessa tese, as autoras chegaram a um consenso sobre o método de medida do instrumento que foi apresentado de maneira descritiva.

## **(3) Seleção dos itens e identificação de seus domínios**

Nessa etapa, objetivou-se selecionar os itens e identificar os domínios do instrumento a ser elaborado.

A abordagem utilizada foi qualitativa. O método dessa etapa incluiu entrevistas a especialistas. A análise dos dados foi qualitativa.

Foram considerados como especialistas profissionais com trabalhos publicados na área da comunicação interpessoal nos últimos cinco anos e/ou tutores de cursos sobre comunicação interpessoal atuantes.

A pesquisadora principal convidou os especialistas por e-mail ou contato telefônico a participarem dessa etapa. Tendo sido aceito este convite, foi agendado um encontro virtual com a pesquisadora principal, segundo dia e horário de conveniência do participante.

Nessa oportunidade, a pesquisadora apresentou informação sobre a pesquisa, seus objetivos, a importância da contribuição do entrevistado e o tema. Não houve gravação áudio- visual.

Para o encontro, com tempo variável, conforme disponibilidade do colaborador, usou-se a seguinte pergunta norteadora: “Em sua opinião, quais comportamentos o estudante/ profissional de saúde deve apresentar para manter uma comunicação segura, ética, clara e respeitosa com o paciente?”.

Os pontos considerados relevantes pela pesquisadora foram registrados e conferidos com o especialista ao final do encontro.

Então, esse material foi analisado em conjunto com os resultados encontrados na etapa (1) por todas as pesquisadoras. E uma nova listagem de itens foi consensuada entre as mesmas. Por fim, os itens foram categorizados em dimensões conforme consenso entre as pesquisadoras.

Para a construção de cada item do questionário piloto, foram considerados como critérios: o item deveria expressar um único comportamento e uma única ideia (critério da simplicidade); o item deveria ser inteligível para o estrato mais baixo da população alvo (estudantes de graduação em saúde do primeiro ano); utilizar frases curtas, com expressões simples, inequívocas, positivas e sem gírias (critério da clareza); a frase deveria ser consistente com o atributo definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo (critério da relevância, pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência); o item deveria possuir termos diferentes (critério da variedade); as frases deveriam evitar a utilização de expressões extremadas (critério da modalidade); as frases deveriam possuir expressões condizentes com o atributo (critério da tipicidade) e o item deveria ser formulado de maneira a não ser ofensivo (critério da credibilidade).

Os critérios referentes ao conjunto dos itens foram: critério da amplitude (o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deveriam cobrir toda a extensão da magnitude desse atributo) e critério do equilíbrio (os itens do mesmo contínuo deveriam cobrir proporcionalmente todos os setores do contínuo).

#### **(4) Definição da escala de medida**

Nessa etapa, objetivou-se definir a escala de medida do instrumento a ser elaborado. A abordagem utilizada foi qualitativa. O método dessa etapa incluiu pesquisa bibliográfica, discussão de ideias e consenso entre as pesquisadoras. A análise dos dados foi qualitativa.

Com esse intuito, as pesquisadoras realizaram revisão sistemática sobre os instrumentos de avaliação da comunicação interpessoal em saúde validados no Brasil. Nessa oportunidade, procedeu-se a reflexão sobre os tipos de escalas de medidas mais utilizados nesses instrumentos.

Após a discussão de ideias, considerando os achados da referida revisão e os resultados das etapas (1) e (2) desta tese, as autoras chegaram a um consenso sobre a escala de medida do instrumento. O resultado foi apresentado de maneira descritiva.

### **(5) Teste- piloto (obtenção da validade de conteúdo)**

O propósito desta etapa foi realizar a validação de conteúdo do instrumento piloto elaborado nas etapas anteriores.

A abordagem utilizada foi mista. O método dessa etapa incluiu pesquisa de campo, discussão de ideias e consenso entre as pesquisadoras. A análise dos dados foi descritiva.

Para isso, as pesquisadoras desenvolveram um questionário online de avaliação dos itens e dimensões do questionário piloto que foi depositado em um aplicativo gratuito de gerenciamento de pesquisas (Google Forms). Este questionário foi composto por questões fechadas (com escala de resposta nominal, dicotômica, do tipo SIM / NÃO) e espaços para a escrita livre de sugestões e comentários.

As questões fechadas incluíram: dados sociodemográficos dos participantes (sexo, profissão, tempo de formação, cursos na área, atuação); cinco questões avaliativas das dimensões sobre sua relevância, clareza, subjetividade, redundância e não inclusão; seis questões avaliativas dos itens sobre sua relevância, clareza, subjetividade, redundância, não inclusão e pertinência a dimensão; cinco questões de avaliação global do instrumento sobre sua extensão, efetividade, aplicabilidade, relevância e abrangência.

Após a elaboração do link de acesso ao questionário de validação, as pesquisadoras procederam com a identificação de experts na área da comunicação interpessoal no Brasil. Foram considerados experts profissionais e/ou pesquisadores que atuam ou pesquisam nas áreas de comunicação interpessoal há pelo menos cinco anos.

Em seguida, as pesquisadoras realizaram contatos telefônicos com esses experts para convidá-los a participar da pesquisa. Nesta oportunidade, deu-se a identificação das pesquisadoras, da pesquisa e dos procedimentos para essa etapa.

Havendo o aceite do convite, o termo de consentimento livre e esclarecido, as orientações, o instrumento inicial e o link de acesso ao questionário online de validação foram enviados aos experts pela pesquisadora principal, pelo e-mail indicado.

Foi dado um prazo de 20 dias para a devolutiva das respostas do questionário online de validação. Para aumentar a possibilidade de devolução das respostas, a pesquisadora principal enviou e-mails de ratificação. Após esse prazo, procedeu-se a análise quanti- qualitativa das respostas recebidas.

Para tratamento dos itens e das dimensões, foram adotados como critérios: avaliação negativa de até 40% das respostas totais, os itens e as dimensões foram considerados adequados e foram mantidos; de 41% a 80%, foram conceituados como inadequados, passíveis de revisão e reformulação; de 81% a 100%, julgados inapropriados e retirados do instrumento.

Em seguida, as pesquisadoras analisaram as sugestões e comentários realizados pelos experts, agrupando os temas e os colocando como pontos de melhoria.

O questionário piloto foi reformulado após consenso entre as pesquisadoras. O novo questionário piloto foi mais uma vez submetido às mesmas avaliações realizadas por novos grupos de experts. Essa etapa foi encerrada somente quando os critérios analisados dos itens e das dimensões demonstraram no mínimo 51% de avaliação positiva e nenhum outro tema novo emergiu entre os comentários e sugestões. A apresentação dos resultados correspondeu a apresentação do instrumento que seguiu para a etapa seguinte e que pode ser encontrado no Anexo 1.

## **(6) Teste de campo**

Nesta etapa, objetivou-se a obtenção de evidências de validade de constructo (tipo estrutural) e confiabilidade (tipos equivalência e consistência interna) do instrumento. A

abordagem utilizada foi quantitativa. O método dessa etapa incluiu pesquisa experimental. A análise dos dados foi descritiva e prescritiva.

Com essa finalidade, as pesquisadoras produziram três gravações de encenações de uma primeira consulta remota simulada, síncrona e por vídeo interação (Apêndice 2). A profissional de saúde foi representada por uma profissional fonoaudióloga, pesquisadora principal dessa tese, com formação em aconselhamento em amamentação, do sexo feminino, 41 anos de idade. A paciente foi simulada por uma atriz realizando o papel de uma mãe com 30 anos de idade, classe socioeconômica média, com queixas de baixa produção de leite materno, dificuldade em amamentar, mamadas noturnas frequentes, perda de peso ponderal de filho e conflitos familiares. O caso foi configurado como uma busca livre pela consulta realizada pela paciente e com agendamento prévio. Os três Vídeos (V1, V2, V3) diferenciavam-se no cenário de fundo do local onde se encontrava a profissional, na vestimenta da mesma (incluindo uso de acessórios e maquiagem), no posicionamento corporal, no desempenho comunicativo da profissional de saúde e na duração somente. Seguem descrições sobre os Vídeos.

No V1: imagem sacra, livros empilhados organizadamente, vaso de flores grandes e outros objetos apareciam no cenário de fundo do consultório. A vestimenta da profissional era roupa sem decotes, com estampas grandes de uma única cor; relógio, brincos e colar grandes; maquiagem neutra. Foi possível visualizar totalmente a face e parcialmente o tronco e membros superiores da profissional. O desempenho comunicativo da profissional foi considerado pelas pesquisadoras como tendo um grau intermediário (comunicação pouco segura, ética, clara e pouco respeitosa). Tempo de duração: 7 minutos e 50 segundos. Espera-se que as respostas aos itens sejam distribuídas entre as duas categorias “SIM” e “NÃO”.

No V2: imagem sacra, livros empilhados desorganizadamente, luz de fundo forte, visualização de um outro cômodo apareciam no cenário de fundo do consultório. A vestimenta da profissional era roupa sem decotes, bastante colorida; relógio grande e maquiagem forte. Foi possível visualizar parcialmente a face, tronco e membros superiores da profissional que também mascava chicletes. O desempenho comunicativo da profissional foi considerado pelas pesquisadoras como tendo um grau baixo (comunicação insegura, sem ética, pouco clara e desrespeitosa). Tempo de duração: 7

minutos e 30 segundos. Espera-se que as respostas aos itens sejam predominantes para a categoria “NÃO”.

No V3: não havia objetos no cenário de fundo do consultório. A vestimenta da profissional era sem decotes, unicolor; relógio, brincos e colar discretos; maquiagem neutra. Foi possível visualizar totalmente a face, o tronco e membros superiores da profissional. O desempenho comunicativo da profissional foi considerado pelas pesquisadoras como tendo um grau bom (comunicação segura, ética, clara e respeitosa). Tempo de duração: 14 minutos. Espera-se que as respostas aos itens sejam predominantes para a categoria “SIM”.

As gravações das encenações foram realizadas com o uso de serviço de conferência remota gratuita (Zoom Video Communications), de maneira que era possível visualizar as duas janelas (da profissional e da paciente) concomitantemente.

Identificação da pesquisa e da pesquisadora, solicitação de dados sociodemográficas (pais e estado de moradia, formação, experiência com consulta virtual, realização de cursos em comunicação interpessoal), TCLE, informação sobre procedimentos de preenchimento dos questionários, os três vídeos e o questionário de avaliação da comunicação do profissional foram pousados em uma plataforma web de gerenciamento de pesquisas, coleta de informações, uso de questionários e formulário de registro (InfoGo).

Essa plataforma gerou um link específico e exclusivo para essa pesquisa. Este mesmo link foi divulgado em redes sociais, aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e em sites dos conselhos regionais e federais de diferentes categorias de saúde no Brasil. O critério de encerramento de divulgação/ disponibilização do link foi a quantidade de respostas obtidas (pretendeu-se alcançar 100 respostas no mínimo) ou três meses após a primeira divulgação. O que ocorresse primeiro.

A plataforma utilizada capturava somente os dados sociodemográficos e as respostas aos questionários, armazenando-os em tabela Excell, que poderiam ser consultados pelas pesquisadoras a qualquer tempo.

Após preencher os dados sociodemográficos e aceitar o TCLE, os participantes tinham acesso aos vídeos separadamente na ordem V1, V2 e V3. Após assistir a cada

vídeo ou durante sua exibição, o participante poderia responder ao questionário de avaliação da comunicação do profissional. A visualização dos vídeos e o preenchimento dos questionários eram independentes, podendo ser realizados em tempos distintos.

Após atender a algum critério de encerramento de divulgação/ disponibilização do link, a pesquisadora obteve os dados capturados e procedeu a obtenção de evidências de validade de constructo (tipo estrutural), confiabilidade (tipos equivalência e consistência interna) e porcentagem de acordo entre os juízes. A apresentação dos resultados foi descritiva e com uso de gráficos e tabelas.

### ***Procedimentos de Análise de Dados***

#### ***Evidência de validade de constructo tipo estrutural***

Foram avaliados o número de dimensões por meio da *Exploratory Graph Analysis*. A *Exploratory Graph Analysis* (EGA) é um método desenvolvido para estimar o número de dimensões em dados multivariados usando modelos de rede não direcionados (Golino & Epskamp, 2017). EGA primeiro aplica um método de estimativa de rede seguido por um algoritmo de detecção de comunidade para redes ponderadas. EGA é tão preciso ou mais preciso do que os métodos analíticos de fator mais tradicionais, como a análise paralela (Golino et al., 2020).

Este estudo aplicou o *graphical least absolute shrinkage and selection operator* (GLASSO), que estima um modelo gráfico gaussiano (GGM) em que os nós representam variáveis e as arestas representam a dependência condicional (ou correlações parciais) entre os nós dados todos os outros nós da rede. O LASSO usa um parâmetro chamado lambda ( $\lambda$ ), que controla a dispersão da rede. Valores menores de  $\lambda$  removem menos arestas, aumentando a possibilidade de inclusão de correlações espúrias, enquanto valores maiores de  $\lambda$  removem mais arestas, aumentando a possibilidade de remoção de arestas relevantes. Neste estudo, a razão do  $\lambda$  mínimo e máximo foi definida como 0,1.

A abordagem popular na literatura de psicometria de rede consiste em calcular modelos através de vários valores de  $\lambda$  e selecionar o modelo que minimiza o extended Bayesian information criterion (EBIC). A seleção do modelo EBIC usa um

hiperparâmetro gama ( $\gamma$ ) para controlar o quanto ele prefere modelos mais simples (ou seja, modelos com menos arestas). Valores maiores de  $\gamma$  levam a modelos mais simples, enquanto valores menores de  $\gamma$  levam a modelos mais densos. Neste estudo,  $\gamma$  foi definido como 0,5.

Walktrap é um algoritmo de detecção de comunidade comumente aplicado na literatura de redes psicométricas (Golino & Epskamp, 2017; Golino et al., 2020). O algoritmo começa calculando uma matriz de transição onde cada elemento representa a probabilidade de um nó atravessar para outro (com base na força do nó ou a soma das conexões para cada nó). Caminhadas aleatórias são então iniciadas para um certo número de etapas usando a matriz de transição para destinos prováveis. Usando a abordagem de agrupamento aglomerativo de Ward (Ward, 1963), cada nó começa como seu próprio cluster e se funde com clusters adjacentes (com base nas distâncias quadradas entre cada cluster) de uma forma que minimiza a soma das distâncias quadradas entre outros clusters. A modularidade (Newman, 2006) é então usada para determinar a partição ideal de clusters (ou seja, comunidades).

Para verificar a unidimensionalidade, usamos a abordagem do algoritmo Leading Eigenvector (Newman, 2006), que foi aplicada à matriz de correlação de ordem zero. O algoritmo é baseado nas propriedades espectrais da rede usando o autovetor do primeiro autovalor da matriz de modularidade para determinar as estruturas de comunidade ideais. O algoritmo começa computando o primeiro autovetor da matriz de modularidade e então divide a rede em duas comunidades com o objetivo de melhorar a modularidade. Este processo se desdobra iterativamente até que não haja mais melhorias na modularidade. Se o algoritmo retornar uma dimensão, o resultado será unidimensional; caso contrário, o procedimento EGA padrão é seguido.

O Bootstrap Exploratory Graph Analysis (bootEGA) é um método desenvolvido recentemente para estimar e avaliar a estrutura dimensional estimada usando EGA. A abordagem geral do bootEGA é gerar um número  $X$  de amostras de bootstrap e aplicar EGA a cada amostra replicada, formando uma distribuição de amostragem de resultados de EGA. O procedimento paramétrico foi implementado neste estudo. O resultado é uma distribuição de amostragem de redes EGA. A partir dessa distribuição amostral, várias estatísticas podem ser obtidas. Estatísticas descritivas, número médio de dimensões, intervalos de confiança de 95% em torno da média e o número de vezes que um certo

número de dimensões se replica foram obtidos. Além disso, uma estrutura de rede média (ou típica) foi estimada calculando o valor médio de cada aresta nas redes replicadas, resultando em uma única rede. Essa rede representa a estrutura de rede “típica” da distribuição de amostragem. O algoritmo de detecção de comunidade foi então aplicado, resultando em dimensões que seriam esperadas para uma rede típica da distribuição de amostragem EGA.

Para avaliar a estabilidade das dimensões estimadas do EGA, a consistência estrutural ou a proporção de vezes que cada dimensão derivada empiricamente (ou seja, o resultado do EGA inicial) foi recuperada exatamente (ou seja, composição de item idêntica) das amostras de bootstrap replicadas foi calculada. A consistência estrutural é definida como a medida em que uma dimensão é inter-relacionada (consistência interna) e homogênea (homogeneidade do teste) na presença de outras dimensões relacionadas (Christensen, Golino & Silvia, 2020). Tal medida fornece uma abordagem alternativa, mas complementar, para medidas de consistência interna na estrutura de análise fatorial. Com base na simulação de Christensen e Golino (2021), valores de estabilidade do item  $\geq 0,75$  são considerados aceitáveis. Por extensão, valores de consistência estrutural de  $\geq 0,75$  são considerados aceitáveis. O EGA foi aplicado usando o pacote EGAnet (versão 1.0.0; Golino & Christensen, 2021) em software estatístico livre R (versão 4.1.3; R Core Team, 2021).

### ***Evidência de confiabilidade tipo consistência interna***

Em seguida, foram feitas análises de confiabilidade, do tipo consistência interna, por meio do coeficiente de Kuder- Richardson - KR20 (Kuder & Richardson, 1937) para cada fator resultante da última EGA, por meio do software estatístico Livre R (versão 4.1.3; R Core Team, 2021), pacote validate R (versão 0.1.0) (Desjardins, 2022). Neste estudo, o coeficiente de confiabilidade KR20 foi classificado como de confiabilidade baixa ( $KR20 < 0,50$ ), moderada ( $0,50 \leq KR20 < 0,8$ ) e alta ( $KR20 \geq 0,80$ ) (Tan, 2009) sendo que com valores acima de 0,70, o teste foi considerado confiável (Brown, 2011).

### ***Evidência de confiabilidade tipo equivalência e porcentagem de acordo entre juízes***

A proporção de concordância devido ao acaso foi calculada com o uso do Kappa de Fleiss (Crocker & Algina, 2009; Fonseca et al., 2007) por fatores (1, 2 e 3) e por categorias de respostas (“SIM”, “NÃO” e “NÃO SE APLICA”) para o questionário com

11 itens, apontado pela última EGA, para o Vídeo 1. A interpretação dos resultados para esse coeficiente foi: concordância insignificante ( $Kappa \text{ de Fleiss} < 0,00$ ); leve ( $0,00 \leq Kappa \text{ de Fleiss} \leq 0,20$ ); razoável ( $0,21 \leq Kappa \text{ de Fleiss} \leq 0,40$ ), moderado ( $0,41 \leq Kappa \text{ de Fleiss} \leq 0,60$ ), forte ( $0,61 \leq Kappa \text{ de Fleiss} \leq 0,80$ ) e quase perfeito ( $0,81 \leq Kappa \text{ de Fleiss} \leq 1,00$ ) (Vilarinho et al., 2020). A hipótese nula corresponde à concordância aleatória entre os juízes. E para ser confirmada a condição  $p \geq 0,05$  deve ser atendida. Para este cálculo foi utilizado o software estatístico Livre R (versão 4.1.3; R Core Team, 2021), pacote irr (versão 0.84.1).

Outrossim, a porcentagem de acordo entre juízes também foi calculada. O valor percentual foi calculado por fatores (1, 2 e 3) e por categorias de respostas para o questionário com 11 itens, apontado pela última EGA, para os Vídeos 1, 2 e 3. O cálculo foi realizado utilizando a técnica de porcentagem de concordância absoluta (Graham et al., 2012). Neste caso, o valor de 75% de porcentagem de concordância foi considerado o mínimo aceitável e valores maiores ou iguais a 90% foram considerados altos (Stemler, 2004). Para este cálculo foi utilizado um editor de planilhas.

### ***Evidência de validade de constructo (teste de hipótese)***

O objetivo desta etapa foi verificar se o questionário discrimina diferentes tipos de comunicação. Com esse propósito, foi utilizada a estratégia de validação de constructo pela técnica de análise por hipótese através de experimentação (Pasquali, 2013).

Foi admitido que haveria diferença entre as médias de respostas para a categoria “SIM” e “NÃO” dos Vídeos 1, 2 e 3. Para o Vídeo 1, esperou-se que não ocorresse uma predominância significativa de nenhuma das médias. Para o Vídeo 2, supôs-se verificar uma predominância da média para a categoria “NÃO”. Por fim, para o Vídeo 3, conjecturou-se primazia da média para a categoria “SIM”.

Assim, foram realizadas ANOVAS de uma via para a junção dos fatores surgidos na última EGA com intuito de buscar diferenças entre os Vídeos 1, 2 e 3.

Os dados foram analisados no software JASP Team (2022), versão 0.16.1. E os resultados foram representados em tabela.

## **(7) Estruturação do instrumento final**

O propósito desta etapa foi apresentar o instrumento na sua versão final, com as três fichas (ficha do observador, ficha do estudante/ profissional de saúde e ficha do paciente), considerando-se: título, instruções, itens e seus domínios e escalas de medida.

## **RESULTADOS**

### **(1). Elaboração do constructo, do propósito, do modelo conceitual e da hipótese**

#### ***Definição do constructo***

Definiu-se como constructo comunicação ética, segura, respeitosa e clara do estudante/ profissional de saúde com o paciente durante consulta remota, síncrona, por videoconferência. Para as pesquisadoras a comunicação ética corresponde àquela que atende aos princípios de responsabilidade na execução das atividades profissionais, obedecendo às legislações próprias da profissão. Comunicação segura refere-se à interação por meio de informações objetivas e completas que desenvolvem a confiança do outro, proporcionando um ambiente favorável a trocas sinceras, honestas, sem receios. Comunicação respeitosa é a que ocorre com consideração pelo momento do outro e sem julgamentos aos sentimentos, crenças e pensamentos do outro. Comunicação clara é aquela que permite que o receptor da mensagem compreenda a informação exatamente como pretendia o emissor. Define-se consulta remota como a assistência em saúde mediada por tecnologia da informação e comunicação (TIC) em que o estudante/ profissional de saúde e o paciente encontram-se em espaços físicos diferentes. Compreende avaliação subjetiva, objetiva, diagnóstico, proposta terapêutica, solicitação de exames complementares, orientações e planejamento do cuidado. Síncrona expressa a assistência onde a informação é compartilhada em tempo real, simultaneamente. Por vídeo interação remete-se ao uso de mídias audiovisuais como TIC.

#### ***Propósito***

Definiu-se como propósito do instrumento a discriminação. O instrumento deveria ser capaz de discriminar se o estudante/ profissional de saúde estaria mais próximo de uma comunicação ética, segura, respeitosa e clara ou não; quando da sua relação com o paciente durante consulta remota, síncrona, por videoconferência. Portanto, o objetivo do

instrumento não seria fornecer certezas sobre a comunicação, mas chamar a atenção para possíveis pontos de melhorias no processo de interação com o paciente para que haja mais segurança da assistência e realização de uma intervenção mais humanizada e embasada em evidência.

### ***Modelo conceitual***

O modelo adotado para a relação entre os itens e o construto a ser medido foi o reflexivo, ou seja, o constructo se manifesta nos itens (de Vet et al, 2011).

### ***Hipóteses***

Foi suposto que haveria diferenças de respostas dos respondentes entre diferentes manifestações comunicativas dos estudantes/ profissionais de saúde. De maneira que quanto mais respostas do tipo “SIM”, mais o estudante/ profissional de saúde se aproxima de uma comunicação ética, segura, respeitosa e clara do estudante/ profissional de saúde na sua relação com o paciente; quanto mais respostas do tipo “NÃO”, mais ele se afasta desse tipo de comunicação.

## **(2) Escolha do método de medida**

Estudos prévios realizados pelas autoras sobre a fundamentação da comunicação humana revelaram que essa é atividade complexa, constituída por diferentes domínios (Freixo, 2012; Thayer, 1976). A revisão realizada pelas pesquisadoras sobre os instrumentos de avaliação da comunicação validados no Brasil demonstrou que esses instrumentos são multi-itens com diversas dimensões. Assim, as pesquisadoras optaram por desenvolver um método de medida por uso de questionário multi-itens com múltiplas dimensões. Destaca-se que os autores optaram por uma avaliação que permitisse julgamentos pessoais tanto do estudante/ profissional de saúde quanto do paciente e do observador (representado por colega(s) ou treinador). Com essa finalidade, foram elaborados três questionários de mesmo teor, com distinção no uso dos pronomes pessoais de tratamento conforme o respondente e com o acréscimo de uma pergunta global no questionário do paciente. Este tipo de avaliação baseou-se na fundamentação e na versão do *Gap-Kalamazoo communication skills assessment* que foi adaptado e validado para o português do Brasil (Amaral, 2016).

### (3) Seleção dos itens e identificação de seus domínios

Inicialmente, pensou-se em um instrumento com 5 dimensões e 33 itens. (Quadro 2 e Apêndice 3). Este seguiu para a avaliação dos especialistas – Etapa (5).

#### Quadro 2

Quadro dos domínios e número de itens do instrumento inicial

DOMÍNIOS	Nº DE ÍTENS
Iniciar laço terapêutico	8
Realizar entrevista e agendamento	8
Informar e motivar o paciente à adesão terapêutica	6
Propor plano terapêutico compartilhado	6
Encerrar consulta	5
<b>Total = 5</b>	<b>Total = 33</b>

### (4) Definição da escala de medida

O propósito final do instrumento é o de discriminar a ocorrência ou não de uma comunicação ética, segura, respeitosa e clara. Desta maneira, as pesquisadoras optaram por expressar a resposta a um único item em nível nominal composta por três categorias: “SIM”, “NÃO”, “NÃO SE APLICA”. A resposta “SIM” significa que o estudante/profissional de saúde demonstrou um comportamento indicativo de uma comunicação ética, segura, respeitosa e clara. O inverso acontecendo para a opção “NÃO”. A categoria “NÃO SE APLICA” refere-se ao julgamento de que o comportamento não era previsto de acontecer no contexto de avaliação da consulta. Por exemplo, quando a consulta for de retorno, o comportamento de apresentar-se ao paciente já não se aplica a esse contexto. Cada “SIM” marcaria um ponto. As outras duas categorias não possuem pontuação. A escolha da categoria de resposta deveria ocorrer segundo o julgamento se o

comportamento descrito predominou durante toda a consulta, ou seja, em pelo menos 51% do tempo de interação com o paciente. Portanto, a soma da pontuação transmite informações sobre o comportamento comunicativo do estudante/ profissional de saúde. Quanto mais respostas “SIM”, mais o estudante/ profissional de saúde estaria próximo de uma comunicação ética, segura, respeitosa e clara com o paciente.

### **(5) Teste- piloto (obtenção da validade de conteúdo)**

Foram realizados 32 convites, com 29 (90,63%) aceites. Dos 29 especialistas que aceitaram participar da pesquisa, 13 (44,82%) responderam ao questionário de validação dentro do prazo de tempo. A maior parte dos especialistas eram do sexo feminino (84,6%) e residiam em duas regiões brasileiras (nordeste e sudeste).

Ainda, 2 especialistas eram da área de comunicação, 3 eram psicólogas, 6 eram médicos, 1 era terapeuta ocupacional e 1 era enfermeira, de diferentes estados brasileiros.

Dois especialistas (um na área de comunicação e um na área da medicina) realizaram contato telefônico e solicitaram reunião virtual com a pesquisadora principal para interação mais direta e pessoal sobre o conteúdo e uso do questionário.

Todos os especialistas possuíam no mínimo 5 anos de formação acadêmica, a maior parte (61,5%) estava atuando na área há mais de 31 anos. E 69,2 % tinham realizado algum curso em comunicação interpessoal.

Todas as dimensões foram avaliadas como relevantes, claras, objetivas, necessárias e sem necessidade de novas inclusões. Todos os itens foram considerados relevantes, abrangentes (com exceção dos itens da dimensão 5), claras, com subjetividade na dimensão 1, não redundantes e sem necessidade de novas inclusões. A análise geral do instrumento revelou que o mesmo é suficiente em extensão, com objetividade em sua função, relevante e com abrangência temática.

Ocorreram sugestões e comentários por parte dos especialistas para embasar suas respostas e sugerir melhorias. Foram identificados dois pontos principais de aperfeiçoamentos no questionário inicial: (1) quando agrupados por dimensões do processo da consulta, os itens ficam repetitivos e também capazes de induzir ao

respondente a ideia de avaliar o conteúdo da mensagem ao invés do comportamento do profissional, sendo que o conteúdo da mensagem e sua qualificação - verdadeira, neutra ou falsa - não são objetivos do questionário e (2) foram usados termos ou expressões gerais (“franqueza”, “empatia”, “firmeza”, linguagem verbal ou não verbal apropriadas” etc), não traduzidos em forma de comportamento observável, o que causou subjetividade no item, com interpretações divergentes.

Assim, as pesquisadoras realizaram modificações nos itens, dimensões e tipos de respostas do instrumento inicial. Essa ação resultou em um novo modelo de questionário, com 7 dimensões e 27 itens (Quadro 3). E, portanto, nova rodada de validação foi realizada como um novo grupo de experts..

### Quadro 3

Quadro dos domínios e número de itens do instrumento após primeira rodada de validação de conteúdo

DOMÍNIOS	Nº DE ÍTENS
Características emocionais dos profissionais de saúde	3
Habilidade em dar e receber feedback	2
Características da linguagem verbal do profissional de saúde	6
Características da linguagem não-verbal do profissional de saúde	3
Cuidados do profissional de saúde com canal, redundância e estruturação da comunicação	7
Habilidades técnicas de comunicação do profissional de saúde	4
Avaliação geral da comunicação do profissional de saúde	2
Total = 7	Total = 27

Dessa vez, vinte e nove profissionais de saúde, distribuídos em nove categorias profissionais, incluindo técnicos de enfermagem e residentes, concordaram em participar da pesquisa. Desses, 8 eram enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem, 1 terapeuta ocupacional, 3 assistentes sociais, 4 psicólogos, 3 fisioterapeutas, 2 residentes em medicina, 1 nutricionista, 2 fonoaudiólogas. Todos do sexo feminino. E 14 realizaram algum curso que abordava o tema comunicação interpessoal.

A maior parte das respostas dos especialistas demonstrou que as dimensões do instrumento são relevantes, claras, objetivas, não redundantes e completas. Quanto à análise dos itens do instrumento, a maior parte das respostas dos especialistas apontaram para itens relevantes em sua totalidade, abrangentes à respectiva dimensão, claros, objetivos, não redundantes e sem itens não contemplados. Quanto à avaliação global do questionário, este foi considerado com extensão adequada, objetivo em sua função, relevante e abrangente na sua temática. Os especialistas contribuíram com sugestões de melhorias para as dimensões e itens.

As pesquisadoras realizaram ajustes finos de alguns termos julgados como pouco objetivos. Como mais de 51% das avaliações foram positivas e nenhum outro tema novo emergiu entre os comentários e sugestões, essa etapa foi encerrada. O questionário a ser avaliado em campo manteve os 27 itens distribuídos em 7 dimensões (Apêndice 4).

## **(6) Teste de campo**

O Vídeo 1 e seu respectivo questionário foram analisados por 122 participantes. Dos quais: 113 (92,62%) eram estudantes ou profissionais de alguma área da saúde e 9 (7,38%) atuavam somente com educação na área de saúde. Dois participantes que atuavam na área de saúde também trabalhavam na educação. Dos 122 participantes, 55 (45,08%) realizavam consultas virtuais e desses, 16 (29,1%) possuíam alguma formação em comunicação interpessoal. Ainda, do total, 38 (31,15%) participantes tinham realizado algum curso na área da comunicação interpessoal.

Trinte e dois participantes do Vídeo 1 responderam ao questionário respectivo ao Vídeo 2. Dos quais: 28 (87,5%) eram estudantes ou profissionais de alguma área da saúde e 4 (12,5%) atuavam somente com educação na área de saúde; 16 (50,0 %) realizavam consultas virtuais e desses, 6 (37,5%) possuía alguma formação em comunicação

interpessoal. Ainda, do total, 14 (43,75%) participantes tinham realizado algum curso na área da comunicação interpessoal.

**Tabela 1**

*Valores absolutos e frequências de respostas por categorias para os três vídeos*

	Vídeo 1 (n=122)			Vídeo 2 (n=32)			Vídeo 3 (n=33)		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
<b>% GERAL</b>	<b>62,51</b>	<b>31,72</b>	<b>5,77</b>	<b>19,33</b>	<b>77,43</b>	<b>3,24</b>	<b>95,51</b>	<b>3,25</b>	<b>1,24</b>
<b>ITEM</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
1	56	65	1	26	6	0	33	0	0
2	97	25	0	0	32	0	3	0	0
3	89	31	2	4	28	0	30	3	0
4	77	44	1	0	32	0	33	0	0
5	61	60	1	5	26	1	33	0	0
6	110	12	0	13	19	0	33	0	0
7	91	27	4	5	23	4	27	5	1
8	85	27	10	3	25	4	27	4	2
9	79	42	1	1	31	0	33	0	0
10	117	3	2	12	20	0	33	0	0
11	113	9	0	5	27	0	33	0	0
12	113	8	1	1	31	0	33	0	0
13	117	4	1	15	17	0	33	0	0
14	41	9	72	16	14	2	30	1	2
15	61	5	56	10	13	9	27	1	5
16	105	17	0	6	25	1	33	0	0
17	57	51	14	2	28	2	31	2	0
18	51	56	15	2	29	1	32	1	0
19	70	48	4	0	31	1	33	0	0
20	64	57	1	0	32	0	32	0	1
21	96	22	4	11	18	3	33	0	0
22	108	14	0	10	22	0	33	0	0
23	70	52	0	5	27	0	33	0	0
24	8	114	0	0	32	0	30	3	0
25	104	18	0	15	17	0	33	0	0
26	4	118	0	0	32	0	24	9	0
27	15	107	0	0	32	0	33	0	0

Legenda: S = SIM, N = NÃO, NA = NÃO SE APLICA.

Resultados com os maiores valores foram destacados na cor cinza.

Trinta e três participantes responderam a todos os questionários, ou seja, responderam também ao Vídeo 3. Desses, 29 (87,9%) eram estudantes ou profissionais de alguma área da saúde e 4 (12,12%) atuavam somente com educação na área de saúde; 16 (48,48 %) realizavam consultas virtuais e desses, 6 (37,5%) possuía alguma formação em comunicação interpessoal. Ainda, do total, 15 (45,45%) participantes tinham realizado algum curso na área da comunicação interpessoal.

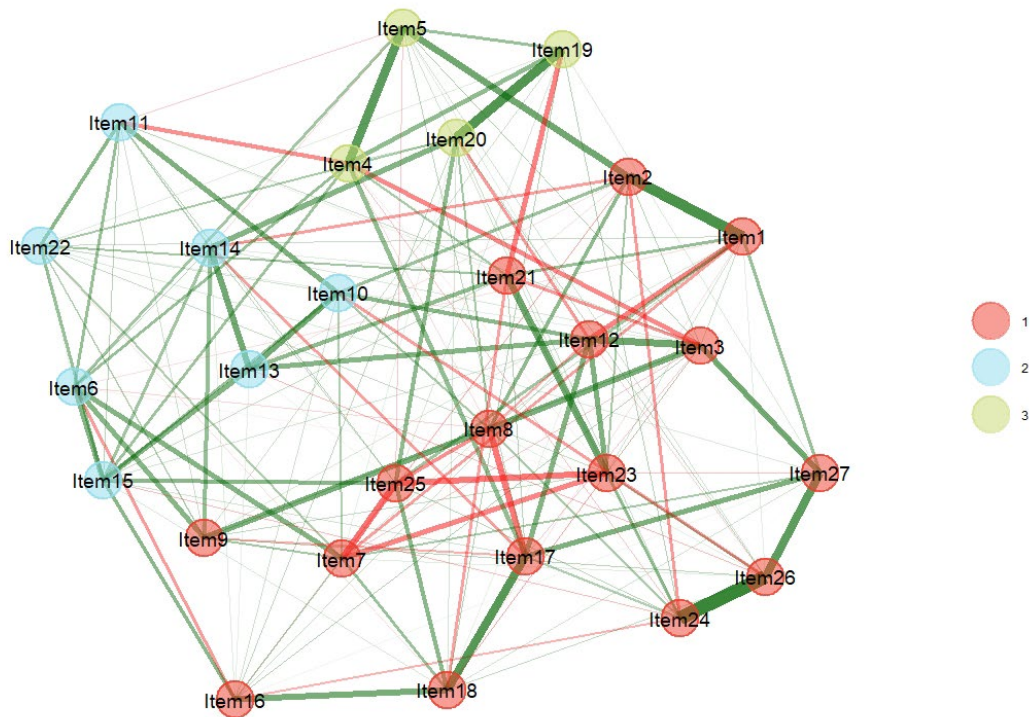
Os valores absolutos e as frequências de respostas por categorias de respostas para os itens dos três vídeos podem ser observados na Tabela 1. O Vídeo 1 apresentou uma frequência maior para a categoria de resposta “SIM” (62,51%); o Vídeo 2, para “NÃO” (77,43%) e o Vídeo 3 para “SIM” (95,51%). As diferenças percentuais entre as respostas “SIM” e “NÃO” foram de 30,79%; 58,10% e 92,26% para os Vídeos 1, 2 e 3 respectivamente.

#### ***Evidência de validade de constructo tipo estrutural***

Inicialmente, foi realizada uma EGA para os 27 itens. A partir da Figura 1, vemos a extração de três fatores (representados por meio da cor). Contudo, o Item 25 e Item 26 não fazem sentido teórico ao se agrupar na sua respectiva dimensão. Isso se torna mais claro ao realizar a análise de bootstrap, onde vemos que esta estrutura é pouco estável (Média de Dimensões = 4, Erro padrão das dimensões = 0,81, Intervalo de Confiança Inferior = 1,58, Intervalo de Confiança Superior = 5,58), além de três dimensões replicar apenas 287 vezes em 1000 simulações de dados. Sendo assim, foi refeita a análise retirando esses dois itens.

**Figura 1**

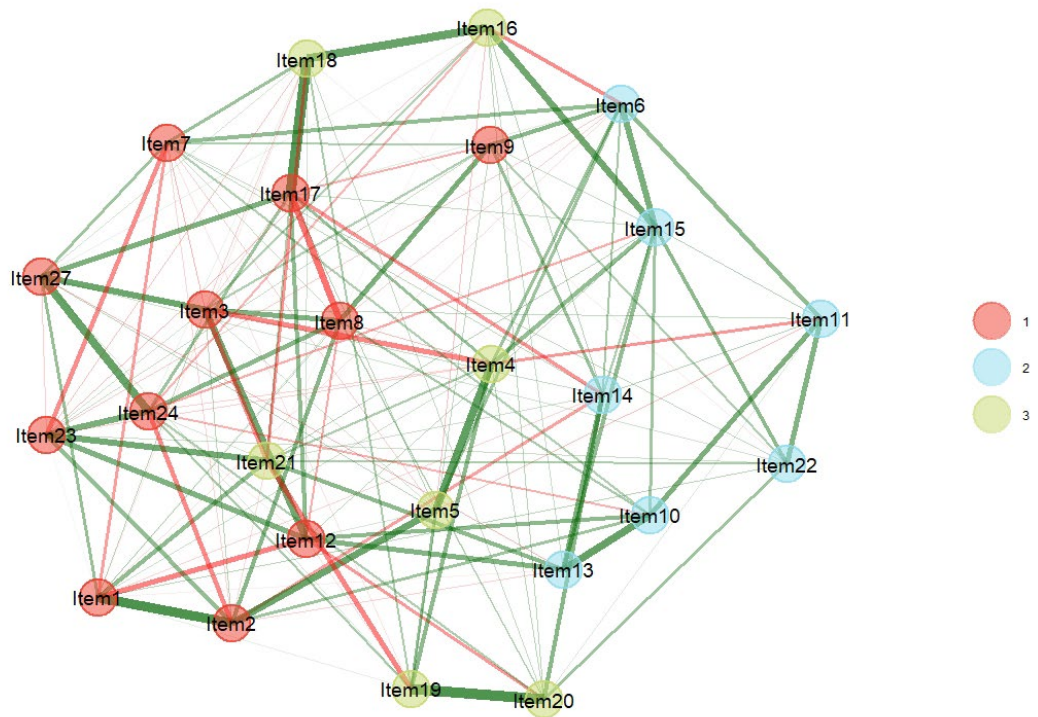
*Exploratory Graph Analysis dos 27 itens*



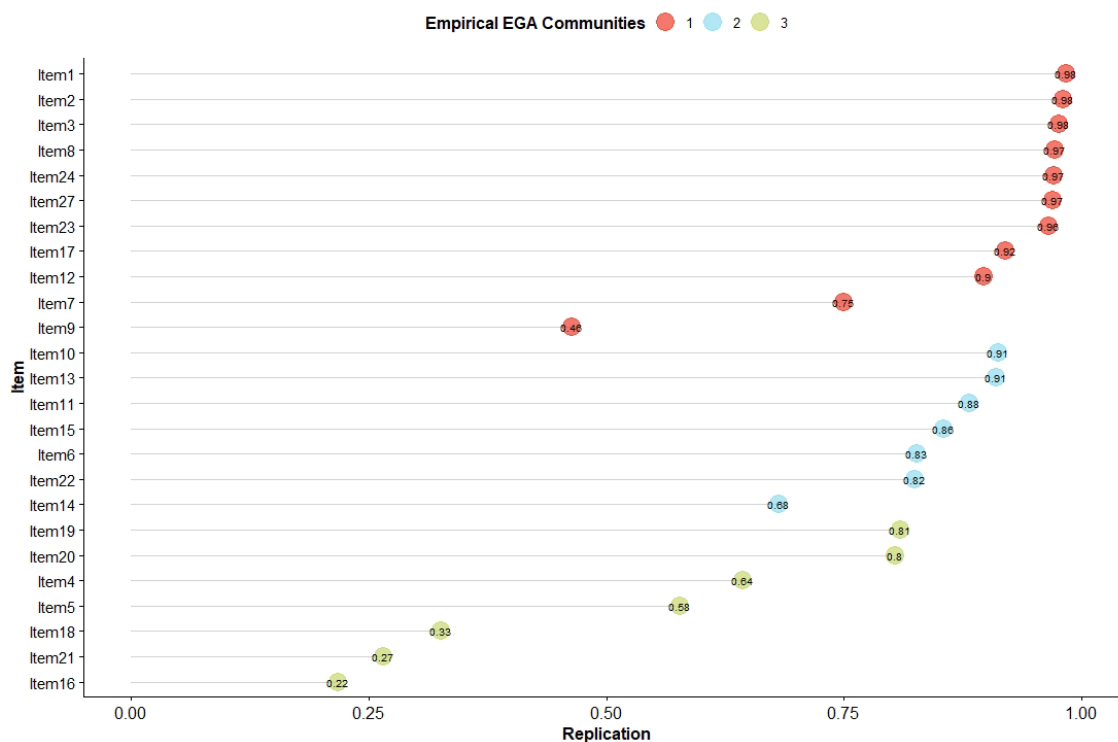
A nova EGA (sem os Item 25 e Item 26) continuou apresentando uma estrutura de 3 fatores (Figura 2). A análise de bootstrap apresentou uma estrutura mais estável que a anterior (Média de Dimensões = 3, Erro padrão das dimensões = 0,75, Intervalo de Confiança Inferior = 1,52, Intervalo de Confiança Superior = 4,47). A análise de estabilidade do item (Figura 3) apontou que os itens Item 8, Item 14, Item 4, Item 5, Item 18, Item 21, Item 7 e Item 16 replicaram menos de 75% das vezes em suas devidas dimensões. Com isso, foi necessário retirar esses itens para uma nova análise do EGA.

**Figura 2**

*Exploratory Graph Analysis dos 25 itens*



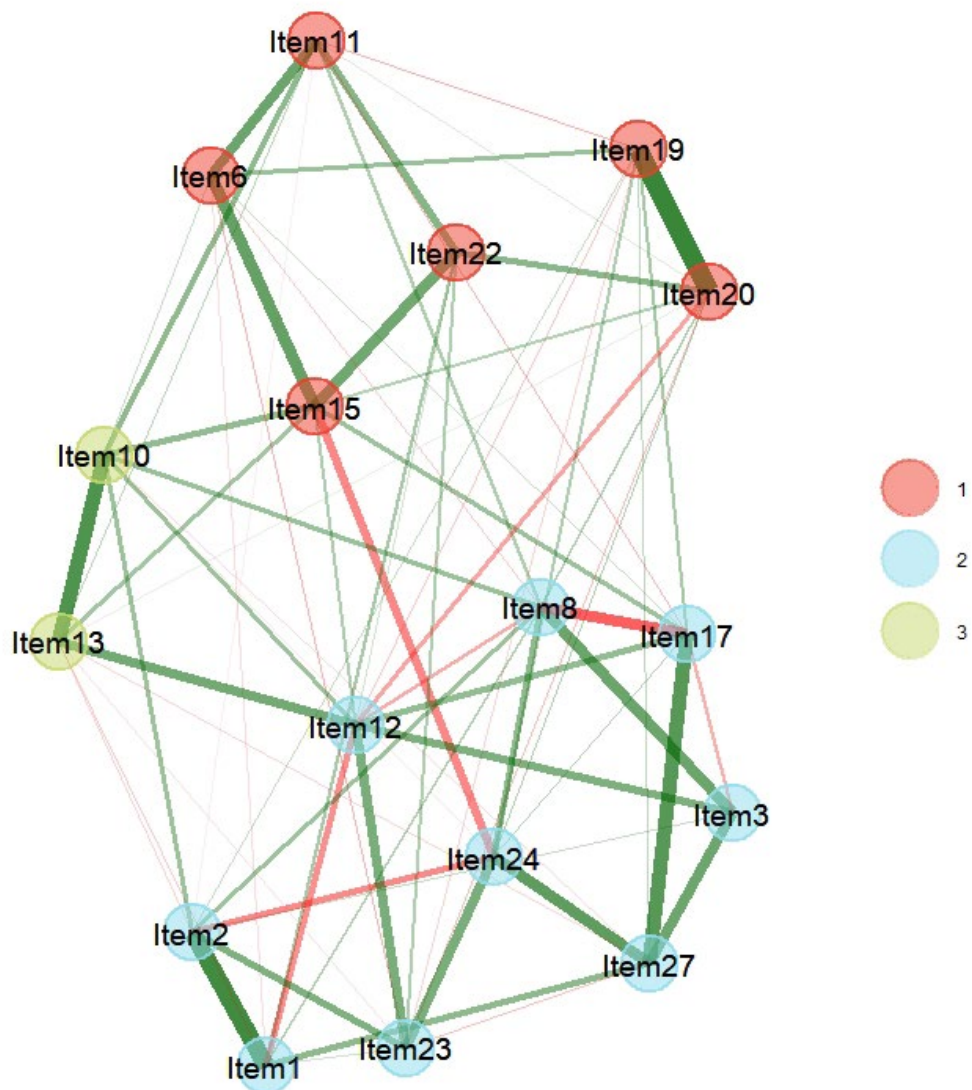
**Figura 3** - Estabilidade do Item na versão de 25 itens



A terceira EGA continuou apresentando uma estrutura de 3 fatores (Figura 4). A análise de bootstrap apresentou uma estrutura mais estável que a anterior (Média de Dimensões = 3, Erro padrão das dimensões = 0,67, Intervalo de Confiança Inferior = 1,68, Intervalo de Confiança Superior = 4,32), além de replicar 637 vezes em 1000 simulações de dados. A análise de estabilidade do item (Figura 5) apontou que os itens Item 22, Item 6, Item 11, Item 15, Item 1, e Item 2 replicaram menos de 75% das vezes em suas devidas dimensões. Com isso, foi necessário retirar esses itens para uma nova análise do EGA.

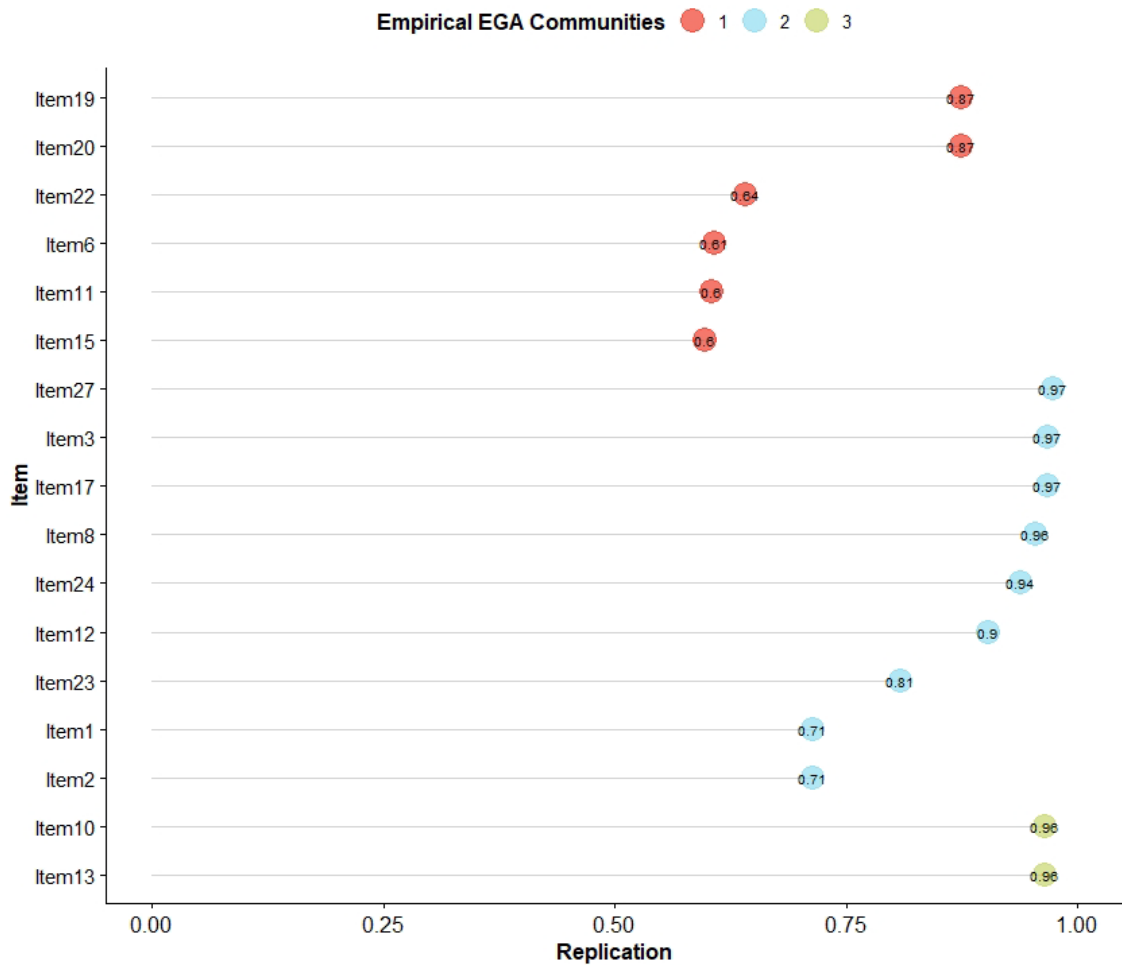
**Figura 4**

*Exploratory Graph Analysis dos 17 itens*



**Figura 5**

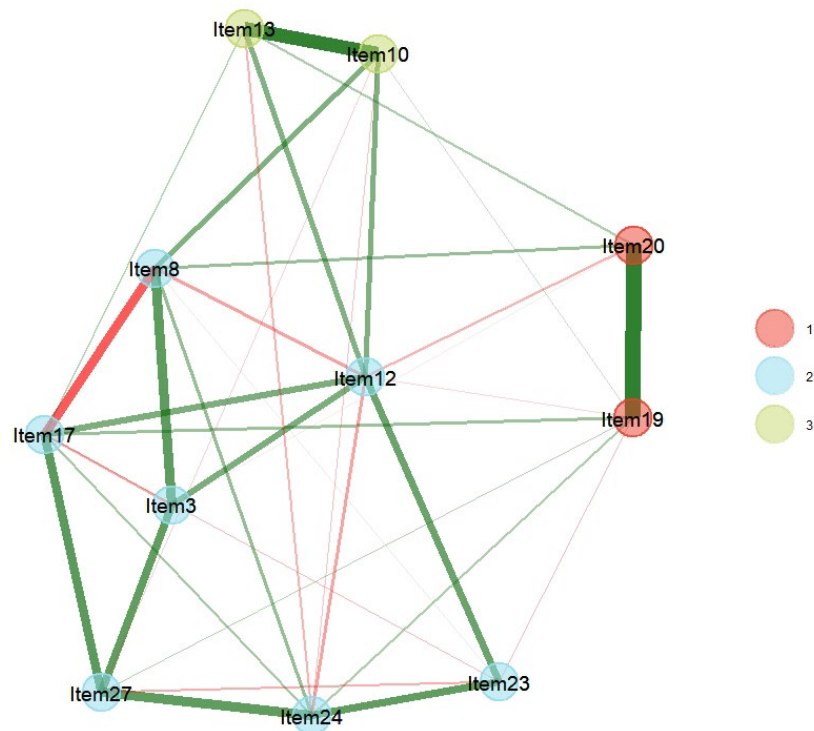
*Estabilidade do Item na versão de 17 itens*



A quarta EGA continuou apresentando uma estrutura de 3 fatores (Figura 6). A análise de bootstrap apresentou uma estrutura muito estável (Média de Dimensões = 3, Erro padrão das dimensões = 0,13, Intervalo de Confiança Inferior = 2,74, Intervalo de Confiança Superior = 3,26), além de replicar 982 vezes em 1000 simulações de dados. A análise de estabilidade do item (Figura 7) apontou que todos os itens replicaram de 99% a 100% das vezes em suas devidas dimensões. As cargas de redes podem ser encontradas na Tabela 2.

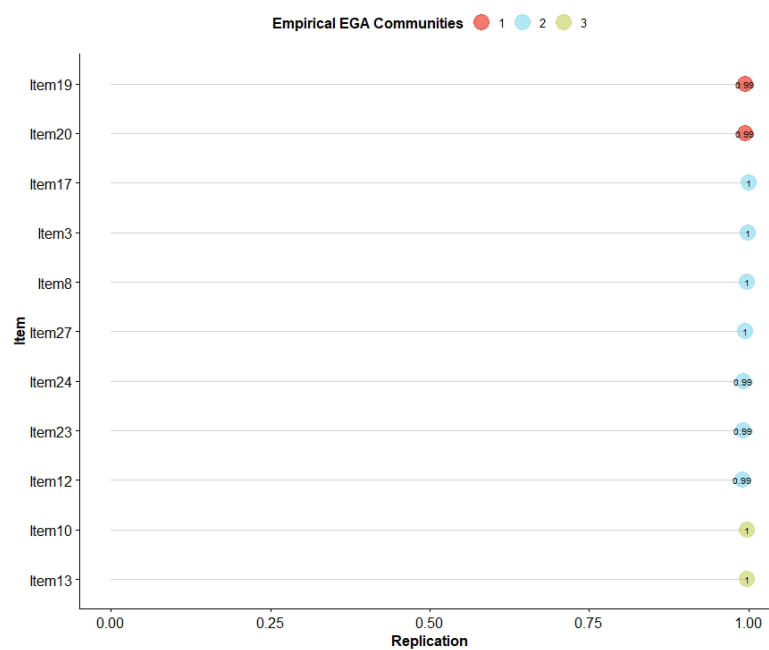
**Figura 6**

*Exploratory Graph Analysis dos 11 itens*



**Figura 7**

*Estabilidade do Item na versão de 11 itens*



**Tabela 2***Cargas de Redes para o Instrumento Versão 11 Itens*

	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>	<b>Fator 3</b>
Item19	<b>0,454</b>	0,142	0,024
Item20	<b>0,454</b>	-0,086	0,063
Item17	0,101	<b>0,458</b>	0,06
Item27	0,054	<b>0,403</b>	-0,034
Item24	0,076	<b>0,393</b>	-0,096
Item12	-0,086	<b>0,376</b>	0,309*
Item3	-0,009	<b>0,375</b>	0
Item8	0,109	<b>0,359</b>	0,163*
Item23	-0,056	<b>0,297</b>	0
Item10	0,025	0,189*	<b>0,413</b>
Item13	0,066	0,135	<b>0,413</b>

*Nota.* Em negrito, a carga fatorial de cada fator. \* representa carga cruzada.

Ao final destas análises, os domínios foram renomeados e o questionário passou a possuir 3 dimensões e 11 itens: a primeira e terceira dimensões com 2 itens cada e a segunda dimensão com 7 itens (Quadro 4).

**Quadro 4**

Quadro das dimensões do instrumento após validade de constructo

<b>N</b>	<b>DIMENSÕES</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
1	<b>Dimensão interpessoal</b>	Apresentam comportamentos do profissional de saúde que demonstram interesse em encontrar soluções para as dificuldades relatadas pelo paciente de maneira cooperativa e corresponsável.
2	<b>Dimensão intrapessoal</b>	Apresentam comportamentos do profissional de saúde que demonstram preocupação com o bem-estar do paciente, incluindo ambiente seguro.
3	<b>Dimensão técnica</b>	Apresentam comportamentos verbais e não verbais do profissional de saúde que demonstram preocupação em facilitar a recepção e entendimento da mensagem transmitida.

***Evidência de confiabilidade tipo consistência interna***

A análise de confiabilidade por meio do KR20 para cada fator resultante da última EGA foi de: Fator 1 (KR20 = 0,78), Fator 2 (KR20 = 0,50), Fator 3 (KR20 = 0,80). Estes valores de KR20 foram interpretados respectivamente como: grau de confiabilidade moderado (confiável), moderado (confiável) e alto.

Evidência de confiabilidade tipo equivalência e porcentagem de concordância entre juízes Os valores resultantes e suas interpretações para o índice de concordância Kappa de Fleiss, p- valor e porcentagem de concordância por fatores e categorias de respostas para o Vídeo 1 (11 itens, 122 respondentes) podem ser encontrados nas Tabelas 3 e 4.

***Evidência de confiabilidade tipo equivalência e porcentagem de concordância entre juízes***

Os valores resultantes e suas interpretações para o índice de concordância Kappa de Fleiss, p- valor e porcentagem de concordância por fatores e categorias de respostas para o Vídeo 1 (11 itens, 122 respondentes) podem ser encontrados nas Tabelas 3 e 4.

**Tabela 3**

*Valores e interpretações para Kappa de Fleiss, p- valor e porcentagem de concordância por fatores e categorias de respostas para o Vídeo 1 (11 itens, 122 respondentes)*

	<b>Total de Itens</b>	<b>Kappa de Fleiss</b>	<b>p</b>	<b>% de concordância (SIM)</b>	<b>% de concordância (NÃO)</b>
<b>1</b>	2	-0,0041 (I)	0,597 (CA)	55% (RUIM)	43,03% (RUIM)
<b>2</b>	7	0,34 (R)	<0,001 (CNA)	50,47% (RUIM)	47,42% (RUIM)
<b>3</b>	2	-0,0078 (I)	0,247 (CA)	95,90% (EXCELENTE)	2,87% (RUIM)

Legenda: (I) = insignificante; (R) = razoável; (CA) = concordância aleatória; (CNA) = concordância não aleatória.

**Tabela 4**

*Valores e interpretações de Kappa de Fleiss, p- valor e porcentagem de concordância por categorias de respostas para o Vídeo 1 (11 itens, 122 respondentes)*

<b>Categoria de resposta</b>	<b>Kappa de Fleiss</b>	<b>p</b>	<b>% de concordância</b>
<b>SIM</b>	0,34 (R)	<0,001 (CNA)	59,54 (RUIM)
<b>NÃO</b>	0,37 (R)	<0,001 (CNA)	38,52 (RUIM)
<b>NÃO SE APLICA</b>	0,054 (L)	<0,001 (CNA)	1,94 (RUIM)

Legenda: (R) = razoável; (L) = leve; (CNA) = concordância não aleatória.

Os valores resultantes e suas interpretações para porcentagem de concordância por fatores e categorias de respostas para os Vídeos 2 e 3 (11 itens; 32 e 33 respondentes respectivamente) podem ser encontrados nas Tabelas 5, 6 e 7.

**Tabela 5**

*Valores e interpretações de porcentagem de concordância por fatores e categorias de respostas para o Vídeo 2 (11 itens, 32 respondentes)*

<b>Fator</b>	<b>Total de Itens</b>	<b>% de concordância (SIM)</b>	<b>% de concordância (NÃO)</b>
<b>1</b>	2	0 (RUIM)	98,43 (EXCELENTE)
<b>2</b>	7	5,80 (RUIM)	93,30 (EXCELENTE)
<b>3</b>	2	42,19 (RUIM)	57,81 (RUIM)

**Tabela 6**

*Valores e interpretações de porcentagem de concordância por fatores e categorias de respostas para o Vídeo 3 (11 itens, 33 respondentes)*

<b>Fator</b>	<b>Total de Itens</b>	<b>% de concordância (SIM)</b>	<b>% de concordância (NÃO)</b>
<b>1</b>	2	98,48 (EXCELENTE)	0 (RUIM)
<b>2</b>	7	96,54 (EXCELENTE)	3,46 (RUIM)
<b>3</b>	2	100 (EXCELENTE)	0 (RUIM)

**Tabela 7**

*Valores e interpretações de percentagem de concordância (%) por categorias de respostas para os Vídeos 2 e 3 (11 itens)*

<b>Categoria de resposta</b>	<b>VÍDEO 2 (n=32)</b>	<b>VÍDEO 3 (n= 33)</b>
<b>SIM</b>	11,36 (RUIM)	97,52 (EXCELENTE)
<b>NÃO</b>	87,78 (BOM)	2,20 (RUIM)
<b>NÃO SE APLICA</b>	0,86 (RUIM)	0,28 (RUIM)

***Evidência de validade de constructo (teste de hipótese)***

Foi feito uma ANOVA de uma via para verificar diferenças entre o escore geral para os vídeos Q1, Q2 e Q3. Encontrou-se que, para o escore geral, houve diferença significativa entre os vídeos ( $F(2, 184) = 279,356, p < 0,001, \eta^2_{parcial} = 0,752$ ). Além disso, as comparações post-hoc com correção Bonferroni (Tabela 8, Figura 8) mostraram que as pessoas marcavam “SIM” mais em Q1 do que em Q2, mais em Q3 do que em Q1 e mais em Q3 do que em Q2.

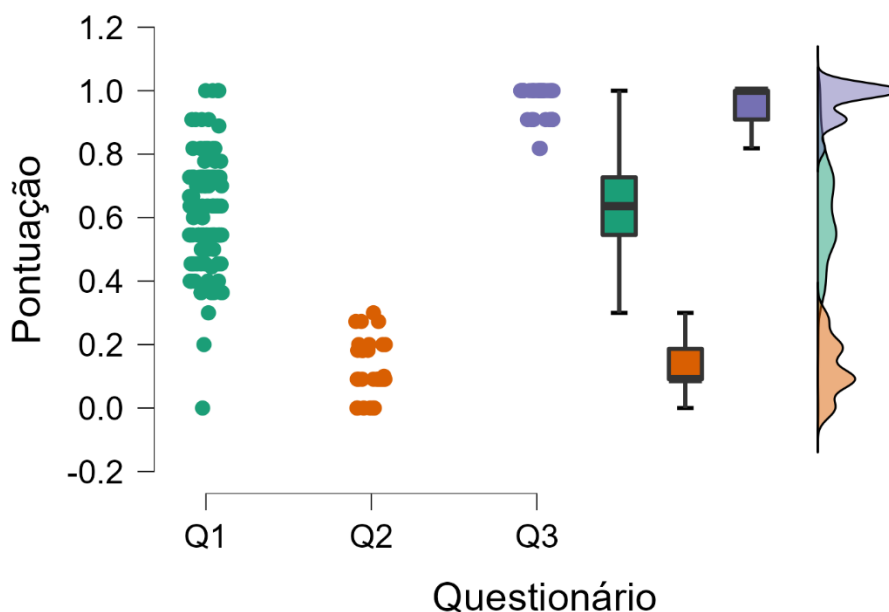
**Tabela 8**

*Comparações Post-Hoc com correção Bonferroni*

		<b>Diferença de Médias</b>	<b>EP</b>	<b>t</b>	<b>p<sub>bonf</sub></b>
Q1	Q2	0,490	0,029	17,067	< 0,001
	Q3	-0,352	0,028	-12,397	< 0,001
Q2	Q3	-0,841	0,036	-23,468	< 0,001

**Figura 8**

*Raincloud Plot das diferenças entre questionários*



### (7) Estruturação do instrumento final

O questionário final, intitulado “Avaliação da comunicação do estudante/profissional de saúde com o paciente durante consulta remota, síncrona, por vídeo- conferência”, consta de 11 itens, 3 perguntas abertas e 3 dimensões (Apêndice 4). Ainda, é composto por três fichas de avaliação, de mesmo teor, com distinção no uso dos pronomes pessoais de tratamento conforme o respondente. Assim, o instrumento elaborado possibilita julgamentos pessoais de todos os envolvidos no processo comunicativo (estudante/ profissional de saúde – autoavaliação; paciente e observador que pode ser representado por colega(s) ou tutor. Desta maneira, pode-se afirmar que o instrumento final se configura como uma avaliação de 360 graus. O objetivo é que todos os envolvidos no processo discutam seus julgamentos pessoais sobre a interação observada, possibilitando uma avaliação mais abrangente, amenizando o viés de uma autoavaliação subestimada ou supervalorizada.

Para responder a qualquer uma das fichas, deve-se escolher uma única opção entre “SIM”, “NÃO” e “NÃO SE APLICA”. A escolha da categoria de resposta deve ocorrer segundo o julgamento pessoal de cada um sobre se houve predomínio do comportamento comunicativo do estudante/ profissional de saúde descrito no item ou não. Entendeu-se

por predomínio o comportamento que ocorreu na maior parte do tempo da consulta, ou seja, em pelo menos 51% do tempo de interação do estudante/ profissional de saúde com o paciente. As perguntas abertas apresentadas ao final do questionário devem ser preenchidas de maneira espontânea para auxiliar na reflexão da avaliação realizada.

A categoria de resposta “SIM” significa que o estudante/ profissional de saúde demonstrou o comportamento descrito no item de maneira predominante. O inverso acontecendo para a opção “NÃO”. Ou seja, o estudante/ profissional de saúde ou não demonstrou aquele comportamento ou ele não ocorreu de maneira predominante. A categoria “NÃO SE APLICA” refere-se ao julgamento de que o comportamento não era previsto de acontecer no contexto de avaliação da consulta. Por exemplo, quando a consulta for de retorno, o comportamento de apresentar-se ao paciente já não se aplica a esse contexto. Cada “SIM” marcaria um ponto. As outras duas categorias não possuem pontuação. Portanto, a soma da pontuação final transmite informações sobre o comportamento comunicativo do estudante/ profissional de saúde. Quanto mais respostas “SIM”, mais o estudante/ profissional de saúde estaria próximo de uma comunicação ética, segura, respeitosa e clara com o paciente. E quanto mais respostas do tipo “NÃO”, mais ele se afastaria desse tipo de comunicação.

O instrumento final, com suas fichas de avaliações, pode ser encontrado no Apêndice 5.

## **DISCUSSÃO**

### **Definição da escala de medida**

Com base no interesse inicial das autoras em criar um instrumento para discriminar se ocorre ou não uma comunicação ética, segura, respeitosa e clara, algumas diretrizes foram seguidas.

Primeiramente, foi escolhida uma escala simples e de fácil compreensão, buscando obter respostas simples e diretas. Isso foi feito para simplificar o uso do instrumento e permitir uma análise rápida e direta dos dados coletados, facilitando a discussão dos resultados entre os avaliadores em uma avaliação de 360°.

Além disso, foi adotada uma escala que permitisse o registro rápido e eficiente das respostas, economizando tempo e recursos. A escolha de uma escala com respostas mais padronizadas e menos sujeitas a interpretações subjetivas também foi feita, visando minimizar ambiguidades e inconsistências nos dados coletados.

Por fim, a escala foi projetada para focar em aspectos-chave que ajudassem a identificá-los de forma clara. Isso foi feito para garantir que os principais elementos da comunicação ética, segura, respeitosa e clara fossem identificados de maneira inequívoca.

É importante salientar que estudos anteriores mostraram a utilização tanto das escalas Likert quanto das nominais em instrumentos de avaliação da comunicação, contudo não foram encontradas evidências de que uma escala fosse superior a outra para a medida pretendida. Estudos futuros poderão elucidar melhor este ponto.

### **Validade de conteúdo**

Na pesquisa de identificação dos elementos formadores do constructo, observou-se que o contexto pretendido - “consulta remota, síncrona, por vídeo- interação” - ainda não apresenta teorias, estudos epistemológicos e modelos detalhados ou reconhecidos na literatura clássica e atual.

Assim é que, na revisão realizada previamente sobre instrumentos de avaliação da comunicação do profissional de saúde com o paciente, não foram encontradas ferramentas de avaliação do constructo em estudo.

Soma-se a este cenário, a dificuldade na busca e na comparação do conhecimento científico devido à falta de um consenso terminológico para a assistência em saúde mediada por tecnologia da informação e comunicação (Sood et al., 2007).

A escolha pela expressão “consulta remota” ocorreu por este ser um descritor apresentado nos Descritores em Ciências da Saúde, possuindo uma definição semelhante a do Medical Subject Headings, e por atender as expectativas das pesquisadoras. Esse termo foi julgado como neutro, podendo ser utilizado para qualquer categoria profissional.

Para além da escassa literatura sobre o constructo, destaca-se a incipiência da consulta remota para todas as categorias de saúde no Brasil, com exceção da Psicologia. Neste país, a regulamentação da consulta remota ocorreu em 2020, em caráter emergencial, devido a pandemia de Covid-19 (Lei nº 13.989/20). Havendo ainda necessidade de normatização sobre seus parâmetros de atendimento. Para isso, aguarda-se aprovação de um projeto de lei datada de 2020 (PL nº 1998, de 2020). A Psicologia, no Brasil, já havia normatizado a consulta remota desde 2012 (resolução nº 11/2012 do CFP).

Isto posto, as pesquisadoras consideraram o constructo como recém-desenvolvido, ou seja, sem teorias e definições detalhadas. De modo que, realizaram a identificação dos elementos formadores do constructo embasadas nas teorias clássicas da comunicação interpessoal, nas experiências próprias e nas de colaboradores em consulta remota. Deste modo, assumiram a possibilidade de elaboração de hipóteses e evidências fracas.

Em relação a consulta aos experts, constatou-se que existiu uma dificuldade em identificar comportamentos não verbais associados a termos qualitativos como empatia, sinceridade, franqueza, interessado, receptivo etc. Outro impasse ocorreu sobre como saber se determinado comportamento caracterizaria a comunicação do estudante/profissional de saúde como um todo. Também ocorreu a sugestão de diminuir itens repetidos dentro das categorias.

Como adequações, as pesquisadoras concordaram em utilizar as seguintes estratégias: evitar o uso de termos que nomeiam sentimentos ou ações, preferindo a descrição dos comportamentos observáveis associados aos “termos emocionais”; os itens deveriam aparecer em dimensões especificadas em relação ao processo comunicativo e não ao da consulta; como o que qualifica o tipo de comunicação no geral é a predominância de algum comportamento, este foi quantificado quanto sua predominância (apareceu em mais da metade do tempo da consulta).

A falta de reconhecimento dos sentimentos com a necessidade de descrevê-los em termos práticos demonstra uma dificuldade em nomear e reconhecer esses sentimentos. Embora, já existam literaturas específicas e fundamentadas sobre as emoções humanas e sua linguagem (Ekman, 2011; Matschnig, 2014; Weil, Tompakow, 2014).

Outro aspecto interessante dessa seara é que os instrumentos de avaliação da comunicação relatados na revisão deste trabalho e o curso de Aconselhamento em Amamentação (OMS, UNICEF, 1993) não discriminam as emoções em seus termos comportamentais observáveis. E não há relatos na literatura que aborde essa dificuldade com esses instrumentos ou com as orientações do referido curso.

Quanto a organização dos itens em dimensões que expressavam momentos da consulta, foi observado que independentemente do período da consulta, o comportamento comunicativo deveria ocorrer de maneira transversal, ou seja, ocorrer durante todo o atendimento. Com esta reflexão, as autoras optaram por dimensionar o instrumento em termos dos elementos da comunicação segundo as teorias clássicas da comunicação interpessoal (Freixo, 2012 e Thayer, 1976).

Outro ajuste realizado no questionário foi em sua instrução. Inicialmente, havia-se pensado em somente discriminar se o comportamento havia ocorrido ou não. De forma geral, os instrumentos de avaliação da comunicação presentes na revisão são apresentados em termos de checklist também. Os questionamentos sobre esse aspecto proporcionaram a reflexão de que a predominância de um determinado comportamento comunicativo daria a qualificação global da comunicação. Assim, as pesquisadoras optaram por modificar a instrução do questionário para “Julgue se o comportamento descrito do profissional ocorreu no mínimo em 50% do tempo da consulta”. Não foram encontrados instrumentos que apresentassem instruções semelhantes em termos de predominância comportamental.

É possível o questionamento sobre como saber se houve predominância, supondo-se a necessidade de quantificar cada um dos comportamentos. Todavia, essa quantificação “maior parte do tempo” passa por uma noção global, ou seja, pelo impacto geral causado a quem assiste (observador) e a quem sofre o processo (paciente) e não por um sentido literal ou exato.

Apesar das limitações para o embasamento da elaboração dos itens, pode-se afirmar que a análise teórica dos itens pelo comitê de experts demonstrou que os itens do instrumento final são relevantes, abrangentes, claros, objetivos. Também que o questionário é efetivo, de fácil aplicação, relevante, abrangente e com extensão modesta, com quantidade de itens compatível a outros instrumentos de avaliação

da comunicação. Ou seja, o conteúdo do instrumento final é um reflexo adequado do constructo a ser medido.

### **Validade de constructo – tipo estrutural**

O método EGA opera tão bem quanto as melhores técnicas de análise fatorial. E ainda apresenta vantagens sobre esses: os pesquisadores podem interpretar imediatamente quais itens pertencem a qual fator por meio do gráfico de rede codificado por cores; não precisam decifrar uma matriz de carga fatorial e é uma abordagem de etapa única, não solicitando fases de verificação de fatores. Isto reduz o grau de liberdade do pesquisador além de suprimir grande parte do potencial de viés e erros (Golino et al., 2020).

Para que os escores do instrumento fossem um reflexo adequado da dimensionalidade do constructo em estudo, o instrumento piloto precisou ser reelaborado. Dos 27 itens iniciais, 16 foram removidos e as 7 dimensões iniciais foram adequadas para 3.

Os resultados da última EGA, representados nas Figuras 6 e 7, mostram estas três dimensões para o instrumento, que podem ser interpretadas da seguinte forma: a representada por nós azuis, reflete a dimensão intrapessoal, composta por itens que representam comportamentos que buscam o bem-estar do paciente, constituindo-se este como o interesse central da consulta; a representada por nós vermelhos refere-se à dimensão interpessoal, composta por itens que descrevem comportamentos que demonstram interesse em encontrar soluções para as dificuldades apresentadas pelo paciente de maneira cooperativa e corresponsável e a representada por nós verdes representam a dimensão técnica, composta por itens que representam comportamentos verbais e não verbais com o intuito de facilitar a recepção e o entendimento da mensagem transmitida.

Na revisão sistemática realizada pelas autoras sobre instrumentos de avaliação da comunicação validados no Brasil, encontrou-se um número de itens entre 10 e 34; domínios diversos, refletindo características da comunicação ou do comunicador. Os resultados encontrados nesta pesquisa estão de acordo com a literatura nesse quesito.

Destaca-se que não foram calculadas validades de constructo tipo estrutural para os Vídeos 2 e 3 por não possuírem o mínimo de 50 pessoas para uma análise mais confiável (de Vet et al., 2011).

Assim, o questionário final, com consistência estrutural mais confiável (consistência interna e homogeneidade), foi composto por 11 itens e 3 dimensões.

Como o coeficiente de correlação sofre influência da quantidade de itens que integram o domínio, estudos futuros necessitarão descrever o constructo com o máximo de detalhes possível de acordo com os avanços na área.

### **Confiabilidade – tipo consistência interna**

A situação para o estudo da confiabilidade se assemelhou à situação em que o instrumento de medida poderá ser usado: um mesmo grupo de avaliadores assistindo a uma encenação em uma única ocasião. Assim, a variação dos resultados pode ter sido devido aos avaliadores.

Nesse estudo, adotou-se o tamanho mínimo de 50 respondentes (de Vet et al, 2011). Como o estudo foi disponibilizado por meio eletrônico - em redes sociais e aplicativo de mensagens instantâneas para smartphones – e com apoio de diferentes conselhos profissionais, as pesquisadoras supuseram que 50 seria um número mínimo aceitável. Contudo, este número de participantes para o número de itens do questionário é muito discutível. Abordagens mais permissivas sugerem que deveria ter sido avaliado, pelo menos, 135 pessoas e as abordagens mais exigentes 270.

Contudo, observou-se que ocorreu uma baixa adesão à análise dos Vídeos 2 e 3. Várias hipóteses foram levantadas: pessoas já estavam saturadas de acessarem mais um link em um período onde a realidade virtual ficou exacerbada; devido à suspeita de golpes cibernéticos em acessar um link de fonte desconhecida, mesmo quando com identificação dos responsáveis; desmotivação; não compreensão da atividade no sentido da necessidade da continuidade das avaliações até o Vídeo 3; não compreensão no uso da plataforma ou por sentirem-se pouco confortáveis com questões relacionadas com e-comunicação.

Um número restrito de respondentes restringiu a análise da confiabilidade a somente o Vídeo 1. Não permitindo avaliação dos Vídeos 2 e 3 e suas comparações.

Outra limitação a ser considerada foi a impossibilidade de comparação dos resultados encontrados com outros instrumentos similares. Na literatura, não foram encontrados valores comparativos de instrumentos construídos e validados para o uso em consulta remota.

A projeção do cenário da assistência à saúde no Brasil prevê que cada vez mais ocorram consultas remotas. Para além disso, a idealização deste questionário é a sua utilização no campo da educação. Portanto, futuramente, análises mais robustas e comparativas poderão ser realizadas.

Não obstante essas limitações, o instrumento (versão 11 itens) apresentou homogeneidade, ou seja, os itens produzem resultados semelhantes ao medir o mesmo constructo dentro de seu domínio. Pode-se afirmar que o instrumento é preciso para cada domínio.

### **Evidência de confiabilidade tipo equivalência e porcentagem de acordo entre juízes**

A proporção de concordância devido ao acaso e o grau em que os avaliadores forneceram uma classificação idêntica para a mesma situação observável foram calculadas. A porcentagem de acordo é mais importante quando precisa-se decidir com base em um limiar de pontuação ou quando pretende-se informar os resultados de uma avaliação com o intuito de fornecer feedback (Matos, 2014).

Além disso, considerando-se que não há parâmetros de erro de medição para variáveis categóricas, sendo sugerido ser examinado o percentual das medidas classificadas nas mesmas categorias. Um outro ponto relevante é que os valores kappa são influenciados pela distribuição dos marginais, pelo número de classes e por diferenças sistemáticas entre os avaliadores, de modo que o valor kappa por si só não é muito informativo (de Vet et al., 2011).

As interpretações para o índice de concordância Kappa de Fleiss, p-valor e porcentagem de concordância por fatores e categorias de respostas para o Vídeo 1 (Tabelas 1, 1 e 1) permitem concluir que os resultados de avaliação para cenários onde o estudante/ profissional de saúde possui um grau de desempenho intermediário entre uma

comunicação ética, segura, respeitosa e clara e uma comunicação contrária a essa são inconclusivos, não havendo concordâncias entre os observadores. Isto se reflete na observação de não haver predominância de uma categoria de resposta. Pode-se observar que as concordâncias entre os juízes foram ou razoável ou insignificante, dadas ao acaso, para o Vídeo 1, onde também a porcentagem de acordo foi ruim no questionário como um todo. Este resultado era o previsto para o Vídeo 1 que apresentou uma comunicação do profissional com desempenho intermediário.

O mesmo não ocorre com as análises das respostas para os Vídeos 2 e 3. Representados por uma comunicação pouco ética, segura, respeitosa ou clara e por uma comunicação com esses valores respectivamente. Assim é que se pode perceber porcentagem de acordo entre os juízes no nível bom para a resposta “NÃO” que ancora a ausência de comportamentos sugestivos de uma comunicação mais adequada com o paciente. Da mesma maneira, esse valor de concordância é ruim para a resposta “SIM”. O que confirma que os juízes concordam que houve uma predominância de comportamentos contrários a uma comunicação ética, segura, respeitosa e clara no Vídeo 2.

Esta mesma análise pode ser realizada para os dados do Vídeo 3. Nessa oportunidade, percebe-se que ocorreu o oposto com o que aconteceu no vídeo 2. No vídeo 3, os juízes concordaram no nível excelente para a resposta “SIM” que é marcador da presença de comportamentos sugestivos de uma comunicação mais positiva com o paciente. Atentando-se para as tabelas 1, 1 e 1 estes achados ficam evidentes.

Importante salientar que a concordância entre juízes é fortemente influenciada pela homogeneidade do grupo e das ações sobre ele exercidas (instrução, capacitação, contexto de preenchimento do questionário etc). Mesmo na presença de grande heterogeneidade quanto a esses fatores, o questionário foi capaz de precisar as qualidades comunicativas.

Talvez, com treinamento dos avaliadores e uma padronização da aplicação do questionário, incluindo fatores a serem observados, instruções de preenchimento, os valores de concordância possam ser maiores. Possivelmente quanto mais treinados os respondentes, mais sensíveis estarão para responder ao questionário. Contudo, a heterogeneidade dos juízes é um fator importante porque permite uma observação diversa

sobre um mesmo aspecto. O que enriquece a experiência de feedback do aprendiz. O questionário não foi projetado para dar uma nota final, mas para pontuar melhorias no comportamento por meio do feedback de pessoas envolvidas com o processo.

### **Validade de constructo – teste de hipótese**

A técnica de experimentação ocorreu por não existir instrumento válido no Brasil que possibilite a técnica convergente-discriminante e, também, porque é considerada a melhor técnica para validação de constructo. A experimentação permite averiguar se o questionário discrimina grupos experimentais (Pasquali, 2013).

Os resultados apresentados apontam que houve diferença entre as médias de respostas para a categoria “SIM” e “NÃO” dos Vídeos 1, 2 e 3.

Para o Vídeo 1, ocorreu um equilíbrio entre as médias calculadas. Isto representa que o estudante/ profissional de saúde apresentou comportamentos sugestivos de uma comunicação ética, segura, respeitosa e clara de maneira intermediária. Seria um estudante/ profissional que está em fase de desenvolvimento dessa habilidade.

Para o Vídeo 2, verificou-se predominância da média para a categoria “NÃO”. Isto aponta para a realização de poucos (ou nenhum) ato comunicativo sugestivo de uma comunicação ética, segura, respeitosa e clara. Representam pessoas que precisam desenvolver tais habilidades.

Por fim, para o Vídeo 3, houve primazia da média para a categoria “SIM”. Indicando que a maioria dos atos comunicativos eram sugestivos de uma comunicação ética, segura, respeitosa e clara. Seriam pessoas que precisariam lapidar, aperfeiçoar sua habilidade.

### **Aplicabilidade e interpretabilidade do questionário**

A aplicação do questionário previu o uso de equipamentos de baixa tecnologia como formulário físico, papel e caneta. E de alta tecnologia como internet e equipamento audiovisual para visualização de uma consulta remota. O paciente pode ser representado por um ator ou por outro profissional. Assim, haveria necessidade de preparação de um ambiente físico e do caso clínico a ser analisado. Os dados do questionário são captados

pelos estudantes/ profissionais que realizam a consulta, pelo paciente e por um ou mais observadores (tutor e outros colegas presentes). Essa captura de dados só deve ocorrer após a finalização da visualização da consulta. Uma vez que cada comportamento deve ser sinalizado conforme sua frequência de ocorrência durante a consulta. Para o estudo, não ocorreu nenhum tipo de orientação a mais além da que consta no instrumento. Acredita-se que essa orientação permitiria respostas mais fidedignas. Embora, isso não esteja comprovado. Os dados coletados podem ser armazenados nas próprias fichas de papel ou com o uso de recursos tecnológicos mais avançados como softwares e hardwares. Para cada “SIM”, há pontuação de um ponto. Então, pode-se realizar a média de pontuação para cada item analisado quando houver muitos observadores. Na existência de somente um observador, sugere-se a discussão item a item entre os envolvidos no processo. Portanto, o uso desse instrumento pode tornar-se mais difícil para unidades de ensino e de saúde que contam apenas com baixa tecnologia. Embora se acredite que os recursos tecnológicos sejam de fácil acesso, o Brasil é um país continental, com diferentes realidades econômicas. Portanto, sugere-se o estudo para adaptação deste instrumento para cenários de educação e saúde com recursos somente de baixa tecnologia.

## CONCLUSÃO

A OMS, a Política Nacional de Humanização (Brasil) e a Prática Baseada em Evidência estabelecem a comunicação efetiva com o paciente como uma práxis de atendimento seguro, humano e efetivo. Neste sentido, cursos promotores de aperfeiçoamento da comunicação com o paciente e instrumentos específicos e confiáveis para a avaliação desta aprendizagem ganham destaque. No Brasil, não foram encontrados instrumentos de avaliação da comunicação do profissional de saúde com o paciente em um contexto de consulta remota. Constituindo este o objetivo desta tese. Qual seja, a de elaborar, validar e testar a confiabilidade de um instrumento de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente durante consulta remota, síncrona, por vídeo conferência, versão português, Brasil.

Após a realização de estudos teóricos e de análises estatísticas para testes de validação e de confiabilidade, chegou-se a um instrumento final de conteúdo adequado, com consistência estrutural e com precisão.

Também, os resultados da experimentação corroboraram a hipótese do estudo. Eles permitem concluir que o questionário, em sua versão final, diferencia o estudante/profissional de saúde com uma comunicação mais ética, segura, respeitosa e clara do estudante/ profissional de saúde do com uma comunicação mais distante destas características.

O instrumento final intitulado “Avaliação da comunicação do estudante/profissional da saúde com o paciente durante consulta remota, síncrona, por vídeo-interação” é constituído por 11 itens, 3 dimensões e por escala de medida nominal e binária.

Quanto a sua aplicabilidade, ele foi projetado para exigir uso de equipamentos de baixa tecnologia como formulário físico, papel e caneta. E de alta tecnologia como internet e equipamento audiovisual para visualização de uma consulta remota real ou simulada. Assim, haveria necessidade de preparação de um ambiente físico e de caso clínico a ser analisado em caso de consulta simulada. As respostas do questionário são dadas pelos estudantes/ profissionais que realizam a consulta, pelo paciente e por um ou mais observadores (tutor e outros colegas presentes). Essa captura de dados só deve ocorrer após a finalização da visualização da consulta. Uma vez que cada comportamento deve ser sinalizado conforme sua frequência de ocorrência durante a consulta. Para o estudo, não ocorreu nenhum tipo de orientação a mais além da que consta no instrumento. Os dados coletados podem ser armazenados nas próprias fichas de papel ou com uso de recursos tecnológicos mais avançados como softwares e hardwares. Para cada “SIM”, há pontuação de um ponto. Então, pode-se realizar a média de pontuação para cada item analisado quando houver muitos observadores. Na existência de somente um observador, sugere-se a discussão item a item entre os envolvidos no processo.

Esta tese apresentou limitações de embasamento teórico sobre um modelo sólido de comunicação virtual em saúde; falta de regulamentação legal sobre a consulta remota no Brasil; pouca experiência dos profissionais de saúde com essa modalidade de atendimento; número restrito de respondentes do questionário; ausência de instrumentos brasileiros correlatos para comparação.

A projeção do cenário da assistência à saúde no Brasil é a de que cada vez mais ocorram consultas remotas. Para além disso, a idealização deste questionário é a sua

utilização no campo da educação em saúde. Portanto, futuramente, análises mais robustas e comparativas poderão ser realizadas.

Sugere-se que esse instrumento seja submetido a novas validações se for aplicado em uma nova situação (diferentes populações- alvo, contexto, língua, tipo de escala ou forma de administrar) ou para outros propósitos. Espera-se que esse instrumento contribua e gere novas evidências científicas no conhecimento da área da comunicação interpessoal estudante/ profissional de saúde e paciente, em consulta remota, síncrona e por vídeo- interação.

Por fim, por apresentar validação e confiabilidade ao que se propõe, o uso do instrumento final pode ocorrer em todo território brasileiro, nas diversas áreas profissionais da saúde, dentro do contexto proposto.

## REFERÊNCIAS

- Amaral, A. B., Rider, E. A., Lajolo, P. P., Tone, L. G., Pinto, R. M., Lajolo, M. P., & Calhoun, A. W. (2016). Development of a Brazilian Portuguese adapted version of the Gap-Kalamazoo communication skills assessment form. *International Journal of Medical Education*, 7, 400–405. <https://doi.org/10.5116/ijme.583a.df42>
- Burgener A. M. (2017). Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. *The Health Care Manager*, 36(3), 238–243. <https://doi.org/10.1097/HCM.000000000000165>
- Chen, W., & Li, J. (2021). Teleconsultation demand classification and service analysis. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01610-x>
- Christensen, A. P., Golino, H., & Silvia, P. J. (2020). A Psychometric Network Perspective on the Validity and Validation of Personality Trait Questionnaires. *European Journal of Personality*, 34(6), 1095–1108. <https://doi.org/10.1002/per.2265>
- COSMIN. (2022) COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments. Amsterdam, sítio web disponível em: <https://www.cosmin.nl/>
- Crocker, L., & Algina, J. (2006). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Cengage Learning.
- Desjardins, C. (2022). validateR: Psychometric validity and reliability statistics in R. R package version 0.1.0. Disponível em: <https://github.com/cddesja/validateR>

- de Vet, H. C., Terwee, C. B., Mokkink, L. B., & Knol, D. L. (2011). *Measurement in Medicine: A Practical Guide*. Cambridge University Press.
- Dobson M. (2020). Teaching remote consultation. *British Dental Journal*, 229(7), 397–398. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-2236-9>
- Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções e seus relacionamentos: reconhecendo todas as expressões das pessoas ao redor*. São Paulo: Lua de Papel.
- Escobar-Curbelo, L., Franco Moreno, A. I., & Muriel, A. (2021). The Ideal Patient for Teleconsultation and Saving Resources. *Telemedicine Journal and e-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 27(7), 792–799. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0268>
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5(1), pp. 81-90. Recuperado de: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/view/759/702>
- Frade, S., & Rodrigues, H. (2013). Benefits, challenges and impact of teleconsultation - a literature review. *Studies in Health Technology and Informatics*, 192, 1157. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-289-9-1157>
- Freixo, M. J. (2012). *Teorias e Modelos de Comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Golino, H., Shi, D., Christensen, A. P., Garrido, L. E., Nieto, M. D., Sadana, R., Thiyagarajan, J. A., & Martinez-Molina, A. (2020). Investigating the performance of exploratory graph analysis and traditional techniques to identify the number of latent factors: A simulation and tutorial. *Psychological Methods*, 25(3), 292–320. <https://doi.org/10.1037/met0000255>
- Golino, H. F., & Epskamp, S. (2017). Exploratory graph analysis: A new approach for estimating the number of dimensions in psychological research. *PloS One*, 12(6), e0174035. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174035>
- Golino, H., & Christensen, A. P. (2021). EGAnet: Exploratory Graph Analysis: A framework for estimating the number of dimensions in multivariate data using network psychometrics. R Package Version 0.9.9. Disponível em: <https://CRAN.R-project.org/package=EGAnet>
- Greenhalgh, T., Rosen, R., Shaw, S. E., Byng, R., Faulkner, S., Finlay, T., Grundy, E., Husain, L., Hughes, G., Leone, C., Moore, L., Papoutsi, C., Pope, C., Rybczynska-Bunt, S., Rushforth, A., Wherton, J., Wieringa, S., & Wood, G. W. (2021). Planning and Evaluating Remote Consultation Services: A New Conceptual Framework Incorporating Complexity and Practical Ethics. *Frontiers in Digital Health*, 3, 726095. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.726095>
- Guttman, O. T., Lazzara, E. H., Keebler, J. R., Webster, K., Gisick, L. M., & Baker, A. L. (2021). Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1465–e1471. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000541>

- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151-160. <https://doi.org/10.1007/BF02288391>
- Littlejohn, S. W. (1988). Fundamentos teóricos da comunicação humana. Editora Guanabara.
- Matschnig, M. (2017). *O corpo Fala - Ilustrado: Gestos reveladores e sinais eficazes* (3ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Matos, D. A. (2014). Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. *Estudos em Avaliação Educacional*, 25(49), 298–324. <https://doi.org/10.18222/ea255920142750>
- Mondal, H., & Mondal, S. (2020). Brief Technical Guide for Teleconsultation. *Indian Dermatology Online Journal*, 11(5), 812–815. [https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ\\_373\\_20](https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_373_20)
- Newman, M. E. J. (2006). Modularity and community structure in networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103, 8577–8582. <https://doi.org/10.1073/pnas.0601602103>
- OMS, UNICEF (1997). *Breastfeeding Counseling: A Training Course. Participants' Manual*. Tradução: Marina Ferreira Rea, Instituto de Saúde, SES, São Paulo.
- Parker, L., Ryan, R., Young, S., & Hill, S. (2021). Medications and doctor-patient communication. *Australian Journal of General Practice*, 50(10), 709–714. <https://doi.org/10.31128/AJGP-05-21-5973>
- R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>
- Ruberton, P. M., Huynh, H. P., Miller, T. A., Kruse, E., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2016). The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1138–1145. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.012>
- Tan, S. (2009). Misuses of KR-20 and Cronbach's Alpha Reliability Coefficients. *Education and Science*, 34(52), 101-112. <https://app.trdizin.gov.tr/makale/T1RBMU9EazU/misuses-of-kr-20-and-cronbach-s-alpha-reliability-coefficients>
- Schmitz, C. A., Gonçalves, M. R., Umpierre, R. N., Molina-Bastos, C. G., Costa, M. M., & Silva, R. S. (2021). *Consulta remota: fundamentos e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Sood, S., Mbarika, V., Jugoo, S., Dookhy, R., Doarn, C. R., Prakash, N., & Merrell, R. C. (2007). What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemedicine Journal and e-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 13(5), 573–590. <https://doi.org/10.1089/tmj.2006.0073>

- Thayer, L. O. (1976). *Comunicação: fundamentos e sistemas na organização, na administração, nas relações interpessoais*. São Paulo, Atlas, 1976.
- Stemler, S. (2004). A Comparison of Consensus, Consistency, and Measurement Approaches to Estimating Interrater Reliability. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9. <https://doi.org/10.7275/96jp-xz07>
- Stewart, M., Brown, J.B., Weaton, W., McWhinney I.R., McWilliam, C.L., Freeman, T.R. (2017). *Medicina Centrada na Pessoa – Transformando o Método Clínico*. Porto Alegre: Artmed.
- Stewart M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 152(9), 1423–1433. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337906/>
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796–804.
- Thayer, L. O. (1976). *Comunicação: fundamentos e sistemas na organização, na administração, nas relações interpessoais*. São Paulo, Atlas, 1976.
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), 1257–1267. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>
- Vilarinho, J. d., Felix, J. V., Kalinke, L. P., Mazzo, A., Lopes Neto, F. D., Boostel, R., . . . Fontoura, A. C. (2020). Validação psicométrica do instrumento Creighton para avaliação de competências clínicas em simulação. *Acta Paulista de Enfermagem*. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO03146>
- Ward, J. H. (1963). Hierarchical clustering to optimise an objective function. *Journal of the American Statistical Association*, 58, 238–244. <https://doi.org/10.2307/2282967>
- Weil, P., & Tompakow, T. (2015). *O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal*. Petrópolis: Vozes.
- WHO. (2004). *World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>
- WHO. (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>
- Zolnierok, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>

## APÊNDICE 1 - TCLE Participantes

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Em nenhum tempo, nenhuma parte dos três vídeos, dos três questionários ou do site poderão ser reproduzidos ou transmitidos por qualquer processo eletrônico, mecânico ou fotográfico, incluindo fotocópia, xerocópia ou gravação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha alguma dúvida (antes ou mesmo depois de aceitar participar desse estudo) ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora abaixo:

**Pesquisadora Responsável – Thais Titonel Abreu.**

**E-mail: [ttabreu@yahoo.com.br](mailto:ttabreu@yahoo.com.br). Telefone (71) 9 9402 - 7471.**

Também em caso de dúvida, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Roberto Santos (CEP - HGRS), Bahia, Salvador. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) busca defender os interesses dos participantes de pesquisa. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Roberto Santos está localizado na *Rua Direta do Saboeiro, s/n - Cabula, Salvador - BA, 40301-110*. Horário de funcionamento: De Segunda-feira a Sexta-feira das 07h00min às 17h30min. Telefone: (71) 3117-7575.

O(A) Sr.(a) é livre para participar ou recusar-se a participar da pesquisa. Também, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é tratado(a) e/ou atendido(a) pelos pesquisadores, que tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Informamos que será garantido o anonimato total dos participantes e de suas informações prestadas a qualquer tempo da pesquisa e em publicações e/ou apresentações futuras.

Não será cobrado nenhum tipo de pagamento, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações, pois o estudo envolve apenas o preenchimento de um questionário, sem nenhum tipo de procedimento ou intervenção.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco é baixo. Durante a execução da pesquisa, os participantes poderão sofrer riscos de:

## APÊNDICE 1 - TCLE Participantes (Continuação)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- sentirem-se inibidos ou pressionados a responder aos questionários. Para diminuir esse risco, os questionários serão online e os participantes o responderão no tempo e local que escolherem e sem confrontação direta com os pesquisadores ou com os outros participantes;
- o fato de os questionários serem online poderá trazer riscos associados a *softwares* maliciosos. Estes riscos serão diminuídos usando um site de questionários online seguro. O envio dos questionários ocorrerá por um e-mail específico elaborado pelos pesquisadores exclusivamente para essa pesquisa. O e-mail será composto por apresentação do questionário e orientações pertinentes. Também, os pesquisadores informarão sobre o envio dos questionários por mensagens a aplicativos de celulares dos participantes. Além de se disponibilizarem para quaisquer dúvidas apresentadas através de seu contato pessoal. Em nenhuma hipótese serão solicitadas senhas, informações pessoais de documentos oficiais ou qualquer tipo de pagamento;
- ainda que não haja identificação pessoal no questionário, vale ressaltar que, por se tratar de uma pesquisa *online*, ela poderá apresentar falhas técnicas decorrentes dessa modalidade de coleta de dados como dificuldade no sistema, indisponibilidade do serviço, perda das informações e necessidade de reinserção de dados. Os pesquisadores informarão qualquer um desses inconvenientes e suas devidas orientações para solução.

Além de permitir conhecer como ocorre a comunicação interpessoal entre profissional de saúde e paciente, contribuindo até mesmo para realização de capacitações educacionais futuras, a pesquisa poderá trazer também benefícios aos participantes e para a comunidade. Pois, por meio da resposta aos questionários, os participantes poderão refletir de maneira profunda sobre a área em questão. Esta visão poderá beneficiar futuras pesquisas, ações e reflexões dos indivíduos participantes nesta pesquisa. A comunidade será beneficiada indiretamente ao ter a possibilidade de ser atendida por um profissional de saúde que utilize uma comunicação mais eficiente.

Sua participação nesse estudo somente será possível após concordar com esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao assinalar a opção “Sim”, o(a) senhor(a) atestará sua anuência com esta pesquisa e seus termos, declarando que compreendeu seus objetivos, a forma como a pesquisa será realizada, os riscos e benefícios envolvidos. Após essa anuência, o(a) senhor(a) terá acesso aos três vídeos e seus respectivos questionários.

## APÊNDICE 1 - TCLE Participantes (Continuação)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Construção e determinação da adequabilidade de um instrumento de avaliação da comunicação do profissional de saúde com o paciente, em consulta remota, síncrona, por vídeo interação**”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados por mim, os desconfortos e riscos inerentes a minha participação, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e a proibição de reprodução e transmissão de qualquer material próprio desse estudo. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e de que não devo fornecer nenhum tipo de senha a qualquer tempo. Assim, concordo em participar voluntariamente do estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer tipo.

## **APÊNDICE 2 – *Links* de acesso aos vídeos**

### **Vídeo 1 – Comunicação em nível de qualidade intermediário\***

<https://youtu.be/tb3vK4xh3oY>

### **Vídeo 2 – Comunicação em nível de qualidade baixo\***

<https://youtu.be/tXIFg1j8Pyo>

### **Vídeo 3 – Comunicação em nível de qualidade boa\***

<https://youtu.be/uxyAwIUaXBs>

**\*Proibida a reprodução ou utilização deste material, total ou parcialmente, por qualquer meio e para quaisquer fins, sem autorização escrita e prévia dos seus autores.**

### **APÊNDICE 3 – Instrumento versão 5 dimensões e 33 itens**

#### **ORIENTAÇÃO:**

OBSERVE A COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL NO VÍDEO ABAIXO. DEPOIS, JULGUE SE O COMPORTAMENTO DESCRITO DO PROFISSIONAL OCORREU NO MÍNIMO EM 50% DO TEMPO DA CONSULTA.

**Avaliação da comunicação do profissional de saúde com o paciente, em consulta remota - Versão 1 (ACCrA – V1)**

**FICHA DE AVALIAÇÃO DO COLEGA E DO INSTRUTOR**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Presentes: \_\_\_\_\_

Consulta: ( ) Avaliação ( ) Aconselhamento ( ) Outro: \_\_\_\_\_

<b>AÇÃO- CHAVE – 1: Iniciar laço terapêutico</b>			
<b>O profissional de saúde...</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SE APLICA</b>
Acolheu o paciente e a rede de apoio de maneira cordial e afetuosa?			
Realizou apresentação mútua com segurança para ambas as partes?			
Forneceu informações com compreensão mútua sobre a consulta remota?			
Solicitou consentimento para a continuidade da consulta remota?			
Garantiu mínima qualidade na aparência física; na ambiência e na transmissão da consulta?			
Utilizou linguagem verbal de maneira apropriada ao contexto?			
Utilizou estratégias adequadas da linguagem não verbal?			
Reconheceu, interpretou e validou a linguagem não verbal do paciente adequadamente?			

<b>AÇÃO- CHAVE – 2: Realizar entrevista e agendamento</b>			
<b>O profissional de saúde...</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SE APLICA</b>
Mapeou as queixas e demandas do paciente?			
Resumiu e validou informações obtidas do paciente?			
Esclareceu sobre a avaliação física (se necessário)?			
Negociou o conteúdo da consulta, introduzindo objetivos próprios?			
Demonstrou abertura, aceitação, interesse, atenção, tolerância, assertividade?			
Utilizou linguagem verbal de maneira apropriada ao contexto?			
Utilizou estratégias adequadas da linguagem não verbal?			
Reconheceu, interpretou e validou a linguagem não verbal do paciente adequadamente?			

<b>AÇÃO- CHAVE – 3: Informar e motivar o paciente à adesão terapêutica</b>			
<b>O profissional de saúde...</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SE APLICA</b>
Informou o paciente sobre a natureza e a evolução da(s) queixa(s) apresentada(s)?			
Validou a compreensão do paciente?			
Demonstrou assertividade, firmeza e franqueza?			
Utilizou linguagem verbal de maneira apropriada ao contexto?			
Utilizou estratégias adequadas da linguagem não verbal?			
Reconheceu, interpretou e validou a linguagem não verbal do paciente adequadamente?			

<b>AÇÃO- CHAVE – 4: Propor plano terapêutico compartilhado</b>			
<b>O profissional de saúde...</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SE APLICA</b>
Apresentou as possibilidades terapêuticas e seus desdobramentos ao paciente?			
Validou a compreensão do paciente?			
Demonstrou assertividade, firmeza, franqueza?			
Utilizou linguagem verbal de maneira apropriada ao contexto?			
Utilizou estratégias adequadas da linguagem não verbal?			
Reconheceu, interpretou e validou a linguagem não verbal do paciente adequadamente?			

<b>AÇÃO- CHAVE – 5: Encerrar consulta</b>			
<b>O profissional de saúde...</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SE APLICA</b>
Tomou precauções?			
Foi cordial?			
Utilizou linguagem verbal de maneira apropriada ao contexto?			
Utilizou estratégias adequadas da linguagem não verbal?			
Concluir atendimento			

**APÊNDICE 4 – Instrumento versão 7 dimensões e 27 itens****ORIENTAÇÃO:**

OBSERVE A COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL NO VÍDEO ABAIXO. DEPOIS, JULGUE SE O COMPORTAMENTO DESCRITO DO PROFISSIONAL OCORREU NO MÍNIMO EM 50% DO TEMPO DA CONSULTA.

ITEM	OS COMPORTAMENTOS DO PROFISSIONAL DESCRITOS ABAIXO OCORRERAM NO MÍNIMO EM 50% DO TEMPO DA CONSULTA?
1	Usou o nome próprio do paciente/ acompanhante(s) ou pronomes de tratamento que expressam respeito (incluindo à identidade de gênero) conforme preferência do paciente/ acompanhante(s). ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
2	Ouviu o paciente/accompanhante(s) sem os interromper com palavras ou gestos até que o mesmo tenha finalizado o tema apresentado. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
3	Incentivou o paciente/ acompanhante(s) a falar usando sinais faciais (como sorrir), sinais vocais (como “Mmmm”, “Ahã”) ou ações físicas (como balançar a cabeça afirmativamente) de incentivo de continuidade da fala até que o mesmo tenha finalizado o tema apresentado. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
4	Verbalizou como hipótese seu entendimento sobre os sentimentos e necessidades do paciente/ acompanhante(s), dando-os oportunidade (como pausa na fala ou solicitação de feedback) para que o paciente/ acompanhante(s) validassem, complementassem ou corrigissem a hipótese apresentada. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
5	Verbalizou frases curtas (sintéticas), em ordem direta das palavras, com especificações de sujeitos, tempo e espaço e com foco em um assunto de cada vez. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
6	Utilizou palavras precisas, de sentido concreto e com adequação ao nível linguístico do paciente/ acompanhante(s). ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
7	Realizou mais perguntas abertas do que fechadas. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
8	Realizou mais pedidos do que exigências. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
9	Falou sobre fatos observáveis, atendo-se para o que o paciente/ acompanhante(s) realmente disse ou fez, sem interpretações próprias, generalizações, qualificações ou avaliações (positivas ou negativas). ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
10	Falou de maneira a permitir a percepção auditiva das palavras de maneira clara e fácil. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
11	O profissional adotou tom de voz suave e agradável, altura de voz audível e variações na entonação da fala. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
12	Permaneceu sentado, com alinhamento cabeça-tronco, corpo inclinado levemente para frente, cabeça e olhos dirigidos para a face do paciente (na maior parte do tempo), braços a frente do corpo com movimentos manuais fluidos, contínuos e circulares. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
13	Permitiu que o paciente/ acompanhante(s) visualizasse seu tronco e face (boca e olhos). ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
14	Se ocorreu alguma falha na transmissão audiovisual, o profissional resumiu o assunto que estava sendo discutido até o último momento da visualização e deu continuidade em seguida. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

Comunicação com o doente em consulta remota: construção de instrumento de avaliação

15	Se ocorreu alguma falha na compreensão da mensagem pelo paciente/ acompanhante(s), o profissional repetiu as informações usando outras palavras ou meios até alcançar a compreensão da mensagem. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
16	Checou se a mensagem transmitida correspondia à compreendida pelo paciente/ acompanhante(s) através do uso de perguntas abertas de feedback. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
17	Para reforçar comportamentos favoráveis à saúde, o profissional descreveu especificamente o comportamento ou fala apresentado pelo paciente/ acompanhante(s); em seguida, descreveu as consequências positivas desse comportamento e apresentou seus próprios sentimentos em relação a esse comportamento/ fala e encerrou descrevendo o motivo pelo qual se sentiu assim. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
18	Para correção de uma ideia ou comportamento, o profissional solicitou que o paciente/ acompanhante(s) descrevesse uma situação problemática através de perguntas orientadas sobre a responsabilidade do problema e sua solução, de modo que o paciente/ acompanhante(s) conseguisse sugerir soluções para o problema, finalizando com a descrição clara sobre a mudança necessária. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
19	Ajudou o paciente/acompanhante(s) a identificar sentimentos e necessidades, oferecendo-lhes apoio para lidar com esses sentimentos e buscar estratégias para atender as necessidades. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
20	Envolveu o paciente/ acompanhante(s) na tomada de decisões e no planejamento de ações, dando-lhe o máximo de responsabilidade e autonomia possíveis. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
21	A linguagem não verbal do profissional foi coerente com a sua linguagem verbal. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
22	O profissional apresentou um fluxo lógico e coerente das ideias (assuntos). ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

ITEM	EM SUA OPINIÃO...
23	A imagem de fundo da sala de transmissão e a vestimenta (incluindo maquiagem e acessórios) do profissional transmitiam maior neutralidade possível. ( ) SIM ( ) NÃO
24	O profissional questionou ao paciente sobre a qualidade audiovisual da transmissão. ( ) SIM ( ) NÃO
25	O profissional demonstrou habilidade em manusear a tecnologia de transmissão usada na consulta. ( ) SIM ( ) NÃO
26	O profissional averiguou se o paciente possuía habilidade em manusear a tecnologia de transmissão usada na consulta. ( ) SIM ( ) NÃO
27	O profissional apresentou claramente ao paciente/acompanhante(s) as normas éticas, técnicas e etapas da consulta. ( ) SIM ( ) NÃO

OBS: em destaque colorido encontram-se os itens apontados pela quarta EGA e que passaram a constituir a versão final do questionário. Estão agrupados segundo os fatores.

N	DIMENSÕES	ITENS
1	CARACTERÍSTICAS EMOCIONAIS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	1,2,3
2	HABILIDADE EM DAR E RECEBER FEEDBACK	4, 16
3	CARACTERÍSTICAS DA LINGUAGEM VERBAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	5,6,7,8,9,10
4	CARACTERÍSTICAS DA LINGUAGEM NÃO VERBAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	11,12,13
5	CUIDADOS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COM: CANAL, REDUNDÂNCIA E ESTRUTURAÇÃO DA COMUNICAÇÃO	14,15, 23,24,25,26,27
6	HABILIDADES TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	17,18,19,20
7	AVALIAÇÃO GERAL DA COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	21,22

## APÊNDICE 5 – Instrumento versão 3 dimensões e 11 itens

### FICHA 1 – FICHA DO PACIENTE

**ORIENTAÇÃO:** OBSERVE A COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL. DEPOIS, JULGUE SE O COMPORTAMENTO DESCRITO DO PROFISSIONAL OCORREU NO MÍNIMO EM 50% DO TEMPO DA CONSULTA.

ITEM	OS COMPORTAMENTOS DO PROFISSIONAL DESCRITOS ABAIXO OCORRERAM NO MÍNIMO EM 50% DO TEMPO DA CONSULTA?
1	Ajudou o paciente/acompanhante(s) a identificar sentimentos e necessidades, oferecendo-lhes apoio para lidar com esses sentimentos e buscar estratégias para atender as necessidades. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
2	Envolveu o paciente/ acompanhante(s) na tomada de decisões e no planejamento de ações, dando-lhe o máximo de responsabilidade e autonomia possíveis. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
3	Incentivou o paciente/ acompanhante(s) a falar usando sinais faciais (como sorrir), sinais vocais (como “Mmmm”, “Ahã”) ou ações físicas (como balançar a cabeça afirmativamente) de incentivo de continuidade da fala até que o mesmo tenha finalizado o tema apresentado. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
4	Falou sobre fatos observáveis, atendo-se para o que o paciente/ acompanhante(s) realmente disse ou fez, sem interpretações próprias, generalizações, qualificações ou avaliações (positivas ou negativas). ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
5	Permaneceu sentado, com alinhamento cabeça-tronco, corpo inclinado levemente para frente, cabeça e olhos dirigidos para a face do paciente (na maior parte do tempo), braços a frente do corpo com movimentos manuais fluidos, contínuos e circulares. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
6	Para reforçar comportamentos favoráveis à saúde, o profissional descreveu especificamente o comportamento ou fala apresentado pelo paciente/ acompanhante(s); em seguida, descreveu as consequências positivas desse comportamento e apresentou seus próprios sentimentos em relação a esse comportamento/ fala e encerrou descrevendo o motivo pelo qual se sentiu assim. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
7	A imagem de fundo da sala de transmissão e a vestimenta (incluindo maquiagem e acessórios) do profissional transmitiam maior neutralidade possível. ( ) SIM ( ) NÃO
8	O profissional questionou ao paciente sobre a qualidade audiovisual da transmissão. ( ) SIM ( ) NÃO
9	O profissional apresentou claramente ao paciente/acompanhante(s) as normas éticas, técnicas e etapas da consulta. ( ) SIM ( ) NÃO
10	Falou de maneira a permitir a percepção auditiva das palavras de maneira clara e fácil. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
11	Permitiu que o paciente/ acompanhante(s) visualizasse seu tronco e face (boca e olhos). ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

**Como você se sentiu durante este atendimento? Você acredita que tenha alcançado seu(s) objetivo(s) com esse profissional de saúde nessa consulta? Se não, o que faltou para alcançá-los em sua opinião?**

---



---



---

## FICHA 2 – FICHA DO OBSERVADOR

**ORIENTAÇÃO:** OBSERVE A COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL. DEPOIS, JULGUE SE O COMPORTAMENTO DESCRITO DO PROFISSIONAL OCORREU NO MÍNIMO EM 50% DO TEMPO DA CONSULTA.

ITEM	OS COMPORTAMENTOS DO PROFISSIONAL DESCRITOS ABAIXO OCORRERAM NO MÍNIMO EM 50% DO TEMPO DA CONSULTA?
1	Ajudou o paciente/acompanhante(s) a identificar sentimentos e necessidades, oferecendo-lhes apoio para lidar com esses sentimentos e buscar estratégias para atender as necessidades. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
2	Envolveu o paciente/ acompanhante(s) na tomada de decisões e no planejamento de ações, dando-lhe o máximo de responsabilidade e autonomia possíveis. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
3	Incentivou o paciente/ acompanhante(s) a falar usando sinais faciais (como sorrir), sinais vocais (como “Mmmm”, “Ahã”) ou ações físicas (como balançar a cabeça afirmativamente) de incentivo de continuidade da fala até que o mesmo tenha finalizado o tema apresentado. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
4	Falou sobre fatos observáveis, atendo-se para o que o paciente/ acompanhante(s) realmente disse ou fez, sem interpretações próprias, generalizações, qualificações ou avaliações (positivas ou negativas). ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
5	Permaneceu sentado, com alinhamento cabeça-tronco, corpo inclinado levemente para frente, cabeça e olhos dirigidos para a face do paciente (na maior parte do tempo), braços a frente do corpo com movimentos manuais fluidos, contínuos e circulares. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
6	Para reforçar comportamentos favoráveis à saúde, o profissional descreveu especificamente o comportamento ou fala apresentado pelo paciente/ acompanhante(s); em seguida, descreveu as consequências positivas desse comportamento e apresentou seus próprios sentimentos em relação a esse comportamento/ fala e encerrou descrevendo o motivo pelo qual se sentiu assim. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
7	A imagem de fundo da sala de transmissão e a vestimenta (incluindo maquiagem e acessórios) do profissional transmitiam maior neutralidade possível. ( ) SIM ( ) NÃO
8	O profissional questionou ao paciente sobre a qualidade audiovisual da transmissão. ( ) SIM ( ) NÃO
9	O profissional apresentou claramente ao paciente/acompanhante(s) as normas éticas, técnicas e etapas da consulta. ( ) SIM ( ) NÃO
10	Falou de maneira a permitir a percepção auditiva das palavras de maneira clara e fácil. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
11	Permitiu que o paciente/ acompanhante(s) visualizasse seu tronco e face (boca e olhos). ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

**Como você se sentiu observando este atendimento? Você acredita que o profissional de saúde e o paciente tenham alcançado seu(s) objetivo(s) nessa consulta? Se não, o que faltou para alcançar estes objetivos em sua opinião?**

---



---



---

### FICHA 3 – FICHA DO PROFISSIONAL

**ORIENTAÇÃO:** JULGUE SE O SEU COMPORTAMENTO DESCRITO NO ITEM OCORREU NO MÍNIMO EM 50% DO TEMPO DA CONSULTA.

ITEM	SEUS COMPORTAMENTOS, DESCRITOS ABAIXO, OCORRERAM NO MÍNIMO EM 50% DO TEMPO DA CONSULTA?
1	Ajudei o paciente/acompanhante(s) a identificar sentimentos e necessidades, oferecendo-lhes apoio para lidar com esses sentimentos e buscar estratégias para atender as necessidades. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
2	Envolvei o paciente/ acompanhante(s) na tomada de decisões e no planejamento de ações, dando-lhe o máximo de responsabilidade e autonomia possíveis. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
3	Incentivei o paciente/ acompanhante(s) a falar usando sinais faciais (como sorrir), sinais vocais (como “Mmmm”, “Ahã”) ou ações físicas (como balançar a cabeça afirmativamente) de incentivo de continuidade da fala até que o mesmo tivesse finalizado o tema apresentado. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
4	Falei sobre fatos observáveis, atendo-me para o que o paciente/ acompanhante(s) realmente disse ou fez, sem interpretações próprias, generalizações, qualificações ou avaliações (positivas ou negativas). ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
5	Permaneci sentado, com alinhamento cabeça-tronco, corpo inclinado levemente para frente, cabeça e olhos dirigidos para a face do paciente (na maior parte do tempo), braços a frente do corpo com movimentos manuais fluidos, contínuos e circulares. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
6	Para reforçar comportamentos favoráveis à saúde, descrevi especificamente o comportamento ou fala apresentado pelo paciente/ acompanhante(s); em seguida, descrevi as consequências positivas desse comportamento e apresentei meus próprios sentimentos em relação a esse comportamento/ fala e encerrei descrevendo o motivo pelo qual me senti assim. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
7	A imagem de fundo da sala de transmissão e minha vestimenta (incluindo maquiagem e acessórios) transmitiram maior neutralidade possível. ( ) SIM ( ) NÃO
8	Questionei o paciente sobre a qualidade audiovisual da transmissão. ( ) SIM ( ) NÃO
9	Apresentei claramente ao paciente/acompanhante(s) as normas éticas, técnicas e etapas da consulta. ( ) SIM ( ) NÃO
10	Falei de maneira a permitir a percepção auditiva das palavras de maneira clara e fácil. ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
11	Permiti que o paciente/ acompanhante(s) visualizasse meu tronco e face (boca e olhos). ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

**Como você se sentiu durante este atendimento? Você acredita que tenha alcançado seu(s) objetivo(s) com esse paciente nessa consulta? Se não, o que faltou para alcançá-los em sua opinião?**

---



---



---

N	DIMENSÕES	DESCRIÇÃO
1	<b>Dimensão interpessoal</b>	Apresentam comportamentos do profissional de saúde que demonstram interesse em encontrar soluções para as dificuldades relatadas pelo paciente de maneira cooperativa e corresponsável.
2	<b>Dimensão intrapessoal</b>	Apresentam comportamentos do profissional de saúde que demonstram preocupação com o bem-estar do paciente, incluindo ambiente seguro.
3	<b>Dimensão técnica</b>	Apresentam comportamentos verbais e não verbais do profissional de saúde que demonstram preocupação em facilitar a recepção e entendimento da mensagem transmitida.

## CONCLUSÃO GERAL

A comunicação e a linguagem estão intrinsecamente relacionadas, pois a linguagem é a principal ferramenta para trocar informações, ideias e sentimentos entre as pessoas. A avaliação da competência comunicativa envolve a identificação dos pontos fortes e fracos da pessoa, considerando diferentes aspectos como expressão verbal, compreensão, uso adequado da linguagem e interação social. Com base nos resultados da avaliação, um plano de intervenção pode ser elaborado para desenvolver as habilidades comunicativas e linguísticas da pessoa avaliada a fim de aperfeiçoar suas relações pessoais e profissionais.

Especificamente, o tipo de comunicação entre o paciente e o profissional de saúde tem sido cada vez mais reconhecido em seu potencial terapêutico. Se o estilo de comunicação apresentado pelo estudante/ profissional de saúde for baseado na confiança e na compreensão mútua, maiores serão as chances de o paciente compartilhar suas preocupações e sua vulnerabilidade, aceitar as orientações e aderir ao tratamento proposto. Na situação oposta, se o paciente se sentir negado na oportunidade de explicar suas preocupações, de contribuir nas decisões sobre seu tratamento ou não se sentir compreendido, pode experimentar sentimentos negativos por ter suas necessidades internas humanas contrariadas e isso pode acarretar na sua rejeição pelo plano terapêutico, na perda de oportunidades de melhoria da saúde, em danos psicológicos, físicos e até na morte.

Por reconhecer a importância de uma boa comunicação e as potenciais consequências prejudiciais da má comunicação, a Organização Mundial de Saúde (2020) estabeleceu a comunicação efetiva com o paciente como uma prática de atendimento seguro, humano e eficaz. Também, a Prática Baseada em Evidência (PBE) corrobora a importância da comunicação no atendimento. Ela proporciona cuidados mais eficazes, em conformidade com diretrizes e protocolos, e com maior responsabilidade pelo atendimento. De acordo com a PBE, os estudantes/ profissionais de saúde precisam equilibrar as evidências científicas, com sua própria experiência e com a perspectiva e as escolhas do paciente, ele precisa informar as escolhas de tratamento de maneira que o paciente possa entender, compartilhar o poder de decisões com eles sem perder a

capacidade de fazê-los se sentirem cuidados. Todo este manejo – de compreender o paciente como um todo, sua situação e suas preocupações, comprometer-se com a relação e essa pessoa – exige habilidades específicas de comunicação por parte do estudante/profissional de saúde.

Esta habilidade é uma questão de competência pessoal, variando muito entre os estudantes/profissionais de saúde. Muitos destes se comunicam bem com o paciente de maneira instintiva, todavia, sempre há algo para aprender que poderá facilitar conversas futuras. Em contrapartida, alguns estudantes/profissionais de saúde não manifestam esta habilidade de forma espontânea e, até certo ponto, isso pode ser aprendido, principalmente, com o emprego de técnica didático-pedagógica mais favorecedora e útil para o processo de ensino-aprendizagem. Neste sentido, a revisão sistemática apresentada nesta tese demonstrou que o ensino constante, facilitado por um profissional capacitado, pela utilização de recursos de ensino variados e pela utilização de um instrumento validado para feedback estruturado verbal dado pelo paciente simulado constitui-se em uma abordagem mais efetiva para a aprendizagem dessa habilidade.

Não foram encontrados estudos que avaliassem o desenvolvimento de aprendizagem do estudante/profissional de saúde na sua habilidade comunicativa com o uso de um instrumento validado de feedback verbal fornecido por todos os envolvidos no processo comunicacional (estudante/profissional de saúde; paciente e observador), apesar de existir um instrumento validado para tal fim, nomeadamente o Gap-Kalamazoo communication skills assessment form. Acreditamos que a soma de diferentes olhares, ainda mais em um cenário de aprendizagem, possa ser mais favorável para o processo de desenvolvimento dessa habilidade. Estudos futuros podem ser realizados com esse intuito.

Destarte, cursos promotores de aperfeiçoamento da comunicação com o paciente e instrumentos específicos e confiáveis para a avaliação dessa aprendizagem ganham destaque. Na primeira revisão desta tese, não foram encontrados instrumentos de avaliação da comunicação do profissional de saúde com o paciente em um contexto de consulta remota no Brasil. Também, os resultados dessa revisão demonstraram que os 8 instrumentos validados transculturalmente para o Brasil e 1 instrumento elaborado nesse mesmo país são restritos em seus público-alvo e contexto, além de carecerem de análises mais confiáveis para determinação de sua adequabilidade. Pode-se afirmar que o Brasil

ainda carece de estudos de elaboração e determinação de adequabilidade (estudo da validade e da confiabilidade) de instrumentos avaliativos da comunicação do profissional de saúde com o paciente nos diversos contextos da saúde, com maior carência para o contexto da consulta remota que vem gradativamente aumentando sua frequência principalmente após a pandemia por Covid – 19.

Assim, essa tese teve como objetivo elaborar, validar e testar a confiabilidade de um instrumento de avaliação da comunicação do estudante/ profissional de saúde com o paciente durante consulta remota, síncrona, por videoconferência, na versão do português do Brasil. Tal instrumento foi projetado para ser sensível no que se propõe, ser usado em cenários educativos, ser acessível a todos os níveis de assistência de saúde no Brasil, para ser de feedback de desempenho e para considerar uma avaliação em 360 graus, ou seja, envolver a todos os participantes (aprendiz representado pelo estudante/ profissional de saúde, tutor e paciente).

Após a realização de estudos teóricos e de análises estatísticas para determinação de validação e de confiabilidade, chegou-se a um instrumento final de conteúdo adequado, com consistência estrutural e com precisão. Também, os resultados da experimentação corroboraram a hipótese do estudo, eles permitem concluir que o questionário, em sua versão final, diferencia o estudante/ profissional de saúde com uma comunicação mais ética, segura, respeitosa e clara do estudante/ profissional de saúde de um outro com uma comunicação mais distante destas características.

O instrumento final intitulado “Avaliação da comunicação do estudante/ profissional da saúde com o paciente durante consulta remota, síncrona, por vídeo-interação” é constituído por 11 itens, 3 dimensões e por escala de medida nominal e binária. Quanto a sua aplicabilidade, ele foi projetado para exigir uso de equipamentos de baixa tecnologia como formulário físico, papel e caneta. E de alta tecnologia como internet e equipamento áudio- visual para visualização de uma consulta remota real ou simulada. Assim, haveria necessidade de preparação de um ambiente físico e de caso clínico a ser analisado em caso de consulta simulada. As respostas do questionário são dadas pelos estudantes/ profissionais que realizam a consulta, pelo paciente e por um ou mais observadores (tutor e outros colegas presentes). Essa captura de dados só deve ocorrer após a finalização da visualização da consulta. Uma vez que cada comportamento deve ser sinalizado conforme sua frequência de ocorrência durante a consulta. Para o

estudo, não ocorreu nenhum tipo de orientação para os avaliadores além da que consta no próprio instrumento. Os dados coletados podem ser armazenados nas próprias fichas de papel ou com uso de recursos tecnológicos mais avançados como softwares e hardwares. Para cada “SIM”, há pontuação de um ponto. Então, pode-se realizar a média de pontuação para cada item analisado quando houver muitos observadores. Na existência de somente um observador, sugere-se a discussão item a item entre os envolvidos no processo.

Esta tese apresentou limitações de embasamento teórico sobre um modelo sólido de comunicação virtual em saúde; falta de regulamentação legal sobre a consulta remota no Brasil; pouca experiência dos profissionais de saúde com essa modalidade de atendimento; número restrito de respondentes do questionário; ausência de instrumentos brasileiros correlatos para comparação.

Quando uma construção é recém-desenvolvida, no início há apenas pensamentos vagos ou teorias menos detalhadas e definições do constructo. Neste caso, as hipóteses são muito fracas e, conseqüentemente, isso também se aplica às evidências que geram sobre a validade do instrumento de medida. Quando o conhecimento em um determinado campo está evoluindo, a teoria inicial será bastante fraca, mas durante o processo de validação, as teorias sobre o constructo e validação das medidas se tornarão mais fortes. O mesmo se aplica à extensão das provas empíricas relativas à construção. Trata-se de um processo interativo no qual o teste de teorias parcialmente desenvolvidas fornece informações que levam ao refinamento e elaboração da teoria, que por sua vez fornece uma base mais forte para a construção e teoria subsequentes, e fortalece a validação do instrumento de medida. A projeção do cenário da assistência à saúde no Brasil é a de que cada vez mais ocorram consultas remotas. Para além disso, a idealização deste questionário é a sua utilização no campo da educação em saúde, portanto, futuramente, análises mais robustas e comparativas poderão ser realizadas principalmente para lapidar o instrumento elaborado para que o mesmo possa ser mais sensível no seu propósito, discernindo situações comunicacionais com desempenhos sutilmente diferentes. Espera-se que esse instrumento contribua e gere novas evidências científicas no conhecimento da área da comunicação interpessoal estudante/ profissional de saúde e paciente, em consulta remota, síncrona e por vídeo- interação.

Por fim, por apresentar validação e confiabilidade ao que se propõe, o uso do instrumento final pode ocorrer em todo território brasileiro, nas diversas áreas profissionais da saúde, dentro do contexto proposto, qual seja, consulta remota, síncrona, por vídeo- interação.

Não poderíamos deixar de mencionar, neste espaço, o momento histórico em que esta tese foi elaborada. A realização deste trabalho foi marcada por desafios pessoais e adversidades de todas as ordens. Ela ocorreu em uma época de medo, receio, apreensão, incertezas, insegurança, tensão e dúvidas. Emoções advindas da pandemia por Covid-19. Quando milhões de vidas humanas foram ceifadas. Quando o contato humano se fazia ainda mais necessário, mas proibido. Quando em meio a tanto dor, queríamos ver sorrisos de pessoas próximas, mas máscaras nos impediam. Certamente, eram importantes para manter nossa segurança, mas ao mesmo tempo impedíamos de nos aproximarmos. Foram momentos de muitos ruídos comunicativos advindos dos meios de comunicação, do distanciamento e de fatores psicoemocionais. Isto sem considerar o desafio de produzir uma tese, trabalhando na linha de frente de um hospital que acolheu pessoas com Covid-19. Nunca foi tão fácil entender a importância de um sorriso e do calor humano. Ao leitor, desejamos que este trabalho seja válido. À ciência, desejamos que esse trabalho contribua com a Comunicação em Saúde, tão necessária nessa época pós-Covid na qual agora precisamos mais do que nunca de vínculos respeitosos, sinceros, de confiança, de acolhimento, de clareza e de compreensão mútua.

## REFERÊNCIAS

- Allegranzi, B., Storr, J., Dziekan, G., Leotsakos, A., Donaldson, L., & Pittet, D. (2007). The First Global Patient Safety Challenge "Clean Care is Safer Care": from launch to current progress and achievements. *Journal of Hospital Infection*, 65(Suplemento), pp. 115-123. [https://doi.org/10.1016/S0195-6701\(07\)60027-9](https://doi.org/10.1016/S0195-6701(07)60027-9)
- Babaii, A., Mohammadi, E., & Sadooghiasl, A. (2021). The Meaning of the Empathetic Nurse-Patient Communication: A Qualitative Study. *Journal of patient experience*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.1177/23743735211056432>
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S., & Rosenbaum, M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>
- Bitti, P. R., & Zani, B. (1997). A comunicação como processo social. Editorial Estampa. <http://hdl.handle.net/10400.2/7717>
- Blumer, H. (1955). Attitudes and the Social Act. *Social Problems*, 3(2), 59–65. <https://doi.org/10.2307/798705>
- Brasil (1986). *8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde. [http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf)
- Brasil (1990). *Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Imprensa Nacional. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>
- Brasil (2000). Sistema Único de Saúde SUS. Princípios e Conquistas. Brasília, Ministério da Saúde, 44p. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)
- Brasil (2004). *12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca - Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf)
- Brasil (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)
- Brasil (2008). *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/13cns\\_M.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/13cns_M.pdf)
- Brasil. (2012). *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf)

- Brasil. (2014). *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
- Brasil. (2016). *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto. Brasília, DF: Imprensa Nacional. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)
- Brasil. (2020). Lei nº 13.989, de 15 de Abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União*, 73, 1. Brasília, DF: Imprensa Nacional. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>
- Brown, J. D. (2011). Can we use the Spearman-Brown prophecy. *JALT Testing & Evaluation SIG Newsletter*, 4(3), 7-11. Disponível em: <http://hosted.jalt.org/test/PDF/Brown9.pdf>
- Burgener A. M. (2017). Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. *The Health Care Manager*, 36(3), 238–243. <https://doi.org/10.1097/HCM.000000000000165>
- Coriolano-Marinus, M. W., Queiroga, B. A., Ruiz-Moreno, L., & Lima, L. S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde & Sociedade*, 23(4), 1356-1369. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>
- Crocker, L., & Algina, J. (2006). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Cengage Learning.
- Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções e seus relacionamentos: reconhecendo todas as expressões das pessoas ao redor*. São Paulo: Lua de Papel.
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5(1), pp. 81-90. <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/view/759/702>
- von Fragstein, M., Silverman, J., Cushing, A., Quilligan, S., Salisbury, H., Wiskin, C. (2008). UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 42(11), 1100–1107. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x>
- Freixo, M. J. (2012). *Teorias e Modelos de Comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Golino, H., Shi, D., Christensen, A. P., Garrido, L. E., Nieto, M. D., Sadana, R., Thiagarajan, J. A., & Martinez-Molina, A. (2020). Investigating the performance of exploratory graph analysis and traditional techniques to identify the number of latent factors: A simulation and tutorial. *Psychological Methods*, 25(3), 292–320. <https://doi.org/10.1037/met0000255>
- Graham, M., Milanowski, A., & Miller, J. (2012). *Measuring and promoting inter-rater agreement of teacher and principal performance ratings*. Center for Education Compensation Reform. <https://eric.ed.gov/?id=ED532068>
- Guttman, O. T., Lazzara, E. H., Keebler, J. R., Webster, K., Gisick, L. M., & Baker, A. L. (2021). Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1465–e1471. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000541>
- Hall, P. M. (1987). Interactionism and the Study of Social Organization. *The Sociological Quarterly*, 28(1), 1–22. <http://www.jstor.org/stable/4121418>
- INCA. (2010). *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao\\_noticias\\_dificais.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificais.pdf)
- Jiang, J., Zheng, L., & Lu, C. (2021). A hierarchical model for interpersonal verbal communication. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 16(1-2), 246–255. <https://doi.org/10.1093/scan/nsaa151>
- Kanter, R. M. (1972). Symbolic Interactionism and Politics in Systemic Perspective. *Sociological Inquiry*, 3-4(42), 77-92. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1972.tb00230.x>
- Knower, F. H. (1962) A Model for a Communicology. *The Ohio Speech Journal*, 1 (1962), 182-187.
- Lanigan, R. L. (2018). “Franklin H. Knower (1901–1993)—a model for communicology”: edited reprint with an introduction by Richard L. Lanigan, *Review of Communication*, 18:4, 391-413. <https://doi.org/10.1080/15358593.2018.1517276>
- Matos, D. A. (2014). Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. *Estudos em Avaliação Educacional*, 25(49), 298–324. <https://doi.org/10.18222/ea255920142750>
- Matschnig, M. (2017). *O corpo Fala - Ilustrado: Gestos reveladores e sinais eficazes* (3ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Mead, G. H. (1972). *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviourist*. Chicago University Press.
- McCabe C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41–49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>

- OMS (2010). *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- OMS, UNICEF (1997). *Breastfeeding counseling: a training course. Participants' Manual*. Tradução: Marina Ferreira Rea, Instituto de Saúde, SES, São Paulo.
- Parker, L., Ryan, R., Young, S., & Hill, S. (2021). Medications and doctor-patient communication. *Australian Journal of General Practice*, 50(10), 709–714. <https://doi.org/10.31128/AJGP-05-21-5973>
- Pasquali, L. (1996). *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. Brasília: Instituto de Psicologia / UnB: INEP. Disponível em: [https://www.faecpr.edu.br/site/documentos/teoria\\_metodos\\_ciencias\\_comportamento.pdf](https://www.faecpr.edu.br/site/documentos/teoria_metodos_ciencias_comportamento.pdf)
- Pasquali, L. (2009). *Psicometria. Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe), 992-999. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>
- Pasquali, L. (2016). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação* (5ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Pasquali, L. (2017). Validade dos testes. *Examen: Política, Gestão e Avaliação da Educação*, 1(1), 14-48. <https://examen.emnuvens.com.br/rev/article/view/19/17>
- Richard L. Lanigan (2018) “Franklin H. Knower (1901–1993)—a model for communicology”: edited reprint with an introduction by Richard L. Lanigan, *Review of Communication*, 18:4, 391-413. <https://doi.org/10.1080/15358593.2018.1517276>
- Ruberton, P. M., Huynh, H. P., Miller, T. A., Kruse, E., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2016). The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1138–1145. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.012>
- Ruesch, J. Bateson, G. (1951). *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*. New York: W. W. Norton & Company.
- Schmitz, C. A., Gonçalves, M. R., Umpierre, R. N., Molina-Bastos, C. G., Costa, M. M., & Silva, R. S. (2021). *Consulta remota: fundamentos e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- da Silva, C. L. (2012). Interacionismo Simbólico: história, pressupostos e relação professor e aluno; suas implicações. *Educação Por Escrito*, 3(2). <https://doi.org/10.2307/798705>
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *The British Medical Journal (Clinical Research)*, 303(6814), 1385–1387. <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>

- Sood, S., Mbarika, V., Jugoo, S., Dookhy, R., Doarn, C. R., Prakash, N., & Merrell, R. C. (2007). What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemedicine Journal and e-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 13(5), 573–590. <https://doi.org/10.1089/tmj.2006.0073>
- Stemler, S. (2004). A Comparison of Consensus, Consistency, and Measurement Approaches to Estimating Interrater Reliability. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9. <https://doi.org/10.7275/96jp-xz07>
- Stewart M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 152(9), 1423–1433. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337906/>
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2017). Introdução. Em M. Stewart, J. B. Brown, W. Weston, I. R. McWhinney, C. L. McWilliam, & T. R. Freeman, *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed.
- Tan, S. (2009). Misuses of KR-20 and Cronbach's Alpha Reliability Coefficients. *Education and Science*, 34(52), 101-112. <https://app.trdizin.gov.tr/makale/T1RBMU9EazU/misuses-of-kr-20-and-cronbach-s-alpha-reliability-coefficients>
- Thayer, L. (1976). *Comunicação: fundamentos e sistemas na organização, na administração, nas relações interpessoais*. São Paulo: Atlas.
- Stewart de Vet, H. C., Terwee, C. B., Mokkink, L. B., & Knol, D. L. (2011). *Measurement in medicine: a practical guide*. Cambridge University Press.
- Vilarinho, J. d., Felix, J. V., Kalinke, L. P., Mazzo, A., Lopes Neto, F. D., Boostel, R., . . . Fontoura, A. C. (2020). Validação psicométrica do instrumento Creighton para avaliação de competências. *Acta Paulinia de Enfermagem*, 33, 1-8. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO03146>
- Weil, P., & Tompakow, T. (2015). *O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal*. Petrópolis: Vozes.
- WHO. (1993). *Breastfeeding counseling: a training course*. World Health Organization/UNICEF. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63428/WHO\\_CDR\\_93.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63428/WHO_CDR_93.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- WHO. (2004). *World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>
- WHO. (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>

- WHO. (2008). *World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009*. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>
- WHO. (2009). *The second global patient safety challenge: safe surgery saves lives*. Genebra: World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70080>
- WHO. (2010). *Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009*. Genebra: World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>
- Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>